

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201501018

· 临床报道 ·

老年患者食管异物临床诊治分析

陈净华,张凯扬,黄晓华

(福建医科大学附属龙岩第一医院 耳鼻咽喉科,福建 龙岩 364000)

摘要: **目的** 通过对老年患者食管异物的诊治进行回顾性分析,并对误诊误治原因进行总结,从而提高对老年患者食管异物的诊治水平。**方法** 2007 年 7 月~2013 年 6 月共收治 65 例老年食管异物患者,依据病史、临床表现及辅助检查予以诊断与治疗。**结果** 食管镜取出 45 例,胃镜取出 14 例;治愈出院 58 例,1 例术后因并发症转重症科。**结论** 老年人生理、心理特点、本身基础病及辅助检查手段的局限性导致老年食管异物患者易被延误诊治及产生严重并发症,因而需要重视预防老年食管异物及更加全面、细致的诊治。

关键词: 老年患者;食管;异物;诊治

中图分类号: R768. 32 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2015)01-0067-02

老年人食管异物发病率高,并发症发生率高,相对于其他年龄段的食管异物更容易延误诊治。我科 2007 年 7 月~2013 年 6 月我科共收治食管异物患者 196 例,其中 60 岁以上老年患者 65 例,针对其临床特点及诊断、治疗现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2007 年 1 月~2012 年 12 月我科共收治 60 岁以上老年食管异物患者 65 例,其中男 39 例,女 26 例;病程 1~20 d,平均 2.5 d。异物种类:鸡骨 14 例,鸭骨 12 例,鱼骨 11 例,枣核 10 例,猪骨 7 例,猪肉 5 例,牛骨 3 例,狗肉 2 例,牛皮 1 例;异物位置:位于第一狭窄 49 例,第二狭窄 9 例,第三狭窄 7 例。

1.2 临床表现及特点

44 例患者有明确异物史及吞咽阻塞感或有疼痛表现,在较短时间内就诊;21 例患者有异物史,当时有吞咽疼痛表现,过后自觉症状好转,在发热或疼痛明显加重后就诊。约半数患者在误咽异物后都采用吞饭、喝醋等方法试图咽下或软化异物。

1.3 诊断方法

食管钡透确诊 26 例,电子胃镜确诊 20 例,CT 确诊 12 例,X 线片确诊 3 例,直接行食管镜手术 3 例,麻醉喉镜下确诊 1 例。

1.4 治疗方法

①主要采用静脉+吸入全身麻醉下硬性食管镜异物取出术(46 例);②异物诊断或异物位置尚不明确,或异物较小者先行表麻下电子胃镜检查并试取(17 例);③颈侧切开 1 例:患者胃镜检查发现食管异物,但无法取出,改行食管镜手术,但未能找到食管异物,后经 CT 检查发现异物已穿出食管刺入颈部并引起周围感染,予抗感染治疗后行颈侧切开;麻醉喉镜下取出(1 例);钡透及电子喉镜均未发现异物,但患者仍感颈部疼痛。行表面麻醉喉镜下检查发现食管入口处异物并取出。

2 结果

65 例老年食管异物患者中顺利取出共 60 例,其中经胃镜取出 14 例,经食管镜取出 45 例,麻醉喉镜下取出 1 例;4 例放弃治疗自动出院,1 例颈侧切开患者未找到异物,术后复查 CT 显示异物仍位于颈部软组织内,后放弃进一步取异物出院。经电话随访,目前一般情况尚可,无特殊不适。

术后并发食管穿孔 10 例,穿孔并纵隔脓肿 5 例,均给予对症、支持等治疗,14 例痊愈出院,1 例因并发纵隔脓肿、肺部感染转重症医学科,病情仍进一步恶化,后放弃治疗出院。

3 讨论

本组患者的诊治情况显示,老年人食管异物发病率高,往往因未及时就诊、并发症多及合并基础

作者简介:陈净华,女,硕士,主治医师。
通信作者:陈净华,Email:lucky611@126.com

病,治疗效果不理想。

老年人生理、心里特点:①老年咽喉黏膜感觉迟钝,食管肌肉较松弛,食管异物后往往吞咽疼痛等主诉不强烈;②大部分老年人牙齿脱落,且多为义齿,咀嚼能力较差,容易误咽骨性异物,此类异物两端尖锐,往往刺入食管壁;③不便或不愿就医,老年人在发生食管异物后往往采取硬吞干饭等方式试图把异物咽下,却造成异物越刺越深,给手术造成一定困难,且较易造成食管穿孔、感染等并发症,若损伤大血管则会危及生命,给进一步治疗带来难度;④老年人多患有一些老年性疾病,原有基础疾病导致检查治疗风险大,因而无法或放弃进一步诊治。

目前食管异物检查主要采用钡透、电子胃镜、X线、CT 检查等。①食管钡透无创、简便、费用低,但有一定的假阴性和假阳性。本组 2 例食管入口处异物未检出。此外黏膜损伤、撕脱可也可表现为钡剂充盈缺损、分流等食管异物征象。因为硫酸钡粘稠、不被人体吸收也有一些潜在的风险。有误吸硫酸钡引起死亡的报道^[1]。还有食管穿孔患者吞钡,可能导致钡剂进入纵隔无法清除,因而,对于食管完全堵塞或怀疑食管穿孔患者,应选取其他检查方式;②电子胃镜为直视下检查,可对食管异物作出明确诊断,较小的异物可以直接取出。同时,食管损伤情况、是否伴随食管肿物、狭窄也可一目了然。但胃镜检查一般要求禁食,急诊情况下较难实行,患者较难耐受。此外胃镜往往通过一侧梨状窝进入食管,在食管入口处不易停留。若检查不仔细,对梨状窝深部、食管入口处异物易发生漏诊;③CT 检查可以明确异物位置及周围解剖关系,对于位于第二狭窄的食管异物,可以明确与周围大血管的关系,对于手术方式的选择,有一定参考价值^[2-3]。但 CT 扫描有一定层距,较小异物可能被漏诊。我科过去只有在考虑异

物体积较大的情况下选择 CT 检查,但随着薄层 CT 及重建技术的开展,CT 在食管异物的诊断中运用得越来越多;④胸片对于金属异物等诊断简便快捷,辐射量较透视少,颈部侧位片亦可用于位置较高的骨性异物诊断。

临床医生不能过分依赖辅助检查。仔细询问病史、查体和随访、观察病情是必不可少的,这样才能避免漏诊。

治疗应根据异物的种类、位置、辅助检查及患者的一般情况而采用不同的方法^[4-5],以达到既取出异物又减少创伤的目的。①提高老年食管异物的预防意识,少吃带骨的肉类,进食注意细嚼慢咽,误咽异物后应及时就诊,而不要硬吞;②有异物史的老年人就诊,予积极检查、治疗。耳鼻咽喉科医生在咽喉部未发现异物的,应注意排除食管异物;单一检查未发现异物仍有主诉的,应积极随访,嘱患者勿硬吞,或选择适宜检查手段进行复查。

参考文献:

- [1] 邓斌. 食道异物合并吸入性钡肺致死 1 例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(3):187.
- [2] 甘莉,赵海波,罗焕江,杨伟江. 低剂量 CT 扫描在食道异物中的应用价[J]. 重庆医科大学学报,2009,34(2):1597-1599.
- [3] Catherine A. Young, Christine O. Menias, Sanjeev Bhalla, and Srinivasa R. Prasad, . CT Features of Esophageal Emergencies. Radiographics[J],2008,28(6):1541-1553.
- [4] 刘斌,江育玲,彭建,等. 颈侧切开在食管异物取出术中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(4):268-271.
- [5] 施芳. Foley 管法食管硬币取出 28 例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(1):69.

(修回日期:2014-07-21)