

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 202002020

· 临床报道 ·

下咽黏膜下异物 3 例临床分析

严诗琪¹,毛承刚¹,李 琴¹,张 莉²,姜义道¹

(荆州市中心医院 1. 耳鼻咽喉科; 2. 放射科,湖北 荆州 434020)

摘 要: **目的** 探讨包埋型下咽黏膜下异物的诊治方式,以期减少漏诊、选取合适手术方式取出异物。**方法** 3 例包埋型下咽黏膜下异物患者通过询问病史、影像学检查、电子鼻咽喉镜检查而确诊,在支撑喉镜下使用显微喉镜钳、CO₂ 激光辅助治疗等方式切开黏膜组织取出异物,并观察预后情况。**结果** 3 例患者均成功取出异物,术中出血少、创伤小,术后给予禁食水、补液、抗感染等治疗,患者恢复快,均治愈出院。**结论** 包埋型异物较为少见,详细了解异物进入病史及依据 CT 影像学等辅助检查准确定位制定手术方案,咽后间隙、黏膜下及其间隙的异物可考虑行支撑喉镜下异物取出术,异物在颈动脉间隙、甲状腺等处或毗邻重要血管、器官时可考虑行颈部开放手术。通过准确定位增加该病治疗成功率。

关 键 词:下咽黏膜下异物;包埋型;CT 定位;支撑喉镜
中图分类号:R766. 8

Clinical analysis of foreign bodies in the hypopharyngeal submucosal tissues: a report of 3 cases

YAN Shiqi¹, MAO Chenggang¹, LI Qin¹, ZHANG Li², JIANG Yidao¹

(1. Department of Otolaryngology, Jingzhou Central Hospital, Jingzhou 434020, China; 2. Department of radiology, Jingzhou Central Hospital, Jingzhou 434020, China)

Abstract: **Objective** To investigate the diagnosis and treatment of foreign bodies embedded in the hypopharyngeal submucosal tissues, it will reduce the misdiagnosis and select appropriate surgical methods to remove the foreign bodies. **Methods** Three cases of foreign bodies embedded in the hypopharyngeal submucosal tissues were diagnosed by medical history, imaging examination and video rhinolaryngoscope. The microscopic laryngoscope clamp and CO₂ laser were used to cut the submucosal tissues and remove the embedded foreign bodies through the self-retaining laryngoscope, and the prognosis of patients was observed. **Results** The foreign bodies were removed successfully in all 3 patients. During the operation, the patients was less bleeding, the minor trauma and the rapider recovery. The patients were given the prohibition of food and water, fluid replacement, anti-infection and other treatments after the operation. All patients were cured and discharged from hospital. **Conclusion** The type of the embedded foreign bodies is relatively rare. The foreign bodies can be removed under the support laryngoscope and preparation of the operation according to the detailed history of foreign bodies and the accurate positioning of the auxiliary examinations such as CT imaging. For foreign bodies in the space of posterior pharyngeal and submucosal tissues, the removal of foreign bodies under support laryngoscope may be considered. When the foreign bodies are in the carotid artery space, thyroid or near the important structures(blood vessels and organs), the use of open neck surgery may be considered. Accurate location increases the success rate of diagnosis and treatment in the disease.

Keywords:Hypopharyngeal foreign body; The embedded type; CT positioning;Self-retaining laryngoscope

下咽包括舌根、会厌谷、双侧梨状窝及环后区^[1],由于其特殊的解剖及生理,成为异物嵌顿常见位置之一。下咽部位置较深,不易暴露,通常需借

助间接喉镜、电子喉镜等方式暴露异物,故异物取出较口咽部异物取出困难。下咽异物中包埋型下咽黏膜下异物的诊断及取出较单纯下咽异物复杂,并且相关并发症更为严重,本文结合病例来探讨包埋型下咽黏膜下异物的诊治方法。

第一作者简介:严诗琪,女,硕士,住院医师。
通信作者:姜义道,Email:1069670346@qq. com

1 临床资料

患者1,女,55岁,2018年8月5日因误吞鱼刺后吞咽疼痛1 d入院,伴有吞咽梗阻感及颈部疼痛,无呼吸困难、呕血、声嘶咳嗽及恶心呕吐,入院后查体及电子喉镜辅助检查:左侧梨状窝后外侧壁及左侧杓状软骨黏膜见损伤,未见明显异物。食管CT示:咽喉后壁软组织内条状高密度影,考虑异物可能(图1A、B)。入院后予以禁食水、补液、抗感染及消炎消肿等对症支持治疗。第2天患者诉咽痛及吞咽痛消失,复查食管CT见异物仍位于咽后壁同一位置,复查喉镜检查见左侧梨状窝内壁及下咽后壁白膜覆盖,杓状软骨黏膜充血(图2)。2018年8月8日予以急诊手术治疗,术中见咽后壁黏膜损伤处白膜覆盖,在支撑喉镜下使用CO₂激光自此处切开,结合CT定位,该异物上达会厌上缘,下达舌骨处,沿异物方向,使用CO₂激光自下咽后壁损伤处切开黏膜至咽后间隙,于椎前筋膜前软组织中发现白色质硬物,取出,为3 cm长鱼刺(图3),术中少量出血,切口较小,未缝合。术后置入胃管,并给予补液、抗感染、消肿、止血等治疗,通过胃管进食进水,术后恢复可,2018年8月14日复查电子鼻咽喉镜,见术区白膜覆盖,未见活动性出血,试流质饮食,无明显吞咽痛及术区出血,拔出胃管后院外观察。

患者2,男,78岁,2017年12月15日因误吞鱼刺后吞咽疼痛4 d、加重1 d入院,患者自行吞咽韭

菜等症状无缓解。入院1 d前出现吞咽困难。查体见患者右侧下咽后壁隆起,会厌喉面右侧有溃疡面,杓状软骨黏膜水肿(图4)。食管CT示喉咽右侧约平C4椎体水平线状高密度影,考虑异物(图5)。给予3 d消肿、抗感染治疗后,复查喉镜见会厌游离缘右侧有伪膜,右侧梨状窝及右侧下咽后壁肿胀,经口支撑喉镜暴露术区,术中见右侧会厌缘对应侧壁溃疡,清除白膜未见异物,于右侧下咽后壁见一0.3 cm白膜,显微喉镜钳探查后有少量脓液溢出,顺之探入,于右侧下咽后壁取出约2.5 cm鱼刺(图6)。术后5 d复查喉镜,右侧下咽后壁肿胀,食管CT未见明显异物影。术后半个月随访患者吞咽梗阻等临床表现消失。

患者3,女,56岁,因误吞鱼刺后咽痛、吞咽痛3 d入院,查体及食管CT检查示:鱼刺位于舌骨后,入院后禁食禁水,补液、消肿、抗感染等治疗,急诊全麻下手术,使用支撑喉镜暴露下咽部,自白膜处寻找异物,通过按压舌骨,并且切除舌骨后部分组织暴露异物,顺利取出。术后禁食禁水、补液、抗感染等治疗,愈合良好,顺利出院。

2 讨论

下咽部由于位置较深,皱襞较多,故易产生异物停留。下咽部异物取出方式则依据异物种类、位置、大小不同而采取不同的取出方式。下咽异物中,鱼刺一端刺入咽喉部组织,一端在游离组织之外,利用

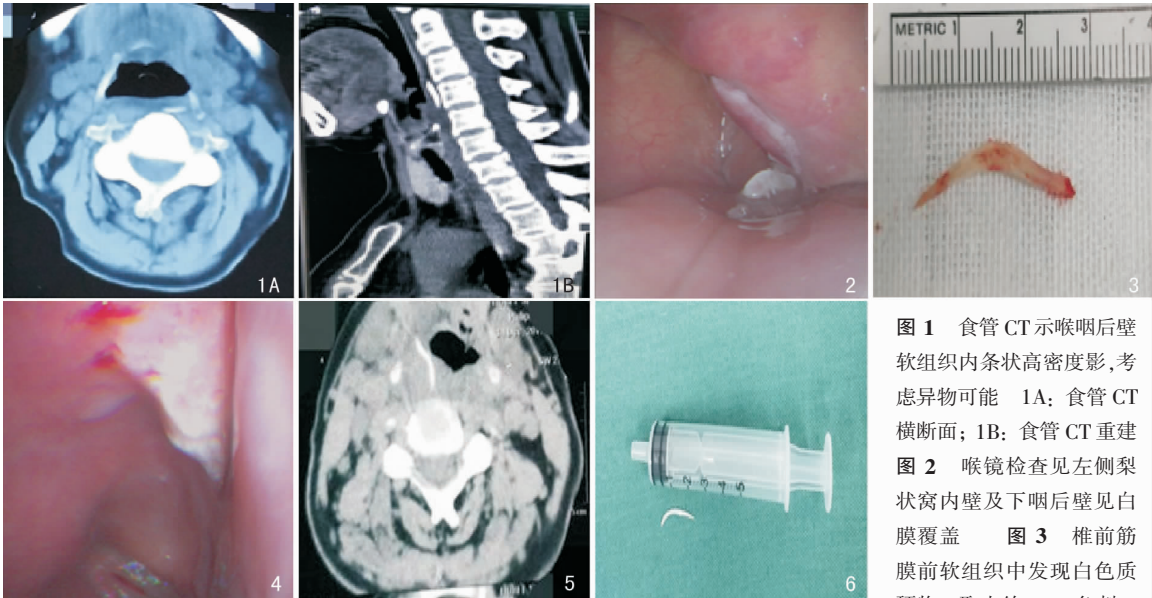


图1 食管CT示喉咽后壁软组织内条状高密度影,考虑异物可能 1A: 食管CT横断面; 1B: 食管CT重建 图2 喉镜检查见左侧梨状窝内壁及下咽后壁见白膜覆盖 图3 椎前筋膜前软组织中发现白色质硬物,取出约3 cm鱼刺 图4 会厌喉面右侧可见溃疡面约2.5 cm鱼刺 图5 喉咽右侧约平C4椎体水平线状高密度影,考虑异物 图6 右侧下咽后壁取出

图4 会厌喉面右侧可见溃疡面约2.5 cm鱼刺

图5 喉咽右侧约平C4椎体水平线状高密度影,考虑异物

图6 右侧下咽后壁取出

异物钳较易取出。下咽黏膜下包埋型异物虽然少见,但取出较困难。

本文3例下咽黏膜下包埋型异物皆为尖利的鱼刺。通常鱼刺在刺入咽喉部组织后,许多患者想通过吞咽饭团及蔬菜等食物咽下异物,此做法容易导致异物刺入咽喉部更深的组织,甚至完全被咽喉部组织包裹。包裹性异物由于患者无明显症状而被忽略,故容易漏诊。因而有误吞鱼刺病史,但在检查咽喉部未见明显异物时,可加用CT以进一步检查^[2]。异物残留容易导致咽喉部脓肿形成,纵隔炎^[3],硬膜外脓肿^[4]等,可产生较严重的并发症。故包埋型异物的诊断及治疗尤为重要。

通常患者有误吞鱼刺的病史,并且有吞咽食团的过程,然后出现咽痛、吞咽痛,喉镜检查未见明显异物,咽喉部黏膜可见白色伪膜,或颈部可见包块,伴颈部疼痛等,食管CT或行颈部包块处彩超^[5]检查发现异物,可诊断包埋型异物。

包埋型异物依据位置不同,可采用支撑喉镜下经口异物取出及颈部切开异物取出。

采用经口径路较颈部开放性切口可减少组织损伤,并且距异物位置较近,可在损伤最小的情况下查找异物。但由于异物较深,靠近脊椎,术中需注意切口勿过深,以免损伤脊柱。另外术后注意探查止血,避免血液堵塞呼吸道及进入食管。但是并非所有包埋型异物均适合支撑喉镜下咽后壁切开取出术。笔者总结支撑喉镜下异物取出方式的适应证包括:①位于咽后间隙及咽黏膜间隙及下咽黏膜下咽后壁位置表浅处异物,也有文献报道近端在黏膜下1 cm内的异物,无大血管、神经等的组织间隙可经口径路在支撑喉镜下手术取出^[6-8];②适合支撑喉镜下可暴露术区的患者,有部分患者无法行支撑喉镜下手术如舌体肥厚、小下颌、龅牙等影响术区暴露情况;③异物刺入时间较短,可见下咽部异物刺入处形成白膜,通过白膜位置便于定位寻找异物;④术前未出现化脓、发热以及出血的患者^[7]。支撑喉镜下下咽黏膜异物取出术禁忌证:①异物位于颈动脉间隙、甲状腺等靠近重要组织器官及其附近;②造血系统相关疾病及凝血功能障碍;③病情未稳定的严重的全身性疾病;④正在流行的急性传染病患者;⑤女性在月经期、妊娠期;⑥免疫系统各项指标严重异常,不适合手术患者。

以下情况需要开放手术方式取出异物:①迁移至颌下间隙、声门旁间隙、甲状腺、胸锁乳突肌内、颈椎旁、梨状窝等部位^[5,7,9-12];②患者有出血、脓肿或

异物较大等^[7]。前述病例需采用颈侧、咽侧切开^[9]或颌下腺切开^[5,10]或颈部探查切开^[11-12]等手术方式取出异物,此时由于异物位置较深,需要采用开放手术方式,理清解剖层次,减少大血管及神经的损伤,能避免支撑喉镜下不易于止血缝扎、解剖层次欠清晰等缺点。较小的异物、未导致周围炎症反应及易游离的异物,可于半月后异物周围组织机化包裹后再行切取出^[13]。也有异物位置紧邻重要血管,手术风险大,保守治疗后疼痛消失,未行手术的病例^[14]。术前应充分考虑,综合权衡利弊后选择治疗方案,找到适合的手术方式取出异物^[9,13]。

在支撑喉镜下取出异物,可通过辅助颈外按压、异物包埋处组织肿胀或形成白膜,并结合CT通过支撑喉镜下标志性结构定位如梨状窝、杓状软骨^[6]、会厌等准确寻找异物并取出。通常包埋型异物患者,可于下咽部发现白膜,此处多为异物刺入部位,多数异物自此部位向下可找到,这是由于吞咽动作导致异物自上而下嵌入。但下咽部异物不局限于自刺入处自上而下寻找异物,本文例1患者则是自下而上寻找异物。患者由于误吞鱼刺后,产生呕吐,使鱼刺由梨状窝处向上插入咽后间隙,若此例自白膜向下寻找容易远离异物。例3患者,异物位于舌骨后,通过按压舌骨,并且切除舌骨后部分组织暴露异物,顺利取出。本文3例患者,异物取出过程各不相同,其方法具有借鉴意义。

下咽部包埋型异物并不常见,手术前病史采集、喉镜采像检查及食管CT检查对避免异物漏诊非常重要,其次是电子喉镜下发现白色伪膜以及食管CT异物影可帮助定位,可发现异物位于咽后隙或舌根、咽旁隙、甲状腺等部位;并且可辨别与周围组织的关系,与舌骨位置关系或者异物与颈椎走行方向水平或垂直等;明确异物的大小和形状。通过定位决定诊治方式,尽可能减少周围组织损伤,避免伤口感染,利于术后恢复等。

参考文献:

- [1] 孔维佳,周梁.耳鼻咽喉头颈外科学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2015:367-370.
- [2] Woo SH, Kim KH. Proposal for methods of diagnosis of fish bone foreign body in the Esophagus[J]. Laryngoscope, 2015, 125(11):2472-2475.
- [3] Ziad T, Rochdi Y, Benhoummad O, et al. Retropharyngeal abscess revealing a migrant foreign body complicated by mediastinitis: a case report[J]. Pan Afr Med J, 2014, 19:125.

[4] Chen JM, Wang ZY, Ni GX. Thoracic spinal epidural abscess caused by fishbone perforation: A case report and review of literature[J]. Medicine (Baltimore), 2016,95(49):e5283.

[5] 罗宇鸿. 甲状腺迁移性异物并发周围脓肿一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(12):1038.

[6] 汪文斌,徐霖,王琦,等. 支撑喉镜显微镜 CO₂ 激光下咽后间隙鱼刺取出1例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(19):1747-1748.

[7] 姚琳莉,李春丽,刘卫红,等. 下咽埋藏性异物的临床处理策略[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2019,25(3):313-317.

[8] 王振常,鲜军舫. 头颈部影像学—耳鼻咽喉头颈外科卷[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:424-425.

[9] 张庆泉,张华,张天振. 喉咽颈椎旁迁徙性异物1例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2011,18(12):677.

[10] 褚彦君,曾冬前,翁永彩,等. 颌下腺迁移性鱼刺异物1例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈科,2017,24(5):248.

[11] 姜晓丹,李慎玲,张孝田,等. 咽异物迁移致颈部包块1例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(7):668.

[12] 张雷,肖芳,罗宝珍. 右声门旁间隙异物存留15个月一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(12):928.

[13] 高静,张炳煌,郑东淑,等. 8例咽旁间隙异物不同径路手术治疗体会[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(21):1903-1905.

[14] 王治强,都基亮,李海飞,等. 颈椎旁迁移性异物1例[J]. 临床急诊杂志,2011,12(6):423-424.

(收稿日期:2019-05-28)

本文引用格式:严诗琪,毛承刚,李 琴,等. 下咽黏膜下异物3例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2020,26(2):194-197. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202002020

Cite this article as:YAN Shiqi, MAO Chenggang, LI Qin, et al. Clinical analysis of foreign bodies in the hypopharyngeal submucosal tissues: a report of 3 cases[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2020, 26(2):194-197. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.202002020

(上接第193页)

研究表明,短期小计量口服糖皮质激素联合鼻喷糖皮质激素,抗炎效果可靠,副作用较小,花费低,在鼻内镜术后应用,将有利于控制病情的发展。但由于口服糖皮质激素停药后疗效不易维持,其使用的频率及周期仍需后期的临床研究总结。

参考文献:

[1] Fernández-Bertolín L, Mullol J, Alobid I, et al. Impact of cell culture methods on the outcomes of the in vitro inflammatory response in nasal polyps[J]. Rhinology, 2011, 49(5):562-569.

[2] Ulku Tuncer, Levent Soylu, Barlas Aydoğan, et al. The effectiveness of steroid treatment in nasal polyposis[J]. Auris Nasus Larynx, 2003, 30(3):263-268.

[3] Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps[J]. Rhinol, 2007, 45(2):97-101.

[4] Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al. BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polypsis[J]. Clin Exp Allergy, 2008, 38(2):260-275.

[5] 韩德民. 正确理解难治性鼻-鼻窦炎[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2):113-114.

[6] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会与中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2008年,南昌)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(1):6-7.

[7] Mullol J, Alobid I. Combined oral and intranasal corticosteroid therapy: an advance in the management of nasal polyposis[J].

Ann Intern Med, 2011, 154(5):365-367.

[8] 田媛,陈薪羽,王效军,等. 成人慢性鼻-鼻窦炎外科治疗的依从性分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 31(1):58-61.

[9] Mullol J, Roca-Ferrer J, Xaubet A, et al. Inhibition of GM-CSF secretion by topical corticosteroids and nedocromil sodium. A comparison study using nasal polyp epithelial cells[J]. Respir Med, 2000, 94(5):428-431.

[10] Mullol J, Xaubet A, López E, et al. Comparative study of the effects of different glucocorticosteroids on eosinophil survival primed by cultured epithelial cell supernatants obtained from nasal mucosa and nasal polyps[J]. Thorax, 1995, 50(3):270-274.

[11] Poetker DM, Jakubowski LA, Lal D, et al. Oral corticosteroids in the management of adult chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps: an evidence-based review with recommendations[J]. Int Forum Allergy Rhinol, 2013, 3(2):104-120.

[12] Van Zele T, Gevaert P, Holtappels G, et al. Oral steroids and doxycycline: two different approaches to treat nasal polyps[J]. J Allergy Clin Immunol, 2010, 125(5):1069-1076.

(收稿日期:2019-03-20)

本文引用格式:李晓光,姜 霞,陈建伟,等. 鼻息肉术后口服糖皮质激素的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2020,26(2):191-193,197. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202002019

Cite this article as:LI Xiaoguang, JIANG Xia, CHEN Jianwei, et al. Clinical observation on effect of oral glucocorticoids after operation of nasal polyp[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2020, 26(2):191-193,197. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202002019