

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202120180

· 病案报道 ·

# 婴儿支气管与食管同期异物1例

徐幼,余晓燕,徐浪,刘露,贾璇,谢友奇,李离,谭月,吴少华,黄孟婕

(电子科技大学医学院附属成都市妇女儿童中心医院 儿童耳鼻咽喉头颈外科,四川 成都 610073)

中图分类号:R768.4

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

患儿,男,11个月,无明确诱因进食后呕吐,不愿进食,进食后哭闹1个月,无发烧,咳嗽等症状,当地多家医院儿科多次就医,诊断为“消化不良”“胃肠型感冒”,给予药物治疗,病情无好转,进食后哭闹加重,继后又改服中药治疗,仍表现为进食后呕吐、进食哭闹、烦躁不安。反复治疗无效,患儿每日进食极少。进食后呕吐严重,日渐消瘦,体重减轻。4d前又因进食花生后突然呛咳、呼吸困难、喉鸣,家长又自认为是“感冒”,服用感冒药无效,呼吸困难,咳嗽加重,又去当地医院儿科就医,因咳嗽严重,呼吸困难,临床诊断为“急性支气管炎”“肺炎”,给予胸部DR拍片,结果提示食管气管异物(图1),建议立即转上级医院处理;患儿来到我院急诊科就医,给予胸部CT检查,结果提示:食管上段内可见圆形、直径2.0cm大小的异物影,压迫气管,可见异物阻塞右侧支气管开口,阻塞部分气管隆突,影像学诊断:“气管隆突及右侧支气管开口处异物、食管异物”(图2)。急诊科将患儿转入耳鼻咽喉头颈外科住院,急诊手术探查。

入院查体:安静时患儿无明显呼吸困难及三凹征改变,面色口唇无发绀,频繁咳嗽;哭闹时唾液外溢、呼吸急促,呼吸32次/min,血氧饱和度监测显示88%~90%,可闻喉鸣,轻微三凹征,听诊右肺呼吸音较左肺明显降低,较多湿罗音。

### 1.2 治疗方法

入院后立即给予生命体征监测,吸氧,禁食禁饮,补液支持治疗,禁食8h后在全身麻醉下行儿童气管异物与食管异物同期取出术。考虑到食管异物

压迫气管,但取出风险低于气道异物,故采取先取出食管异物再取支气管异物的方式。术前告知患儿家长手术风险,并签字同意。

术中发现食管上段黏膜充血、肿胀,分泌物较多。吸尽分泌物后发现异物阻塞食管,压迫气道,顺利完整取出,异物为一枚5角的硬币(图3);由于食管异物较大,压迫气管,加之气管异物又阻塞气管,故患儿呼吸困难明显,诱导麻醉时患儿呼吸困难加重,增加了麻醉和手术的风险。调整生命体征后再置入硬性气管镜发现右侧支气管黏膜充血、肿胀,异物完全阻塞支气管,取出气管异物为花生仁(图3)。

## 2 结果

术后患儿带管送重症监护室,1d后返回病房,生命体征恢复正常,术后3d复查胸片无异物残留,痊愈出院。术中术后均未见并发症发生,预后良好。

## 3 讨论

婴幼儿食管异物、气管异物均为耳鼻咽喉头颈外科常见危重急诊,临床上一般以食管异物或支气管或气管异物单一发病较为多见,支气管异物与食管异物同期发生在临床上较为罕见,有文献报道1例15个月大的婴幼儿有5个月的食物反流、呕吐、复发性气管支气管炎和肺炎的历史,诊断为胃食管反流。喉气管内镜显示兔椎体骨部分阻塞环状软骨水平的气道<sup>[1]</sup>。分析本文报道患儿以进食哭闹,不愿进食,进食后呕吐1个月之久在先,经久不愈,多次就医都被误诊为“消化不良”“胃肠型感冒”而治疗无效。1个月之后又发生误吸花生后导致呛咳、呼吸困难4d,再次就医儿科,又被误诊为“支气管炎、

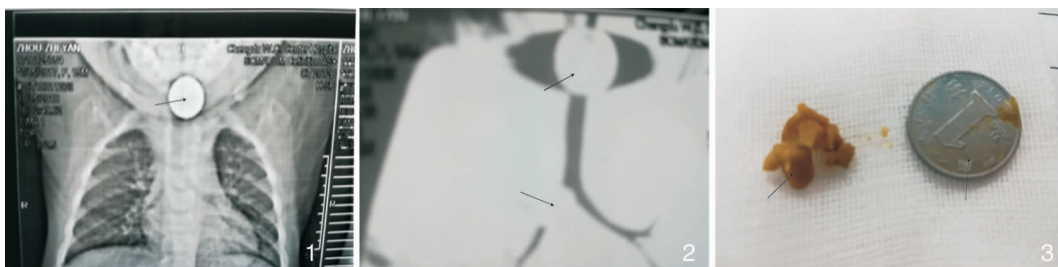


图1 胸部DR提示食管异物(箭头所指) 图2 胸部CT提示食管异物、右侧支气管异物(箭头所指) 图3 花生为食管异物、硬币为右侧支气管异物(箭头所指)

肺炎”，给予胸部正位DR检查仅提示食管气管异物，建议立即转上级医院后再行肺部CT检查提示右侧支气管异物阻塞，至此才被确诊为气管与食管同期异物，从发病到确诊长达1个月之久；分析其误诊及延迟诊断的原因有以下几点：①误食异物的病史不明：无明确的误咽误吸异物的病史提供给医生作诊断参考，该例患儿家长知道患者进食后呕吐，不愿进食，但并不知道孩子误咽硬币堵塞食管，这可能是由于孩子误食误咽异物时家长没当场发现，未能给医师提供明确的误食异物病史。文献报道1例21月龄婴幼儿呼吸困难4周，支气管镜检查发现气管中段有一塑料异物。出现严重延迟诊断，由此说明了病史的重要性<sup>[2]</sup>；②就医习惯导致对疾病思考的局限因素：儿童呕吐、不愿进食、咳嗽、呼吸困难时家长一般都是带孩子去看儿科，但基层医院的儿科一般都是以儿童内科为主，多数只会考虑孩子是“消化不良”“感冒”等疾病，而忽略其他专科疾病的思考，也是延迟诊断或误诊的原因之一；③对疾病认识不足：基层医生对儿童食管异物、支气管异物的专科疾病没有足够的认识和重视，在诊断时只考虑儿内科学专业的消化不良等方面的疾病，未同时考虑其他专业疾病；④忽略了病史的采集和详细询问：没有异物史不等于没有异物，关键在于对儿童耳鼻咽喉科的食管异物、支气管异物这类疾病首诊医师缺乏考虑，长达1个月进食困难，进食后呕吐治疗无效也未对异物进行思考，也是该例患儿延迟诊断的原因。

特别提醒注意的是：食管异物、气道异物国内外急诊科都很常见，胸片是常用的诊断工具，侧位胸片

对于准确判断食管或气管异物的位置非常重要<sup>[1]</sup>。该例患儿胸部正位DR检查只提示了食管气管异物，未提示有支气管异物，故建议在怀疑食管、气管、支气管异物时应该增加胸部DR侧位片，防止漏诊<sup>[3-4]</sup>。综上所述，加强基层医院儿童专科的学科建设，完善专业设置，加强学科之间的沟通与交流，对治疗效果欠佳的患儿及时启动多学科会诊，努力提高第一就诊时的确诊率，及时治疗处理，减少误诊或延迟诊断的发生，消除医疗安全隐患，确保儿童的生命安全及医疗质量。同时推荐在婴幼儿的可疑气管异物或食管异物的影像学DR诊断中推荐采用正侧位片二个体位，以免漏诊。

#### 参考文献：

- [1] Gentili A, Saggese D, Lima M, et al. Removal of an unexpected tracheal foreign body after five months [J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2005, 15(3): 342-345.
- [2] Davis SJ, Madden G, Carapiet D, et al. Delayed presentation of paediatric tracheal foreign body [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2007, 264(7): 833-835.
- [3] Scerbo C, Kilgar J, Lim R. Mistaken asymptomatic carinal foreign body in a child [J]. Pediatr Emerg Care, 2019, 35(1): e11-e13.
- [4] Eyekpegba OJ, Onakpoya UU, Obiajunwa PO, et al. Missed distal tracheal foreign body in consecutive bronchoscopies in a 6-year-old boy [J]. Niger J Surg, 2017, 23(1): 67-70.

(收稿日期:2020-03-02)

本文引用格式:徐幼,余晓燕,徐浪,等. 婴儿支气管与食管同期异物1例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2021, 27(1): 103-104. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202120180