

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202221346

· 儿童疾病专栏 ·

儿童气管异物致气管食管瘘1例

王家晨, 郑睿, 徐学海

(甘肃省妇幼保健院 耳鼻咽喉科, 甘肃 兰州 730000)

中图分类号: R768.1+3

气管食管瘘是指由于先天或后天获得性因素导致食管与气管之间联通形成瘘管。儿童后天获得性气管食管瘘常见于食管异物、气管异物、先天性食管闭锁术后、食管扩张术后等。气管异物导致气管食管瘘病例较少见,详细的病史及必要的电子支气管镜检查可减少误诊的发生。我科收治1例气管异物误诊致气管食管穿孔患者,报道如下。

1 临床资料

患儿,男,5岁,因反复发烧、咳喘3年,加重伴喘鸣音、声嘶1周来院就诊,门诊行喉镜检查发现“气管内异”,胸部CT+三维重建示:①双肺支气管血管束增重;②喉腔不规则狭窄,右侧声带增厚;③食管上段前缘局限性囊袋状突起;追问病史家属诉患儿于入院前5年误吞“塑料片”后出现剧烈呛咳、痰中带血,当时无憋气、口唇发绀、流涎、恶心、呕吐等,拍背后呛咳症状逐渐平复,遂急诊就诊于某院急诊科,行胃镜检查,食管、胃部未见明确异物;出院后患儿喘息症状间断存在,家属未予重视;3年前吃“粽子”后出现反复呛咳,无咳痰、痰中带血、呼吸困难、恶心、呕吐等症状,遂就诊于某院小儿内科,完善胸部CT+三维重建提示胸廓入口平面异常强化团片影并其内斑片样低密度,多考虑炎性病灶,未予特殊治疗。以气管内异物收入耳鼻咽喉科。既往史:近3年易“感冒”,约10余次/年,自行口服头孢克肟、阿莫西林胶囊治疗,无传染病及接触史,无手术外伤史,无药物过敏史。个人史:孕1产1,足月剖腹产,出生体重3.2 kg,生长发育同同龄儿。体格检查:体温36.4℃,脉搏121次/min,呼吸24次/min,体重19 kg,无鼻翼煽动,主气管可闻及喘鸣音,胸骨上窝随呼吸轻度凹陷;入院当日查血常规、生化、凝血均未

见明显异常;腹部超声及心脏超声均未见明显异常。

支气管镜检查确诊气管内异物,但伴随患儿饮水存在的呛咳、腹胀、肛门多排气症状令人困惑,再次阅片发现食管严重扩张,胃泡大量气体,气管平第3胸椎平面存在气管食管瘘(图1),合理解释了饮水呛咳、腹胀、频繁排气症状的发生;术前检查完善后,行全身麻醉下纤维支气管镜检查:①气管异物(距离声门口约4.5 cm处可见一异常反光物,周围大量肉芽组织增生和包裹,用一次性气管异物回收网篮成功套取并取出);②气管内肉芽组织样肿物(阻塞气管);③气管食管瘘;④支气管内膜炎性改变(图2)。电子胃十二指肠镜检查:上段距门齿约17 cm处可见肉芽组织增生,经食管亚甲蓝注射后见气管肉芽处染色,结合病史确诊气管食管瘘(图3);术后置留空肠营养管,肺部感染治愈后带管出院,随访4个月瘘管未愈合(图4),确诊6个月于外院行气管食管瘘修补术,患儿术后病情平稳。

2 讨论

气管支气管异物是儿科常见急症之一,尽早诊断和取出异物是减少并发症、降低死亡率的关键^[1]。我国0~14岁儿童异物7.9%~18.1%由气管支气管异物所致,其中80%发生于1~3岁^[2-3]。本例患儿误吸发生于1岁时。异物类型以日常食物性为多见,最常见为花生粒、核桃仁、葵花籽(皮)、西瓜仁(皮)、板栗等植物性异物;非植物性异物以笔帽、回形针、玩具零件等常见^[4];笔帽异物多发生于学龄期儿童^[5]。异物嵌顿的部位以右主支气管为主,其次为左侧主支气管、声门下异物;本例患儿吸入异物后出现呛咳、痰中带血、作呕,但随即恢复平静,表现出无异于正常的体征,给首诊医师极大的

基金项目:兰州市科技计划项目(2022-ZD-67)。

第一作者简介:王家晨,男,硕士,住院医师;郑睿,男,主治医师。王家晨与郑睿对本文有同等贡献,为共同第一作者。

通信作者:徐学海,Email:xxhlz@163.com

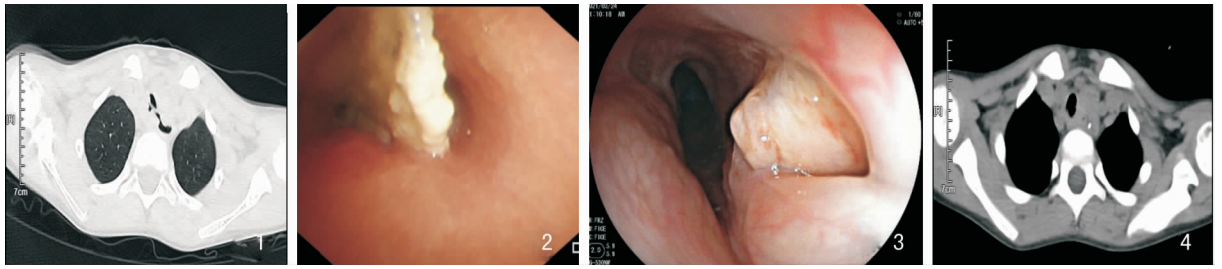


图1 胸部CT可见气管异物嵌入气管食管瘘 图2 纤维支气管镜下气管异物及伪膜 图3 胃镜下食管食管瘘口
图4 术后4个月胸部CT检查提示瘘管未愈合

迷惑性。气管黏膜受到异物长期刺激、感染引起炎症,分泌物增多,出现咳嗽、咳痰症状,随着感染向肺泡蔓延,出现肺炎、高热症状需与呼吸道疾病鉴别。咳嗽、流质饮食时呛咳以及反复肺部感染为食管-气管瘘经典 Ohno 征^[6]。

纤维支气管镜作为气管异物诊断的金标准之一^[1],同时也是治疗方法;X线检查是呼吸道异物的首选检查方法,但对于非金属性异物诊断率不高,Ding 等^[7]的研究中,超过1/3(38%)喉气管或支气管异物患儿的X线表现正常。X线相比CT扫描虽然有较高的检出率,但对吸入性异物和呼吸道炎症(肉芽、坏死伪膜、痰液)不能从形态和密度上进行区分;纤维支气管镜能弥补这个缺点,但目前尚没有得到广泛普及^[8]。由于多层螺旋CT对气管支气管异物诊断的敏感度和特异度可达90%以上^[9],在怀疑气道异物时尽可能选择颈胸部多层螺旋CT增加检出率^[10]。此外,CT+三维重建能显示异物所在位置,异物轮廓、大小、方位等,为手术提供参考。

呼吸道异物导致气管食管瘘并发症极为罕见;本病例吸入异物为圆形塑料片,异物进入期呛咳、喉喘鸣、痉挛性呼吸困难症状不典型;监护人提供误吞病史具有不确定性,接诊医师基于病史及临床症状给予胃镜检查,食管、胃未见明确异物。随病程进入无症状期,必要的多层螺旋CT+三维重建及纤维支气管镜检查被遗漏。近3年患儿反复发热、咳嗽、咳痰,期间胸部CT+三维重建提示胸廓入口平面异常强化团片影并其内斑片样低密度影,但未行支气管镜确认。

最终,患儿因喘鸣、声嘶、饮水呛咳就诊于耳鼻咽喉科,行电子喉镜检查发现气管内异物;患儿家属提供关键病史,近期饮水后呛咳并频繁肛门排气,颈胸部CT示食管扩张明显,胃泡充盈是重要临床信号,提示有气体通过气管-食管瘘进入上消化道。随着MTD模式在诊疗领域的普及,其在气道异物诊断及治疗中具有明显优势^[11]。气管食管瘘处置原

则为停止经口进食,留置空肠营养管,肠内、肠外营养支持,积极控制肺部感染,保守治疗无效时可行气管支架植入,瘘管灼烧治疗,或胸外科手术治疗。

参考文献:

- [1] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会小儿学组. 中国儿童气管支气管异物诊断与治疗专家共识[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2018, 53(5): 325-338.
- [2] 韩琨, 项骁, 王旻, 等. 北京市7334例住院儿童意外伤害流行病学特征分析[J]. 中华疾病控制杂志, 2015, 19(5): 431-434.
- [3] 郭刚智, 韦丹. 2286例儿童意外伤害的临床分析[J]. 中国小儿急救医学, 2017, 24(2): 128-131.
- [4] 熊春华, 沈学锋. 452例儿童气管支气管异物临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2020, 27(1): 47-48.
- [5] 陈伟超, 余宏川, 孙欣荣, 等. 儿童气管支气管异物延误诊断的原因及影响分析[J]. 中国妇幼保健研究, 2021, 32(1): 1-5.
- [6] Zacharias J, Genc O, Goldstraw P. Congenital tracheoesophageal fistulas presenting in adults; presentation of two cases and a synopsis of the literature[J]. J Thoracic Cardiovascular Surg, 2004, 128(2): 316-318.
- [7] Ding G, Wu B, Vinturache A, et al. Tracheobronchial foreign body aspiration in children: A retrospective single-center cross-sectional study[J]. Medicine, 2020, 99(22): e20480.
- [8] 杨素娜, 尹德佩. 胸部CT诊断儿童呼吸道异物的偏差分析[J]. 中国血液流变学杂志, 2020, 30(2): 250-252, 258.
- [9] Dörterler ME, Kocaman OH, Günendi T, et al. A single-center experience of pediatric foreign-body aspiration: A retrospective 4-year case series[J]. Lung India, 2019, 36(3): 202-206.
- [10] 任颖川. 多层螺旋CT三维重建对复杂小儿气管支气管异物的诊断价值[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(6): 480-481.
- [11] 钟翠萍, 王新兰, 田海月, 等. 319例气管支气管异物的临床诊治分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2021, 27(3): 310-315.

(收稿日期:2021-09-10)

本文引用格式:王家晨,郑睿,徐学海. 儿童气管异物致气管食管瘘1例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2022, 28(3): 34-35. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.202221346