

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202222056

· 病案报道 ·

气管异物误诊为食管异物 1 例分析并文献复习

祝宝莲, 赵兴贺, 樊明月, 赵青, 窦训武, 尹德佩

(苏州大学附属儿童医院 耳鼻咽喉科, 江苏 苏州 215000)

中图分类号: R768.1+3

气管、支气管异物是耳鼻咽喉科常见的急重症之一, 常见于5周岁以内的孩童, 亦偶见于成人。异物在误吸入气管后可形成不同程度的通气障碍, 故而一经确诊应立即行支气管镜检查及异物取出术, 及时挽救患者的生命。同时还应格外注意异物的种类与特性, 尽量避免气管破裂、气胸、纵隔气肿及气管食管瘘等严重并发症^[1-3]。气管异物情况危急, 确诊后需要紧急处理, 但由于各种因素, 气管、支气管异物被错误诊治的情形仍时有发生, 而误诊造成的后果严重甚至死亡。所以, 对于气管、支气管异物应早检查、早诊断。

本文对本科室近期收治的1例气管异物误诊为食管异物的病例进行剖析, 并将10例气管异物误诊为食管异物的有关文献进行综述^[4-9], 以资交流学习。

1 临床资料

患儿, 男, 10岁, 误吞图钉后胸骨后痛4h入院。4h前口中含一图钉时不慎咽下后感胸骨后痛, 患儿呼吸平稳, 无刺激性咳嗽咳痰, 无胸闷、气急。专科体格检查: 咽喉部未发现明显充血红肿, 未见明显异物, 双肺听诊: 双肺呼吸音稍粗, 基本对称。急诊胸部X片显示: 纵隔稍右侧可见钉状金属致密影, 考虑食管内异物(图1)。急诊医生以食管内异物收入院, 拟急诊行硬食管镜检查及异物取出手术。麻醉准备间隙, 接诊的术者仔细阅片后考虑不能排除气管内异物, 故而与家属沟通谈话, 术中可先行食管镜检查, 如未发现异物, 再行支气管镜检查, 如气管食管均未见异物, 术后行CT检查确认异物位置。手术中进行硬食管镜检查, 并未发现明显异物, 转为硬支气管镜检查, 发现气管及右侧支气管入口处一

金属帽钉, 遂成功取出异物(图2)。患儿术后第2天顺利出院。

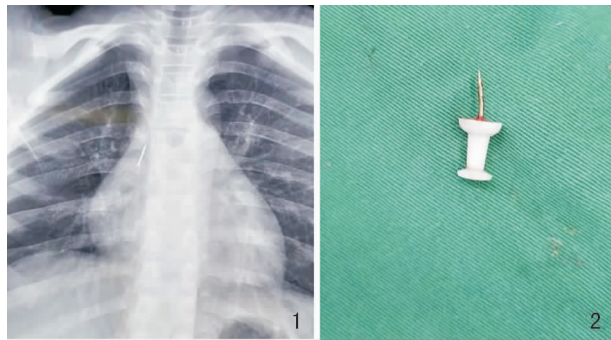


图1 患儿术前胸部X线所见 图2 取出后的异物

2 讨论

气管和食管由于解剖部位隐蔽深在, 异物进入后威胁生命, 气管和食管位置毗邻, 紧急情况下难免会有考虑欠周到, 诊治上有纰漏, 相互误诊的情况。该患儿因事发时并没有家属及其他成人在场, 非亲眼所见, 病史叙述不清楚。加之该异物对气道壁黏膜的刺激相对较轻, 导致患儿症状不典型, 双肺听诊呼吸音无明显异常。入院时仅凭胸片结果及临床表现就作出诊断是导致误诊的主要因素。

上级手术医生术前的再次阅片中发现可疑之处, 考虑不能排除气管内异物, 又因异物为图钉, 情况凶险, 需紧急手术, 故而术中选择食管镜与气管镜同时探查, 及时进行了补救措施, 而未给患儿带来进一步的危害, 是本病例的一大特点。据文献数据显示, 多数误诊为食管异物的病例, 术中未找到异物, 便误以为异物已进入下消化道, 故而结束手术后, 再重新拍片确认异物位置, 才发现异物在气管内, 再次麻醉手术, 大大增加了患者的身心负担与痛苦。

第一作者简介: 祝宝莲, 女, 硕士, 主治医师。
通信作者: 尹德佩, Email: hunziyin99@sina.com

本文回顾1993—2020年国内6所医院10例气管异物误诊为食管异物的有关文章,进行综合分析并总结。

文献中10例患者,男8例,女2例;儿童5例,平均年龄4.95岁;成人5例,平均年龄49.2岁。异物类别:金属异物10例,其中别针1例(儿童),拉链1例(儿童),2分硬币1例(儿童),刀片2例(成人),金属钉3例(儿童2例,成人1例);假牙2例(成人)。主诉及临床表现主要为吞咽异物后干呕、轻微咳嗽、胸痛(9例),无呼吸困难、无憋气及喘息(10例);肺部听诊双肺呼吸音基本对称,呼吸平稳(10例);10例患者均急诊行胸片检查,结果均考虑食管内异物。

10例患者均在急诊全麻下行食管镜检查,术中反复多次探查均未见明显异物,考虑异物可能已脱落于下消化道,其中8例就此结束手术,苏醒后再次行辅助检查,发现异物位于气管内,择期再次全麻下行气管镜检查加异物取出术。另外2例术中反复食管镜检查未见异物后即刻行术中床旁胸部正侧位片检查,发现异物位于气管内,随即行气管镜检查,并成功取出异物。

气管异物尽早诊断和取出是减少并发症和降低病死率的关键。尽管近些年由于人们预防意识不断提高,气管支气管异物发生率已有所下降,但鉴于该病临床表现的多样性、复杂性,在诊断和鉴别诊断上仍有一定的困难,因此漏诊、误诊时有发生,并可造成严重后果^[10-11]。总结文献发现气管异物误诊为食管异物的原因及术中注意事项如下:①异物类型均为金属类异物,而金属类异物对气管壁黏膜的刺激较轻,呼吸道症状可不明显,大多为轻微咳嗽,吞咽痛或胸骨后痛,且如果金属异物又相对偏小,气道堵塞不严重,则可无明显气促、呼吸费力等表现;②首诊医师根据患儿或者家属主诉“吞咽异物”以及呼吸道症状的不典型性而首先考虑食管内异物。总气管与食管基本平行,临床医师以“食管内异物”的印象申请X线胸片时容易出现X线检查结果判读的失误,而X片分辨率不高,进一步导致诊断错误。误诊后不可避免地要进行食管镜检查,增加患者痛苦,延误气管异物患者的抢救。要防止气管异物误诊为食管异物,临床医师必须详细询问病史,对临床症状不明显者更应如此。进行胸部X片检查时,既要进行正侧位检查,又要对可疑病例及时行颈胸部CT或其他进一步的检查^[12-13],以免食管与气管影像重叠而发生误诊。气管异物、支气管异物误诊率较高,假阳性或假阴性病史常是误诊的

主要原因,对反复发热、咳嗽、咳痰、喘息的婴幼儿,如病情反复、迁延或正规抗炎治疗效果不佳,虽然否认异物吸入史,仍需高度警惕是否有气管、支气管异物可能,并及时行纤维支气管镜或硬支气管镜检查^[14];③麻醉及手术一定要安排经验丰富的麻醉师及术者进行,全麻后气管镜检查及异物取出时麻醉师和术者共用同一个气道,对气道的麻醉管理尤为重要,稍有不慎,即有窒息、心脏骤停的风险。对于异物较大或形状特殊者,考虑气管镜取出有困难时术前联系好胸外科会诊,评估病情,做好随时开胸取异物的准备。

参考文献:

- [1] 张悦,文连姬,谷婷婷,等.儿童气管异物导致气管食管瘘1例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2021,27(5):597-598.
- [2] Jatana KR, Litovitz T, Reilly JS, et al. Pediatric button battery injuries:2013 task force update[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2013,77(9):1392-1399.
- [3] Herman LC, Chen L, Garnett A, et al. Comparison of carboplatin-paclitaxel to docetaxel-cisplatin-5-fluorouracil induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiation for locally advanced head and neck cancer[J]. Oral Oncology,2014,50(1):52-58.
- [4] 孙河林.气管异物误诊为食管异物5例报告[J].临床误诊误治,1993,6(1):39.
- [5] 刘丽娟,吴天杰.气管异物误诊为食管异物1例[J].四川医学,2000,21(10):910-911.
- [6] 屈霖.气管异物误诊为食管异物1例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(4):253.
- [7] 赵宁.气管异物误诊为食管异物一例报告[J].青海医药杂志,2010,40(6):66.
- [8] 肖敏.1例气管异物误诊为食管异物的原因分析[J].当代护士,2011,10:126-127.
- [9] 温鑫,赫莉,左路杰,等.气管异物误诊为食管异物一例[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,55(10):965-966.
- [10] 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):352-358.
- [11] 牛亚林,陈杰,薛刚,等.气管异物误诊为支气管肺炎12例分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2012,18(5):386-387.
- [12] 张悦,文连姬,谷婷婷,等.儿童气管异物导致气管食管瘘1例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2021,27(5):597-598.
- [13] 张薇,唐力行,赵靖,等.儿童食管异物致气管食管瘘的临床表现及原因分析[J].临床和实验医学杂志,2019,18(24):2671-2675.
- [14] 杨勇,叶凌.气管异物误诊分析[J].中外医疗,2009,11:52.

(收稿日期:2022-02-23)

本文引用格式:祝宝莲,赵兴贺,樊明月,等.气管异物误诊为食管异物1例分析并文献复习[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2022,28(6):115-116. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202222056