

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202423212

· 病案报道 ·

陈旧性食管异物 2 例

谢聪, 宁媛媛, 孟渊, 王丽娥, 田锦江

(晋中市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 山西 晋中 030600)

中图分类号: R768.3+2

食管异物是耳鼻咽喉头颈外科最为常见的急症之一。患者误食异物后, 通常会马上出现咽痛(吞咽加剧)、流涎、胸痛等症状, 异物停留的时间越长, 患者的疼痛不适症状会随之加剧。如果诊治不当或处理不及时, 可导致食管穿孔、颈深部间隙感染或气管食管瘘等并发症, 严重者可危及生命^[1]。笔者在工作中遇到 2 例较为罕见的陈旧性食管异物。现总结分析如下。

1 临床资料

病例 1, 女, 41 岁, 因进行性吞咽困难 5 年于 2013 年 4 月 10 日入院。患者入院前 5 年因误吞咽玻璃后出现吞咽疼痛及咽不净感, 时有呛咳, 当时未予诊治, 之后自觉症状逐渐减轻。5 年来自诉可以正常进食, 但进食伴梗阻感, 无明显发热、咽痛、吞咽痛、胸痛、呼吸困难等症状, 且从未考虑就医。最近因咽喉部不适加重就诊, 门诊电子喉镜检查发现食管入口处异物而入院。入院后进一步完善颈部 CT、MRI 等辅助检查。电子喉镜检查示右侧劈裂上方可见新生肉芽, 表面粗糙, 触之易出血, 左侧食管入口可见异物, 表面有伪膜覆盖; 喉部 MRI 扫描示喉室壁增厚, 左右不对称, 声门上方右侧可见软组织局部隆起呈肿块状, 突入喉室, 病变信号不均匀; 气管后方食管走形区域一长条状异常信号影, 周围可见软组织增生, 双侧颈部少量淋巴结影; CT 示食管异物呈上宽下窄梯形, 大小约 5.0 cm × 3.0 cm, 初步诊断: 食管异物(玻璃)。

患者于 2013 年 4 月 18 日全麻食管镜下行食管探查及异物取出术。食管镜下发现玻璃片与食管周边已形成肉芽, 拉动时有阻力。故助手协助持镜, 术者在两把异物钳表面套入橡皮管, 分别夹持异物两

端, 一边松动一边拖拽, 术中, 玻璃纵行断裂成两截, 遂分次取出。术毕检查玻璃基本完整, 无明显碎渣残留, 术中少量出血。术后抗感染、补液; 留置胃管, 鼻饲饮食; 同时抑酸治疗, 保护食管及胃黏膜。术后第 5 天行食管碘油造影, 未见造影剂外溢, 拔除胃管经口流食无不适, 次日出院。随访 1 年无不适。病例 1 典型图片见图 1。

病例 2, 女, 66 岁, 因误食枣核近 2 年于 2017 年 11 月 1 日入院。患者 2015 年曾误食枣核, 当时咽痛, 吞咽时加剧, 但未及时就诊, 数日后自觉症状缓解。1 个月后门行食管造影未见明显异物, 故未继续诊治。2017 年就诊我院呼吸科行胸部 CT 检查时发现食管上段左侧组织增厚, 可疑异物包裹, 故入院。入院后完善辅助检查, 颈部 CT 平扫 + 增强示食管上段管壁增厚, 左侧可见软组织包块影, 大小约 2.4 cm × 1.9 cm, 平均 CT 值 44 Hu, 增强扫描局限不均匀强化, 内可见长条样高密度影, 大小约 1.8 cm × 0.5 cm, 中央区呈低密度影, 邻近甲状软骨左后方, 甲状腺向左上方推移。术前诊断: 颈部异物(枣核)。

全麻下沿颈部第二横纹从颈部正中开始向左侧行水平切口, 长约 5.0 cm, 切开皮肤、皮下组织, 颈阔肌下翻瓣、固定。沿颈白线分离带状肌, 暴露患侧甲状腺腺体。探查发现左侧甲状腺与周围组织粘连紧密。切断左侧胸骨甲状肌, 暴露甲状腺上极, 逐步游离腺体, 分离、解剖左侧喉返神经予以保护。探查气管食管沟, 发现质韧瘢痕组织, 剖开瘢痕组织, 找到并取出异物, 系枣核, 探查食管壁明显增厚。用抗生素及生理盐水反复冲洗术腔, 置入负压引流管 1 根, 逐层缝合切口。术后患者软食, 抗炎消肿治疗 1 周后拆线出院。随访 6 个月无异常。病例 2 典型图片见图 2。

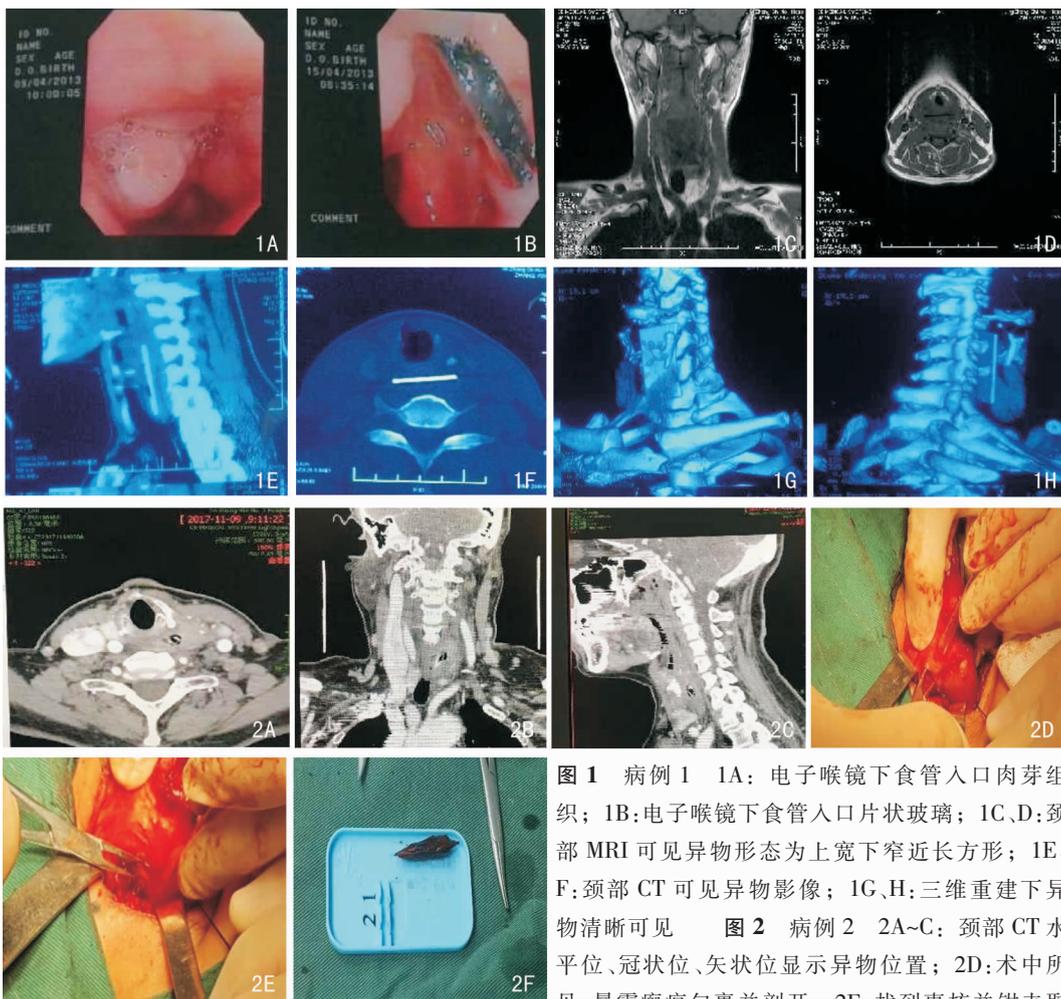


图1 病例1 1A:电子喉镜下食管入口肉芽组织;1B:电子喉镜下食管入口片状玻璃;1C、D:颈部MRI可见异物形态为上宽下窄近长方形;1E、F:颈部CT可见异物影像;1G、H:三维重建下异物清晰可见 图2 病例2 2A~C:颈部CT水平位、冠状位、矢状位显示异物位置;2D:术中所见,暴露瘢痕包裹并剖开;2E:找到枣核并钳夹取出;2F:完整取出枣核

出;2F:完整取出枣核

2 讨论

对于食管异物患者,及早诊断是避免并发症的关键。如果异物停留时间过长,成为陈旧性食管异物,患者发生严重并发症的几率和治疗难度也会增大。

病例1患者误吞玻璃后未及时就诊,长期的吞咽不适也未引起重视。患者女儿曾描述其饮水时咽喉部会发出巨大的“咕噜”声,多次提醒但患者未予理会,依旧正常进食。异物在食管入口处停留长达5年之久,这种情况在临床上非常罕见。分析除患者性格和认知方面的因素,超常的耐受力可能也是原因之一。食管壁厚3~4 mm,如果异物停留过久,局部极易感染、糜烂而至穿孔^[2]。该异物在患者食管入口嵌顿多年,局部黏膜反复、长期受到刺激,出现炎症反应直至肉芽组织形成。而食管黏膜未穿孔,可能与该异物边缘较规整、无明显尖锐接触面及

肉芽包裹有关。病例2患者误食枣核后曾有短暂的疼痛不适,之后疼痛缓解,判断当时食管壁已经穿孔。枣核一旦穿透食管壁,患者常可出现严重吞咽疼痛、同时伴有颈部肿胀、皮下气肿,颈部间隙感染及脓肿形成。但该患者情况特殊,因其食管外症状并不典型,故当时未引起重视。1个月后虽然做了食管造影,也因未完善其他辅助检查而错失了治疗机会。如果说前者是因为自身原因导致病情延误,那后者在第一次就诊时,如果误食枣核病史能够得到足够重视并及时完善颈部CT,异物在体内停留2年的情况完全可以避免,这对于临床医生来说是个深刻教训。

由此可见,食管钡餐X线检查对于诊断食管异物具有一定的局限性,颈部CT则是最佳的辅助检查方法^[3]。对于CT未探查到的异物,可进一步做消化内镜检查。消化内镜具有诊治双重作用,在食管异物的早期处理中占有重要地位^[4]。对于嵌入

食管壁内的复杂性食管异物,超声胃镜可以考虑作为一种新的临床辅助检查方法^[5]。

治疗方面,病例1患者术前制定了两套手术方案:先行全麻食管镜探查,如果无法顺利取出则拟行左侧颈外入路切开颈段食管。本病例中,食管镜下手术虽然是首选,但鉴于异物的特殊性,预测过程会较为困难。食管镜下视野有限,无法完全暴露异物,且异物与食管黏膜组织的粘连程度不确定,强行拖拽风险极大,可能会造成食管黏膜的严重撕裂伤。手术成功可能与以下因素有关:一是异物钳前端套入橡皮管,增加了摩擦力利于夹持异物;二是玻璃片较宽,两把异物钳同时夹持,增加拖拽力度,用力适度,循序渐进,边朝两侧松动边缓慢拖出。异物纵向裂开后,立即停止双侧钳夹,改单手持异物钳,先将明显松动的右半部分取出,再将剩余左半部分继续缓慢拖出。在此过程中,始终保持动作轻柔,绝不生拉硬拽,故食管黏膜并无严重损伤。

对于贯穿食管异物,颈侧切开是常用的手术方法,且应选异物所在侧的颈部做切口,可行患侧胸锁乳突肌前缘切口或颈部沿皮纹横形切口^[6]。病例2的手术难点在于:异物被肉芽包裹后,同甲状腺及气管食管沟的解剖关系模糊,正常间隙消失,且粘连紧密,不易分离。操作不慎极易损伤喉返神经和甲状旁腺或导致食管黏膜的再损伤。术中甲状腺叶的游离过程较为困难,分离、松解时间较普通手术明显延长,分离时锐性、钝性组合分离,双极电凝辅助。解剖过程中未发现甲状旁腺,因局部解剖层次不清楚,为避免甲状旁腺损伤,故未刻意寻找。寻找喉返神经亦是难点,本病例中从甲状腺上极开始解剖,由于术区的粘连使甲状腺内提困难,只能逐步松解并向下分离,直至发现疑似喉返神经并顺其解剖至入喉处,类似复杂手术有条件的话借助喉返神经监测仪辅助识别保护喉返神经会更为稳妥^[7]。

综上所述,对于病情复杂的陈旧性食管异物,首先预防是关键,患者首诊时仔细询问病史、完善辅助

检查,熟练掌握食管异物规范化处理流程,避免因处理不当导致不良后果^[8]。陈旧性食管异物由于在体内停留时间较长,与周围组织解剖关系较为复杂,故术前的评估非常重要,对于手术中可能遇到的困难要综合考虑,包括术中探查未能发现异物或未能取出异物的可能,必要时可以多学科会诊对病例进行反复评估和讨论^[9],确保手术顺利完成。

参考文献:

- [1] 王振晓,曹晓明,葛鑫颖,等. 食管异物234例临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,33(2):148-151.
- [2] 王启华. 实用耳鼻咽喉头颈外科解剖学[M]. 第2版,北京:人民卫生出版社,2010:322-324.
- [3] 罗永进,张慧芸,赖作有,等. CT检查对颈段食管异物胃镜取出术的术前术后应用价值[J]. 实用放射学杂志,2019,35(8):1225-1228.
- [4] Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Esophageal foreign bodies and obstruction in the emergency department setting: an evidence-based review[J]. J Emerg Med, 2019, 56(5):499-511.
- [5] 吴烽芳,陈相波,魏桂芳,等. 超声胃镜引导下复杂性食管异物取出一例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,56(1):79-80.
- [6] 余得志,邱建新,刘业海,等. 颈侧切开后在颈段食管异物取出中的应用[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(6):486-490.
- [7] 王玲,刘琳,崔玲,等. 甲状腺手术中喉返神经显露的处理方式探讨[J]. 大连医科大学学报 2018,40(3):247-249.
- [8] 宋聪颖,张琴,陆远强,等. 重视和规范食道异物的急诊处置[J]. 中华危重症医学杂志(电子版),2021,14(3):177-179.
- [9] Bui J, Wilson H, Pascarella L, et al. Multidisciplinary management of an aorto-esophageal injury caused by foreign body ingestion [J]. Ann Vasc Surg, 2021 (72):668. e1-668. e4.

(收稿日期:2023-07-03)

本文引用格式:谢聪,宁媛媛,孟渊,等. 陈旧性食管异物2例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2024, 30(4):97-99. DOI: 10.11798/j. issn. 1007-1520. 202423212