DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202625243

·病案报道·

支撑喉镜 CO_2 激光手术下咽后壁迁移性异物取出 1 例

尹娟,罗志彬,田湘娥,孙文

(湘雅常德医院 耳鼻喉头颈外科,湖南 常德 415000)

中图分类号:R766.8

咽部异物是耳鼻咽喉头颈外科急诊最常见的病种,以鱼刺最为多见。患者往往因咽痛或吞咽时疼痛就诊。大多数情况下,咽部异物可在喉镜下取出。但有时异物深入咽部软组织,无法及时发现、识别并取出,可能造成严重的并发症[1-3]。因此,对于病史明确、咽痛、吞咽时疼痛等症状明显的患者,如内镜下未见明显异物,应该进一步完善影像学检查,明确是否存在隐匿性异物。

1 临床资料

患者,女,59 岁,因“误吞异物 2 d”入院,有咽部刺痛感、吞咽疼痛及吞咽困难,无明显胸闷及气促等症状。患者误吞鱼刺后随即前往当地医院就诊,完善喉镜检查提示下咽部异物,局麻下未能配合取出,患者遂自行回家,隔天仍自觉不适,再次前往当地医院就诊,拟行胃镜下异物取出,但胃镜检查过程中未见明显异物,之后行食管 CT 检查示食管及右侧软组织内仍可见异物。患者为求进一步诊治,前往我院门诊就诊,以咽后壁异物收入我科。

患者复查咽喉部 CT 提示(图 1):喉咽后壁软组织内偏右侧会厌-甲状软骨水平(平 C2 椎体下缘至 C4 椎体中份)可见条状致密影,长径约 37 mm,相应软组织肿胀,周围可见渗出改变,可见少许积气,与颈部大血管分界清。复查喉镜(图 2)未见明显异物,完善术前检查后,支撑喉镜下行咽后壁切开异物取出术(备颈外入路咽后间隙异物取出术)。术中见环后区近正中一穿孔,钳夹未见异物,考虑异物向上有移位,用 CO_2 激光在穿孔位置偏右上 15°、距离穿孔约 15 mm 处切开咽后壁黏膜后,再次钳夹仍未探查到异物,将弧形纤维喉钳打开向上推压咽后壁黏膜后再次钳夹取出异物(图 3),长约 37 mm,清洗伤口,放置胃管,结束手术。患者术后疼痛缓解,留置胃管 5 d 后,复查喉镜见伤口愈合可(图 4),复查咽喉部 CT 未见异物残留,嘱患者流质饮食,拔出胃管,后康复出院。

2 讨论

咽部异物是耳鼻咽喉科中老年患者中最为常见的急诊疾病。此类人群具备下述特点:①大都缺乏正确的医学常识;②咽部功能减退;③鱼刺卡喉后不积极就诊,而常采用强行吞咽米饭等错误方式处理[4]。以上情况可能导致异物完全进入咽后壁组织中,成为颈部迁移性异物,而临床医生对这一类情况认识不足,常容易漏诊[5]。此类异物完全进入管壁内或游走于管腔外颈部组织内,在临床上极为特殊,取出难度较大,定位困难。常用手术方式为经颈外入路的异物取出术。而经颈外入路的异物取出手术创伤大、风险高、费用高、恢复时间长且易损伤颈部重要的神经及血管。

对于耳鼻咽喉科医师而言,熟练掌握颈部、咽喉部解剖及 CT 影像学特点是必要的。颈部薄层 CT 是咽部异物的重要检查方法,其诊断敏感性可达 100%[6],可多角度、多方位显示异物位置。术前影像学检查定位异物位置是手术术式选择的重要依据,该例患者是采用颈部薄层三维成像 CT 来进行术前诊断和定位,以咽喉部重要解剖结构,如会厌、杓状软骨、甲状软骨、声带、椎体、梨状窝等作为标志,准确判断异物的位置及走行,指导术者选择手术方式及定位异物位置[7-9]。

第一作者简介:尹娟,女,硕士,主治医师。
通信作者简介:孙文,男,副主任医师。

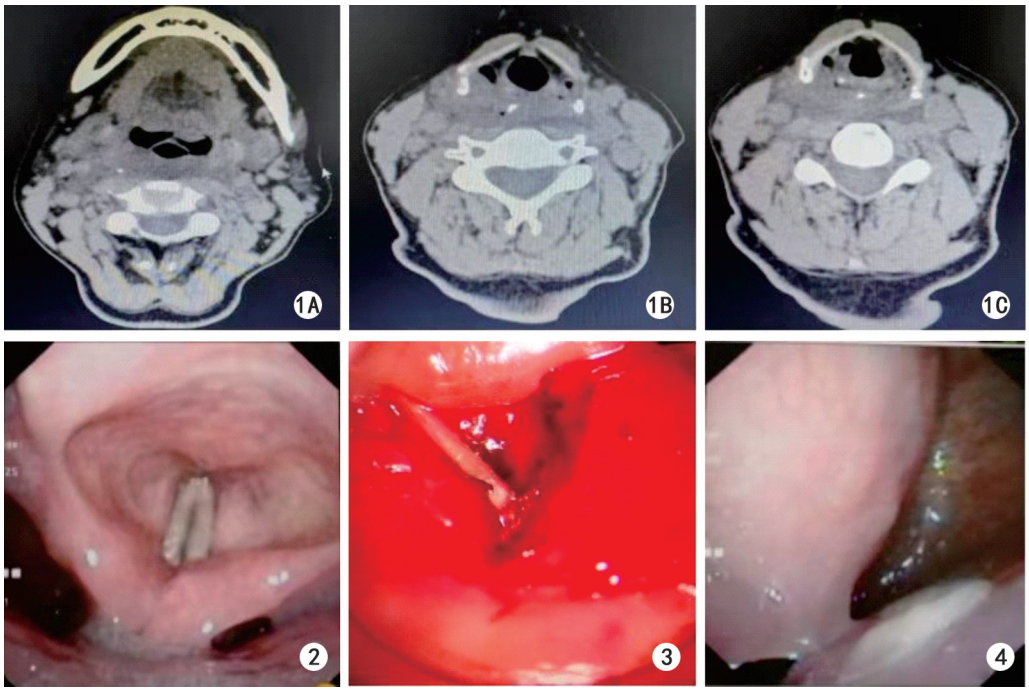


图 1　术前咽喉部 CT　1A:平 C2 椎体下缘可见右侧喉咽后壁致密影;1B:平 C3 椎体平面可见喉咽后壁偏右侧可见致密影,周围可见积气及肿胀;1C:平 C4 椎体平面可见喉咽后壁正中内致密影　**图 2**　术前喉镜检查未见明显异物　**图 3**　术中切开咽后壁探查发现鱼刺样异物,沿窦道方向取出　**图 4**　术后复查喉镜,咽后壁术腔可见伪膜生长,愈合可

在该病例中,患者异物完全位于咽后壁间隙内,上端邻近椎体骨组织,手术难度较大,术前充分阅片及讨论后,我们决定采用支撑喉镜下咽后壁切开的手术方式。对比于经颈外入路的手术方式,该手术路径损伤更小,可避开颈部重要神经及血管,利于患者康复,减少颈部创伤及瘢痕形成。在以往的病例报道中,常常在支撑喉镜下使用等离子进行手术,但对比等离子刀头,CO_2 激光精细度更高、创伤更小、费用更低。同时,在显微镜下进行手术,还具备手术视野清晰、操作方便的特点。此外,显微钳可提高术者对异物的触觉分辨能力,在术中合理使用显微钳有助于提升手术精确度。

我们发现在全身麻醉、使用肌松药物的情况下,异物与术前定位有部分差异,术中发现异物位置对比术前 CT 的定位有沿窦道向上游走的情况,这提示术者除术前仔细阅片外,术中需根据定位仔细寻找。在手术切口选择上,垂直于异物长轴的手术切口更有利于术中寻找异物[10]。术中异物常沿长轴方向向上游走,术者应以咽后壁伪膜作为术中定位标志,沿切口向上探查。激光逐层切开组织,再探查窦道方向,沿异物窦道向上进行探查,待钳尖有硬物摩擦感后可顺利取出异物。手术过程中,术者需操作仔细、轻柔,避免损伤周围组织或导致异物断裂等。

该患者在外院就诊时,喉镜检查可见下咽部异物,但在门诊局麻情况下未能取出,患者未行进一步处理,第二天胃镜检查时未能发现异物,此时异物已完全进入咽后壁间隙内。这提示我们,对于已发现的下咽部异物一定要尽早处理,如该患者在喉镜下未能取出异物,应及时全麻手术取出,可避免后续切开探查,降低手术难度,减少对患者的损伤。

总之,对于耳鼻咽喉头颈外科医生而言,面对有异物吞入病史的患者,需仔细鉴别,特别是对于症状明显而喉镜下未见明显异物者,应完善 CT 检查,明确异物情况,必要时及时手术治疗[11]。对于咽后壁异物患者,支撑喉镜下咽后壁切开异物取出术是一种可行的、精细的、微创的手术方式。术中配合使用显微镜及 CO_2 激光,更有利于术野的暴露,可进一步提升手术的精细化程度,改善患者预后。

作者贡献声明:尹娟负责研究方案构思、论文初稿撰写、数据统计分析;罗志彬负责病例收集、诊疗指导;田湘娥负责课题整体指导、稿件修改、学术内容审核;孙文负责论文构思、手术操作、论文审核。

利益冲突声明:所有作者均声明无任何利益

冲突。

参考文献：

[1] 刘磊峰，邱海涛，江枫，等. 尖锐食管异物致颈部游走性异物的诊治体会[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志，2019，33(11)：1068-1071.

[2] Wang T Y，Cheng Y，Liang C Q，et al. Multidisciplinary team in severe infectious complications caused by pharyngeal foreign body [J]. J Craniofac Surg，2023，34(2)：e171-e175.

[3] 智慧宽，杨屈扬，马丹丹，等. 185 例儿童咽喉部异物临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志，2024，30(2)：111-114.

[4] 张瑾，张辉，丁德涛，等. 颈深部鱼刺异物 3 例诊治体会及文献复习[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报，2023，37(1)：56-58，84.

[5] 杨建发. 3 种不同方法取咽部异物的临床效果[J]. 中国医药指南，2023，21(14)：101-104.

[6] 王宇，廖红明，胡晶，等. 短期内颈部迁移性鱼刺异物 8 例的临床诊治经验[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2023，30(6)：403-405.

[7] 赵延明，张媛，李瑶，等. 应用食管 CT 建立硬质食管镜手术中异物位置评估模型的研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志，2021，35(12)：1097-1100.

[8] 段洪刚，林志宏，范国康，等. 咽及食管腔外异物十例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志，2018，53(5)：387-389.

[9] 欧阳天斌，王耀文，唐世雄，等. 咽喉部鱼刺迁移致颈部 26 例临床分析[J]. 现代实用医学，2021，33(6)：787-788.

[10] 倪红丽，范凤霞，涂厚义. 支撑喉镜下等离子切开咽后壁黏膜下异物取出诊治经验[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2024，31(8)：538-540.

[11] Wang D，Ma J. An upward migratory parapharyngeal foreign body from hypopharynx[J]. Asian J Surg，2023，46(9)：4044-4045.

（收稿日期：2025-05-23）

本文引用格式：尹娟，罗志彬，田湘娥，等. 支撑喉镜 CO_2 激光手术下咽后壁迁移性异物取出 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志，2026，32(4)：108-110. DOI：10.11798/j.issn.1007-1520.202625243