

内镜治疗食管尖锐异物临床分析(附 358 例报告)

马晶晶,杨树平,施瑞华*,丁静,许迎红

(南京医科大学第一附属医院消化内科,江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:总结内镜治疗食管尖锐异物的经验,探讨食管尖锐异物内镜诊治流程。方法:回顾性分析本科自 2008 年 1 月 1 日~2012 年 6 月 30 日诊治的 358 例食管尖锐异物的临床资料。患者年龄 7~86 岁,平均 49.5 岁,男 176 例(49.2%),女 182 例(50.8%)。结果:经内镜成功取出异物 326 例,推入胃内 21 例,手术治疗 11 例,内镜治疗成功率 96.9%。异物最常见滞留于颈段食管(44.7%)。内镜治疗前 215 例行食管薄层 CT 检查,检出异物 210 例,CT 检出率达 97.7%。18 例患者证实食管穿孔,其中 CT 检出 15 例,内镜超声检出 3 例。结论:食管尖锐异物内镜治疗前应常规行食管薄层 CT 扫描,评估内镜治疗风险。异物滞留时间长合并食管穿孔、纵膈感染等并发症,但未损伤血管,经胸外科会诊后,可在手术室先行全麻下经胃镜试取,试取失败或已损伤血管者需尽早手术治疗。

[关键词] 异物;食管;内镜

[中图分类号] R571

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2013)11-1563-03

doi:10.7655/NYDXBNS20131118

食管异物是消化科常见的急症之一,多数食管异物可以顺利经内镜取出。但嵌顿于食管的尖锐异物属食管异物中的复杂病例,由于尖锐异物形态复杂、边缘锐利更易导致食管黏膜损伤、出血,滞留时间长者甚至引起食管穿孔、气胸、纵膈脓肿及主动脉食管瘘等严重并发症。目前我国尚未制定有关食管尖锐异物规范化诊治指南,对于误吞异物后何时行内镜下治疗、治疗前诊断方式的选择、选择内镜下治疗或外科治疗、治疗风险如何评估等,不同的内镜医师处理各不相同。本文通过回顾性分析本科 2008 年 1 月 1 日~2012 年 6 月 30 日诊治的食管尖锐异物 358 例临床资料,探讨食管尖锐异物内镜诊治流程。

1 对象和方法

1.1 对象

本组患者 358 例,其中男 176 例(49.2%),女 182 例(50.8%),年龄 7~86 岁,平均 49.5 岁。吞入异物的原因:所有患者中仅 1 例老年患者因心理疾病有意吞服多枚缝衣针,其余 357 例均为误吞异物。多数患者在吞入异物后 24 h 内就诊,最长为误吞异物后 15 d。

1.2 方法

详细询问吞入异物的时间、性质、形态、数量及可能嵌顿部位。除 1 例患者年龄较大,有意吞服异物,不能配合回答问题以外,其余患者均能明确告知吞服异物的时间、异物的大致种类及异物嵌顿的部位。多数患者就诊时主诉不同程度的吞咽疼痛、吞咽困难、胸骨后疼痛,无明显消化道出血、咯血、气促等症状。少数异物滞留时间较长者可出现低热。

358 例患者中 1 例行胸部正侧位 X 线片,30 例行食道钡棉检查,215 例行食管薄层 CT,10 例行内镜超声检查。126 例患者未进行影像学检查。

所有患者需由家属陪同,内镜检查前签署知情同意书。内镜检查前或检查过程中如发现食管穿孔、纵膈感染、食管周围血管损伤等并发症即请胸外科、耳鼻喉科会诊。按照上消化道内镜检查方法,术前口服利多卡因胶浆局部麻醉,37 例患者行全身静脉麻醉。使用 Olympus240 或 260 型胃镜、鳄嘴钳、鼠齿钳、内镜套管等,内镜前端均放置透明帽。

2 结果

358 例患者均经胃镜检查明确尖锐异物嵌顿于食管。326 例患者经内镜成功取出异物,其中 7 例局部麻醉后初次试取失败,再行全身麻醉经胃镜成功取出异物,另有 3 例初次试取失败后,转入耳鼻喉科全麻下行硬质食管镜取出异物。21 例治疗中将异物推入胃腔,因胃腔内食物较多无法找到异物,后异物经消化道安全排出。11 例胃镜试取失败转入胸外科

[基金项目] 卫生部国家重点专科

*通信作者(Corresponding author), E-mail: ruihuashi@126.com

手术治疗。内镜治疗成功率为96.9%。

异物种类:最常见为误吞的骨质异物(鱼骨、鸡骨等),其次为假牙、果核、带有塑料包装的方形药片,1例患者为有意吞服多枚缝衣针;异物嵌顿部位:最终胃镜证实嵌顿于颈段食管(距门齿15~18 cm)160例,上胸段食管(距门齿19~24 cm)125例,中胸段食管(距门齿25~32 cm)59例,下胸段食管(距门齿33~40 cm)14例。颈段食管为尖锐异物最常嵌顿部位,占44.7%;嵌顿于食管第二狭窄位于高危胸段(距门齿24~26 cm)53例,占14.8%。

30例患者内镜检查前行食道钡棉检查,均提示食管异物嵌顿,但未能提示异物与食管周围组织器官的关系。215例患者术前行食管薄层CT及三维重建,检出食管异物210例,检出率97.7%。209例CT影像所提示的异物嵌顿部位与内镜检查异物嵌顿部位符合,符合率达99.5%,1例因CT检查前曾行食道钡棉检查,产生伪影干扰对异物嵌顿部位的判断。

主要并发症为①渗血:所有患者均可见食管黏膜不同程度的损伤,其中49例(13.7%)见异物嵌顿部位明显渗血,经局部冲洗去甲肾上腺素盐水观察出血停止,未出现消化道大出血;②穿孔:358例患者中18例(5%)证实食管穿孔,其中15例于内镜检查前CT提示异物贯穿管壁,食管周围纵膈内见少量气体影,另3例由超声内镜检出,CT对于食管穿孔的检出率为83.3%(15/18);③毗邻血管:49例(13.7%)患者术前CT提示异物嵌顿部位邻近周围大动脉。其中2例进一步行超声内镜提示紧邻大血管。另有1例术前未行CT检查,术中经超声内镜证实异物距离大血管5 mm;④感染:术前CT检出7例(1.7%)纵膈感染;⑤溃疡:11例(3.1%)患者内镜治疗中见异物嵌顿部位食管溃疡形成。

2008年36例食管尖锐异物嵌顿患者中仅1例行全身麻醉(2.8%),之后麻醉下经内镜治疗食管嵌顿尖锐异物的比例逐年升高,2012年上半年,52例患者中19例行全身麻醉(36.5%)。

3 讨论

上消化道异物是消化科常见急诊,大多数消化道异物可以安全通过消化道自行排出体外,但是仍有10%~20%的患者需通过内镜下治疗,1%患者需要进行外科手术^[1]。食管管腔细长并具有3个生理性狭窄,是消化道异物滞留的常见部位。尖锐异物多见于骨质异物(如鸡骨、鱼骨等),由于形状复杂,体积大,边缘锐利等,易嵌顿于食管的生理狭窄处,

造成食管损伤并导致各种并发症^[2]。嵌顿于食管的尖锐异物滞留时间超过24 h后,食管穿孔、纵膈脓肿、气胸、主动脉食管瘘等严重并发症的发生率明显上升^[3]。因此,一旦怀疑食管尖锐异物嵌顿,须及早诊断并尽快采取合适的治疗方案取出异物。

消化道异物的诊断主要依靠病史、影像学和内镜检查。多数患者就诊时能明确告知吞服异物的时间、异物性质、大致形态及可能嵌顿部位,少数儿童或精神异常患者不能配合病史询问^[4]。既往首先检查胸片或食道吞钡造影,假阴性较高,而且难以直接显示异物是否刺穿管壁及异物与食管周围组织器官的关系,对尖锐异物取出方式的选择上价值甚小。本组中215例内镜检查前行食管薄层CT,210例发现食管异物,检出率达97.7%。209例CT所提示的异物嵌顿部位与内镜检查异物嵌顿部位一致,1例因CT检查前行食道吞钡检查产生伪影,影响对异物嵌顿部位的判断。18例患者确诊食管穿孔,其中15例治疗前CT已提示异物贯穿管壁及纵膈内气体影。7例内镜治疗前CT提示纵膈感染。可见食管薄层CT能很好地评估食管异物的大小、位置、方向、毗邻血管、并发症的有无及严重程度^[5]。因此,怀疑食管尖锐异物嵌顿者应首先行食管薄层CT,以明确异物形态、大小、部位及与周围组织的关系,评估治疗风险。

少数患者CT检查阴性,但存在明显的异物嵌顿症状,仍需进一步行内镜检查。内镜检查中如果发现异物两端均嵌于食管壁内,或难以判断异物与管壁周围组织的关系,可行内镜超声检查。本组资料中,共10例行内镜超声检查,其中5例为CT阴性;1例CT提示异物邻近血管,超声提示异物垂直触及血管壁,后转胸外科手术顺利取出异物;1例超声提示异物距离血管壁5 mm,后经胃镜顺利取出。既往文献亦表明^[6],内镜超声能够很好地判断食管尖锐异物和食管壁及其管壁外血管的关系,有助于选择合适的异物处理方式。

经CT、内镜超声等初步评估治疗风险后,若异物滞留时间<24 h且无明显并发症,可于门诊行内镜治疗,如已明确异物损伤周围血管则需手术治疗。内镜检查前建议禁食6~8 h为佳,本组21例内镜治疗中将异物推入胃内,因胃内容物较多影响观察,难以找到异物。若异物滞留时间超过24 h,已发生食管穿孔、纵膈感染等并发症需首先请胸外科、耳鼻喉科会诊,共同制定治疗方案。可在胸外科医师在场的情况下,在手术室先试行经内镜取异物,如异物嵌顿紧密,取出困难,则考虑手术治疗。对于尖锐异物体

形大,形态复杂,滞留时间超过 24 h,并发食管穿孔、毗邻血管、精神紧张者或初次局部麻醉试取失败者禁食 6~8 h 后行全麻下治疗。文献^[7]表明,全身麻醉下食管平滑肌松弛,食管入口开放,充分暴露视野,有利于找寻异物和取出异物,缩短内镜治疗时间,减少并发症的发生。

尖锐异物中如鱼骨、鸡骨、假牙等往往具有多方向锐利突起,多部位同时嵌顿于食管,属于复杂尖锐异物,内镜下取异物过程中需要采取适当的保护措施,不可盲目外拉。本组资料中,治疗时内镜前端均放置透明帽。既往文献^[8-9]报道由于尖锐异物嵌顿于颈段及上胸段食管最为多见,透明帽可以辅助撑开咽部及食管肌肉,增加内镜下视野,充分暴露管腔,提高异物的检出率及内镜治疗的成功率。部分患者吞服的尖锐异物较长,不易通过咽部,可以先放置胃镜套管,将异物拉入套管内,再和套管一并取出。

目前我国尚未制定有关食管尖锐异物规范化诊

治指南,临床上在处理食管尖锐异物病例仍然主要依赖于临床医师的个人经验。如能制定规范化的食管尖锐异物内镜诊治流程,有利于治疗前评估风险及制定合适的治疗方案,从而在确保减少并发症的前提下提高内镜治疗成功率。为此,我科通过对 358 例食管尖锐异物内镜治疗的经验总结,结合相关文献^[10-11]制定食管尖锐异物内镜诊治流程(图 1),旨在指导内镜治疗前正确的定位定性诊断,评估食管异物内镜治疗风险,正确选择治疗方式,提高内镜下治疗的成功率,保证内镜治疗的安全性。

[参考文献]

- [1] Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, et al. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2002, 21(4): 653-656
- [2] Ginsberg GG. Management of ingested foreign objects and food bolus impactions [J]. Gastrointest Endosc, 1995, 41(1): 33-38
- [3] Eroglu A, Can Kürkçüoğlu I, Karaoganoğlu N, et al. Esophageal perforation: the importance of early diagnosis and primary repair [J]. Dis Esophagus, 2004, 17(1): 91-94
- [4] Connolly AA, Birchall M, Walsh-Waring GP, et al. Ingested foreign bodies: patient-guided localization is a useful clinical tool [J]. Clin Otolaryngol, 1992, 17(6): 520-524
- [5] 范彦, 吴杰, 王萍, 等. 急诊处理食管异物前定位方式的选择 [J]. 中华急诊医学杂志, 2009, 18(8): 883-884
- [6] 吴家国, 姒健敏, 戴宁, 等. 内镜超声在食管尖锐异物诊治中的应用 [J]. 中华消化内镜杂志, 2005, 26(5): 339
- [7] 刘晖, 王建刚, 张晓彤, 等. 食管异物 1252 例临床分析 [J]. 中国临床医学, 2005, 12(4): 669-671
- [8] Yap CK, Na HS. Cap-fitted gastroscopy improves visualization and targeting of lesions [J]. Gastrointest Endosc, 2001, 53(1): 93-95
- [9] 张盛洪, 崔毅, 钟碧慧, 等. 内镜改良透明帽法在食管上段尖锐异物诊治中的价值 [J]. 中华消化内镜杂志, 2009, 26(7): 365-367
- [10] Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies [J]. Gastrointest Endosc, 2002, 55(7): 802-806
- [11] ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions [J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73(6): 1085-1091

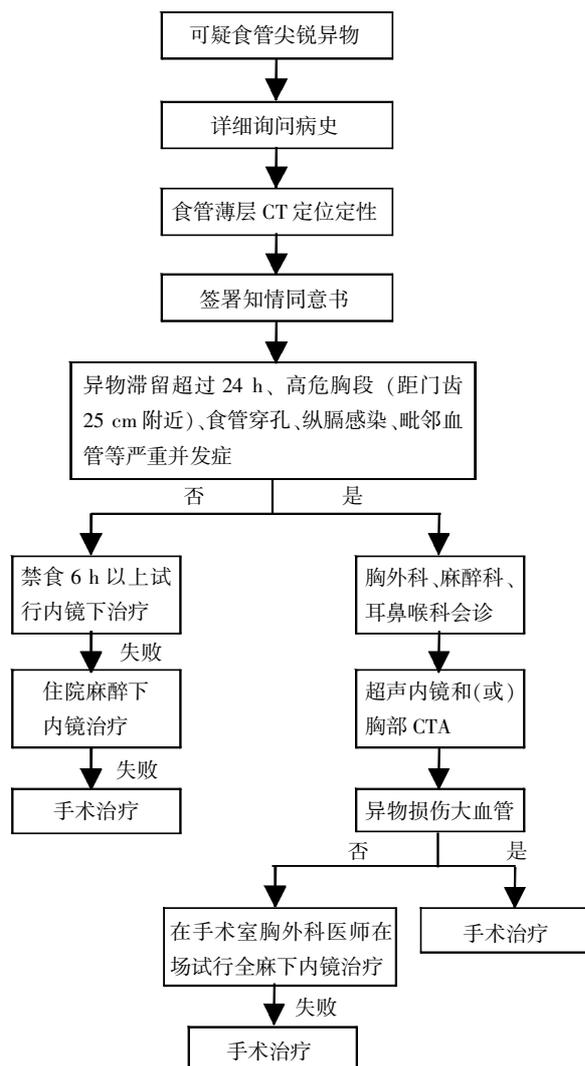


图 1 食管尖锐异物内镜诊治流程