• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.31.052

食管嵌顿性鱼骨1例诊治体会

宋乃云 1 ,王志宁 2 ,陈 涛 2 ,饶 1 ,杨 蕊 2 ,谭元梅 2 ,吴佳秋 2 (重庆市第九人民医院:1. 老年科;2. 消化科 400700)

「中图分类号 R768.4

「文献标识码」 C

「文章编号 1671-8348(2015)31-4464-01

吞入鱼刺卡在食管是一种多见病,但嵌顿长达 10 d,且为近 70 岁老年人,嵌顿位置处在支气管和主动脉弓压迫处,无疑给内镜治疗带来很大的困难。本文就收治的 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,男,69岁,因不慎吞入鱼刺伴胸痛 10 d,于 2013年 10月31日人院。胸痛如刺痛,位在胸骨后,进食可加重。无恶心呕吐,无心累气喘及咳嗽。1周前曾到本院某科就诊,作心电图,咽喉镜,钡餐,胸片等未见异常。因在外治疗无效,故转诊本科。既往有高血压病,脑梗死史,无冠心病,慢性支气管疾病史。体检:血压 162/78 mm Hg,一般情况尚可,心肺腹未见异常。入院后作胸部食管 CT 报告示食管中段有一条形异物,食管有穿孔可能。第2天在控制血压后即行胃镜检查。经严密准备后,在全身麻醉支持下进镜至食管距门齿 25 cm 处,见一新月形鱼骨片嵌顿在食管前后壁(图 1),大小约 4 cm×1 cm(图 2)。



图 1 胃镜下见食管鱼骨嵌顿在食管的前后壁



图 2 取出的鱼骨片($4 \text{ cm} \times 1 \text{ cm}$,鱼骨两端较钝)

局部有出血及溃疡。即检查鱼骨刺入食管壁深度,较浅,遂用异物钳夹出前壁的骨刺端,顺势拔出后壁骨刺,平稳退出,此刻夹出骨刺的黏膜缺损处大量渗血,立即喷洒去甲肾上腺,凝血酶,同时启动氩离子凝固术(APC)止血。另外也作好上钛夹准备。经止血处理,活动性出血终停止。趁机细查食管壁有无瘘口及穿孔迹象,未发现此类问题,同时查看有无食管的基

础病变,如憩室,贲门失驰缓症等,在排除该病后,继续检查胃十二指肠也未见异常,退镜。经留察 10 min 后再复查胃镜,确认食管停止出血,终止检查。

2 讨 论

国内陈涛等^[1]报道,食管异物嵌顿时间超过 24 h,可造成严重并发症。也介绍了国外学者 Hum 认为治疗食管异物存在两个危险因素:(1)年龄大于 50 岁;(2)异物嵌顿时间大于 24 h。而本例嵌顿 10 d,大大超过上述危险极限。此外嵌顿的位置也是一个非常危险的位置。距门齿 25 cm 恰是食管第 2 狭窄^[2],其食管壁前方有支气管分叉和主动脉弓压迫该处,管壁一旦穿孔势必发生大出血、气胸等严重并发症。虽然鱼刺卡在食管多见,但集多个危险因素于一体却少见,因此本例也属少见。该患者既处上述危险因素中,为何未造成严重后果?可能和鱼骨两端较钝(图 2),嵌顿较浅,患者体质较好,耐受力较强有关。如果时间再久后果不堪设想。

术前对病情正确评估很重要。由于该患者已近70岁,又合并有高血压病,CT还提示食管有穿孔可能,加大了手术难度及风险为此术前必须作认真评估,预测术中可能会发生的意外问题,如穿孔、瘘、大出血、腔外脓肿等^[3]。本研究对此术前作了严密准备,除常规的沟通外,加强监护,增添医护力量,作好气管插管准备,备好止血堵瘘的钛夹,以及带膜食管支架,为防意外还与心胸外科联系,以便能得到及时支援。由于术前正确评估,措施到位,故保证了手术顺利成功。

尚需指出的是本例术前作钡餐检查是切忌的^[4]。因为它难显示异物在食管内形态及位置,且钡盐淤积不利于内镜观察,反而会延误内镜治疗时机。本例作了钡餐,其报告也未见异物征象,说明该项检查的临床价值较差。而 CT 检查很有必要^[5],其高分辨率对异物定性定位有帮助,还能显示相邻器官关系,对评估手术风险很重要。

参考文献

- [1] 陈涛,钟芸诗,姚礼庆,等.食管嵌顿性异物内镜治疗分析 [J].中华消化内镜杂志,2012,29(9):495-499.
- [2] 柏树令,应大君.系统解剖学[M].6 版.北京:人民卫生出版,2005;130-131.
- [3] 李培华,钱永忠,许学谷.食管异物 461 例诊治体会[J]. 中华消化内镜杂志,1996,13(4):58-59.
- [4] 临床技术操作规范. 消化内镜分册[M]. 北京: 人民军医出版社,2004.82-83.
- [5] 陈敏芳,楼晓军,俞霞琴,等. 鱼刺穿透食管壁刺入心脏—例[J]. 中华消化内镜杂志,2012,29(2):73.

(收稿日期:2015-07-10 修回日期:2015-08-06)