维普资讯 http://www.cqvip.com

69-70

第22卷 第1期 重庆医科大学学报 Vol.22 No.1
1997 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1997

食管异物，颈部手术

颈侧切开在食管异物及其并发症的应用

R768.130.5

第二临床学院耳鼻咽喉科 李康泰 李元模 姚红兵

中图分类号 R653

食管异物原则上应经口用食管镜取出，但在处理特殊的病例及其并发症时也确有一定局限性[1]。我科在过去10年间采用颈侧切开术治疗颈段和上胸段食管异物及其并发症35例，取得了较满意的疗效。该术式操作简便，较安全，并发症少，可明显地弥补食管镜在处理食管异物及其并发症的不足。现将有关资料报告如下，仅供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组35例，男性19例，女性16例；年龄21～75岁，平均46岁。全部病人均有误吞异物史。骨性异物28例，其中鸡骨9例，鸭骨8例，鱼骨6例，猪骨3例，兔骨、鹅骨各1例；金属性异物4例，其中大头针、刀片、铁片、铁质盅把各1例。经X线检查发现管内异物25例，食管异物穿破管壁进入周围组织3例；椎前软组织增厚24例，其中含气者12例，有液平者5例，上纵隔增宽者4例。术前食管镜检查25例，其中管内取出异物7例，插管困难3例。

1.2 食管异物并发症 食管周围感染或脓肿形成，计24例，占68.6%，分类情况见表1。此类病例求诊时间最短2小时，最长达14天，平均在3天以上。其他并发症系严重脱水3例，食管气管瘘2例。

表1 食管周围感染分类情况

分 类	例 数	%
食管周围脓肿	11	45.83
食管周围脓肿伴异物	2	8.33
食管周围炎伴穿孔	7	29.10
食管周围炎	4	16.66

1.3 手术方法及结果 患者取仰卧位，垫肩，头偏健侧。沿胸锁乳突肌前缘作切口，从舌骨大角达胸锁关节处，长约8 cm。切开皮肤，皮下及颈阔肌，将胸锁乳突肌及颈前带状肌稍作分离，向外牵拉，在甲状软骨与颈动脉鞘间，作钝性分离，并将其向内外牵开，即可见食管入口及食管后间隙。疑有脓腔，可先行穿刺。一般此时可见脓液溢出，彻底开放脓腔。本组术中排脓少则2ml，多达100ml。吸净脓液后，再用手指伸入脓腔及食管后轻轻触及，检查有无异物。若有管内异物，应切开管壁将其取出。术中取出异物14例。值得注意的是脓腔中有2例为X线不显影异物。术中应仔细检查，尽可能除去坏死组织，再次洗净脓血性分泌物后，腔内置入橡皮引流管，逐层缝合。

术后伤口一期愈合17例，二期愈合18例，住院时间11～62天，平均21天。术后并发左侧喉返神经麻痹1例。

2 讨论

2.1 手术时机的选择

2.1.1 食管周围感染或者脓肿形成，伴有或不伴有食管穿孔者 食管周围组织感染是食管异物最常见的并发症[2]，其发生除了与异物直接损伤管壁有关外，与病人耽误治疗时间也有密切关系。随着就诊时间的延误，管壁的炎症坏死使感染向食管周围进一步扩散，最后形成脓肿。

术前诊断除典型的症状和体征外，主要还依靠颈胸部X线影像来确定。确诊后决定手术时机，除有全身感染征象外，主要依据颈根部扪诊有硬性包块及明显压痛。此时这类病例不应再行食管镜取异物或管内引流，因在这种炎性环境中，插入食管镜检查或异物转位及取出，均易加重管壁的损伤，甚至穿孔，同时，食管镜作腔内引流既不充分，又很被动。过去著者也曾作腔内引流，颈部穿刺抽脓，均不能彻底引流。但对于曾予食管镜检未见异物或取出异物的病例，若颈段椎前软组织中度肿胀或者少量积气，颈根部未扪及肿块，可在密切观察下进行积极的保守治疗。

2.1.2 经口食管镜取异物失败或估计取出异物困难者 病人术前曾作食管镜试取异物，但因异物转位困难，钳取阻力较大，而试取失败；或者估计取出困难，而直接作颈侧切开术。本组术中发现这类异物对食管壁均有程度不等的损伤，其中铁质盅把已穿破管壁，义齿的金属钩已接近大血管壁。对这类病人绝对不应在食管镜下强行拉取，应适可

维普资讯 http://www.cqvip.com

而止，否则可造成管壁的穿孔或致命性大出血。我们认为取颈侧径路手术处理此类异物确有独到之处，它减少了手术中盲目性和危险性。

2.1.3 插食管镜困难者 发现颈椎强直，颈椎前骨质增生，颈胸椎联合畸形(驼背)，经口反复试插食管镜多次，阻力很大，其中1例在全麻下仍难以插入。3例均作颈侧切开术顺利地取出异物。

2.1.4 食管异物穿破管壁进入周围软组织者 尖锐金属异物在强行吞咽下，易直接进入食管周围组织，食管内异物经食管镜检查也可被推置食管外。取管外异物时，术前应先作X线摄片定位。本组3例异物都居于食管后间隙，术中应先用手指触摸，发现异物后，夹住一端顺利拖出。

2.2 术中几个问题

2.2.1 麻醉方式 主要采用静脉全麻插管。本组病例占71.43%。在开始阶段我们曾选用过局部浸润麻醉，但术中发现病人有痛感，颈肌松弛不够等缺点，故现已改用全麻。

2.2.2 切口选择 主要依据病变部位而定，本组绝大多数采用胸锁乳突肌前缘切口，仅1例取胸锁乳突肌后缘切口，也曾有人取锁骨上缘切口[3]。另外，由于颈段食管略偏左侧，故选左侧切口居多，本组左侧切口24例，右侧切口11例。

2.2.3 探查范围 该术式能充分暴露颈段食管及周围组织，若感染进一步向后上纵隔蔓延，探查范围可扩大到T_4水平[4]。但对T_3～T_4水平的异物，尤其是多钩义齿，术野不能完全暴露，取出有困难，应取剖胸径路。

2.2.4 食管穿孔的修补 若食管穿孔伴局部化脓性感染或脓肿，一般不予修补，仅作引流处理。食管异物所致食管大穿孔，取出异物后的管壁切口，在无明显感染的情况下，应及时进行修补。本组7例在取出异物后作管壁缝合，5例一期愈合，2例二期愈合。

2.2.5 熟习局部解剖 术中应清楚地了解血管和神经的解剖行径，操作应仔细，动作要轻柔，避免血管和神经的损伤，尤其是喉返神经和无名静脉。若颈深部血管破裂，止血十分困难。

2.3 营养的问题

由于术后禁食时间较长，本组平均为14.6天，因此，术后营养问题至关重要，它关系到切口和穿孔的愈合，抗感染能力的增强，以及减少全身其他并发症的出现。在术后三种给养方式中，计鼻饲流质23例，静脉营养9例，胃造瘘2例。术后我们一般首选鼻饲流质。术前安置鼻饲管有一定困难和危险，我们多在术中直视下安置鼻饲管，虽然全麻插管给操作增加了一定难度，但更安全、可靠。若安装成功，术后营养问题可基本得到解决。若安管失败，但估计短期内能痊愈者，可考虑静脉营养，每日给足量的蛋白质和热卡，包括全血、脂肪乳剂、氨基酸等。若伤口短期内难以愈合或已伴存其他并发症者，再取胃造瘘，以解决病人的营养问题。

参考文献

1. 刘 千.中华耳鼻咽喉科杂志 1982,17(1):50
2. 徐荫祥.主编，气管食管学 上海科学技术出版社 1984;190
Iegros M, et al. J Fr otorhinolaryngol 1979;28:549
Piquet J, et al. Ann Otolaryngol Chir Cervicofal 1964;81:119

(收稿日期 1996－09－02)