DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.028

食管异物外科治疗指征的探讨——附10例临床分析

高景源 龙子善 王明荣 朱金如 曾会昌 陈虎平（第一附属医院 胸外科） 审校 王玉阶 袁伯庆*

我院自1975年7月至1987年4月共收治食管异物患者133例，其中资料完整者102例，男62例，女40例，年龄最小9个月，最大80岁。经食管镜取出91例（89.22%），1例（0.98%）因颈部义齿穿孔并发颈深部脓肿及上纵隔脓肿，未及时引流死于中毒性休克。手术治愈10例（9.80%）。现就食管异物的外科手术指征探讨如下：

临床资料

经手术治愈的10例病人中，男7例，女3例。年龄最大55岁，最小16岁。义齿异物8例，其中5例位于食管第一狭窄处，2例位于食管第二狭窄处，1例位于食管中下段。发现异物至就诊时间8例义齿异物平均3.5天，另两例鸡骨异物分别为14天和16天，均已形成颈深部脓肿。除1例发现误吞义齿仅4h的患者外，均有不同程度的进食梗阻，颈或胸部疼痛、发热和血象增高等感染征象。

治疗方法和结果

8例义齿异物均先经食管镜取异物失败后立即采用外科手术取出，其中第一狭窄处5例行颈侧切开术取出，2例第二狭窄处义齿经右胸取出，1例食管中下段义齿经左胸取出，2例颈深部脓肿均施行颈侧切开术引流同时取出鸡骨异物。手术后禁食、鼻饲流汁、抗感染，全部治愈。

讨论

食管异物一般应先采用食管镜经口取出，但如取出失败则应果断地采用外科手术治疗。同时正确地选择外科切口径路颇为重要，我们认为，位于第二胸椎水平以上的异物宜采用左颈侧切开术，位于第三至第六胸椎水平的异物宜采用右胸径路，位于第七胸椎以下的异物宜采用左胸径路。

1．颈侧切开术的应用指征

（1）颈部义齿经食管镜法取出失败时应立即施行颈侧切开术；活动性义齿卡环的金属钩甚为锐利，极易造成食管壁损伤、穿孔，较一般异物所致的感染时间提前。本组5例颈部义齿在术中见卡环尖端均已穿透食管全层而形成食管周围炎，我们赞成对带钩的异物“与其钩破食管，还不如颈侧切开”[1]的观点。

（2）颈深部脓肿和咽后脓肿是外科引流的手术指征。这两者均能使感染扩展至前上纵隔和后纵隔，故应及时行颈侧切开引流，以预防感染扩散到纵隔，对于异物已穿出食管腔进入颈部软组织者尤应及早施行颈侧切开术。术中应探明脓腔位置、大小并取出异物，本组2例颈深部脓肿由于及时颈侧切开术而治愈。

（3）颈深部脓肿蔓延至前上纵隔或后纵隔者，应及时采用颈纵隔切开引流术。我院1例因未及时引流而死于中毒性休克，应引以为戒。

2．开胸术的指征

（1）上纵隔带金属卡环的义齿，食管镜法失败后应立即开胸。戴复华[2]曾报道1例鱼刺损伤奇静脉引起大呕血而经及时开胸探查结扎奇静脉治愈的患者，可见尖锐性异物滞留于食管内具有很大的危险性。本组

*第一附属医院耳鼻喉科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1例误吞义齿52h入院，X线片显示义齿位于3、4胸椎之间水平食管内，经右胸取出，切开食管时见义齿的金属卡环尖端恰对着主动脉弓上1 cm处。

（2）巨大义齿，如镜取或粉碎失败而不能推入胃内者应尽早开胸。杨强等[3]认为，食管异物并发主动脉瘘的机制除由于尖锐性异物直接刺破主动脉壁外，异物压迫坏死形成食管憩室，继发感染形成假性动脉瘤是基本因素。故应尽早解除巨大异物对食管壁及周围组织的压迫。本组2例巨大义齿5.5×3.5cm、6.5×3.5cm分别嵌顿于距门齿23cm和34cm处食管内，前者开右胸，后者开左胸，见局部食管壁呈水肿状态。

（3）后纵隔脓肿可由于食管损伤，也可由咽后脓肿向下蔓延所致，均应及时开胸引流，否则易引起中毒性休克，死亡率极高。

3. 我们认为颈侧切开术应先安置胃管，术中先从食管后间隙游离食管，气管食管沟应仔细操作，可避免喉返神经损伤。本组1例颈部义齿术后左喉返神经麻痹，可能为术中损伤了喉返神经。

4. 对腐败性感染，在切开食管取出异物后，应反复冲洗食管腔，术后应用抗厌氧感染类药物。

5. 食管切开取出异物后，对食管腔及周围间隙应彻底冲洗及引流；缝合食管时应重视粘膜层的对合；对局部肿胀显著者，应粘膜与肌层分别缝合，并应稍晚进食，可早期采用鼻饲法。本组无1例发生食管瘘或食管狭窄。

参 考 文 献

1. 中华耳鼻喉科杂志编委会。食管异物（综合报道）。中华耳鼻喉科杂志 1982；17(1)：50
2. 戴复华。食管异物并发症的处理。中华耳鼻喉科杂志 1982；17(1)：56
3. 杨强，等。食管异物并发主动脉食管瘘。中华耳鼻喉科杂志 1979；14(1)，45

短篇与个案

激活凝血时间（ACT）对体外循环常规肝素抗凝法的监测

刘桥义 方国兴 沈丽珍 （第二附属医院 麻醉科）

尽管ACT肝素剂量反应线是指导体外循环肝素抗凝的最佳方法，但常规肝素化即按体重计算肝素量在临床上仍被普遍采用，为了解此法抗凝的效果与安全性，我们对105例体外循环手术病人按体重计算肝素量并进行ACT测定，现报导如下：

材 料 与 方 法

一. 病例 本组男性45例，女60例。年龄5～56岁。病种包括房室间隔缺损、瓣膜替换、四联症、肺动脉瓣狭窄及左房粘液瘤等。术前测出凝血时间、凝血酶元时间均在正常范围，血小板80～120×10⁹/L。体外循环时间在70min内者73例，大于70min

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net