

[文章编号] 1000-2200(2008)04-0458-02

· 临床医学 ·

## 外科治疗支气管异物 9 例

刘磊<sup>1</sup>, 郭梅<sup>2</sup>

**[摘要]**目的:分析支气管异物误诊的原因,探讨其外科手术适应证和手术方式。方法:9例均在双腔气管插管静吸复合麻醉下开胸手术,行支气管切开异物取出术5例,肺叶切除术3例,支气管袖状切除术1例。结果:9例均取出异物,无术后并发症,痊愈出院。结论:提高对支气管异物的认识是降低误诊率的关键。经支气管镜取异物失败者尤其是某些特殊类型支气管异物应尽早行开胸手术治疗。支气管切开取异物是首选术式,肺组织有不可逆病变者应行肺叶切除术。

[关键词] 支气管异物;外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 768.13 [文献标识码] A

绝大多数支气管异物可通过支气管镜取出治愈,但极少数病例仍须行开胸手术治疗。1998年8月~2003年8月,我科手术治疗各类支气管异物9例,现作总结。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 9例中,男7例,女2例;年龄4~60岁。7例有明确的异物吸入史,术前在我院或外院均已行支气管镜检查,明确诊断并试取异物失败。2例无异物吸入史者,1例反复咳嗽、咳痰、发热,术前诊断为支气管囊肿伴感染;1例经X线胸片和CT诊断为右上肺癌伴上肺不张,纤支镜检查并活检提示慢性炎症组织。

**1.2 手术方法** 9例均在双腔气管插管静吸复合麻醉下施行手术,术前依据支气管镜检查结果或C臂透视行异物定位。术中行支气管切开取异物术5例,肺叶切除术3例,支气管袖状切除术1例。9例详细临床资料见表1。

**1.3 结果** 9例术后无并发症,均痊愈出院。随访效果良好。

### 2 讨论

**2.1 诊断及误诊分析** 支气管异物多发生于儿童,成人少见。异物种类多,常见有果仁、动物骨块、塑料笔帽、螺丝钉或铁钉、玻璃球或钢球和玩具子弹等。患者有异物病史并出现相应的呼吸道症状。多通过X线摄片和纤维支气管镜检查作出诊断,但少数患者由于病史长,未能提供明确异物史而致误诊。支气管异物临床分3期<sup>[1]</sup>:急性期24h内,亚急性

期2~4周,慢性期1个月以上。急性期、亚急性期病例诊断较容易,患者常有异物误吸史,伴喉鸣、阵发性呛咳、呼吸困难,听患侧呼吸音减低;X线胸片可见有异物显影及局限性肺气肿、肺炎、肺不张等间接征象,结合纤维支气管镜检查则明确诊断。目前螺旋CT及三维重建技术作为一种无创检查手段已开始用于支气管异物的诊断,洪兴和等<sup>[2]</sup>报道121例支气管异物,通过CT虚拟内镜检查,假阳性率4.96%,假阴性率为0。本组有7例术前根据临床资料已明确诊断,2例误诊而行肺叶切除,教训深刻。支气管异物中大多数为植物性异物,X线难以显影,误诊2例都属于植物性异物。花生、瓜子及豆类等植物性异物含有游离脂肪酸,对黏膜刺激性大,易引起弥漫性炎症,称“植物性支气管炎”,一般多表现为咳嗽、发热,易与一般炎症混淆。医生易单纯诊断为肺部感染,而忽视了支气管异物的存在,以致出现肺炎的扩大或形成化脓性病灶,如本组例1。因此对于小儿原因不明、固定部位反复发作的肺部炎症或肺不张,要考虑支气管异物的可能。类似情况的成年人支气管异物因出现肺部症状,常就诊于呼吸内科,对于中老年病例往往考虑为肺部恶性肿瘤,故作出正确诊断更加困难。由于异物长时间存留于支气管内,局部黏膜反复炎症及肉芽组织增生,甚至异物被肉芽组织包裹呈菜花样新生物,故虽行纤支镜检查仍难与肺癌鉴别,例9即是如此。因此如活检钳触及硬物感甚至有响声;或钳取组织后出血少,病理活检为炎性渗出物时,应考虑异物可能<sup>[3]</sup>;杨林等<sup>[4]</sup>建议应对新生物行深度活检。对下述情况应作2次或2次以上的纤支镜检查,以免误诊:(1)无异物吸入史,但有长期不明原因的咳嗽、咳痰,肺部炎症吸收不良者;(2)X线胸片有肺不张、阻塞性肺炎吸收缓慢或不吸收者;(3)纤支镜检查时发现类似新生物的肉芽肿病变,活检或刷检未找到肿瘤细胞者。

[收稿日期] 2007-11-06

[作者单位] 1.安徽省阜阳市人民医院 胸心血管外科,236004;2.安徽省阜阳卷烟厂职工医院 内科,236020

[作者简介] 刘磊(1970-),男,主治医师。

表 1 9 例支气管异物临床资料

病例	年龄 (岁)	异物	X 线胸片	异物史		手术方式
					吸入至手术时间	
1	4	花生米	右下肺支气管囊肿	不详		右下肺切除
2	4	塑料笔帽	左下肺不张	明确 10 天		切开左主支气管,取出异物,吸出脓液,肺复张良好
3	6	塑料笔帽	左下肺不张	明确 8 个月		切开左下支气管取出异物,左下肺有实变,加压膨肺,肺不能复张,切除左下肺
4	7	回形针	左主支气管异物,左下肺感染	明确 10 天		切开左主支气管取出异物
5	8	螺丝钉	右支气管异物,右下肺感染	明确 13 天		切开右下叶支气管,于下叶背段支气管开口取出异物
6	9	鱼钩	右主支气管异物,纵膈气肿	明确 3 天		切开右主支气管取出异物
7	11	玻璃球	左主支气管异物,左全肺不张	明确 15 天		切开左主支气管取出直径约 1 cm 玻璃球,吸尽分泌物,左肺膨胀良好
8	56	假牙	左主支气管异物,左全肺不张	明确 4 个月		左主支气管局部狭窄,取出异物后行左主支气管袖状切除术
9	60	花生米	右肺门肿块伴上肺不张	不详		右肺上叶切除

2.2 外科手术适应证 绝大多数支气管异物能通过内镜成功取出,但仍有少数特殊类型病例必须开胸手术治疗。结合本组病例及国内同行报道,开胸手术治疗指征如下:(1)支气管镜取异物失败者,特别是病史长,反复出现肺部感染、肺不张的病例,应尽快手术治疗,否则待患侧肺组织出现不可逆的病理改变,即使取出异物患肺仍不能复张。(2)尖锐金属异物,尤其是特殊形状的金属异物,估计支气管镜取出异物有很大风险的病例,可首选开胸手术,如本组的鱼钩、回形针。此类异物往往嵌顿于支气管内,强行抓取易致支气管穿孔,并可能伤及纵膈内其他器官。(3)某些大而光滑的异物,如例 7 玻璃弹球。此类异物不易下钳抓取,并且从声门退出时易滑脱、移位,有导致窒息死亡的危险。(4)异物存留时间长,发生肺部、胸膜腔并发症,开胸手术不仅能取出异物,而且对于肺及胸膜的病变也能从容处理。(5)对于支气管异物所致慢性肉芽肿,尤其对病史不清,疑诊为支气管、肺部肿瘤者,应开胸手术探查。

2.3 麻醉及术前准备 本组病例均采用双腔气管插管静吸复合麻醉。有以下优点:(1)能有效防止因翻动物体位而可能发生的支气管异物移位脱落到对侧的危险。唐燕华等<sup>[5]</sup>报道 1 例行麻醉诱导时将异物咳出,表明麻醉诱导后支气管平滑肌处于松弛状态,异物有滑脱移位的可能。(2)异物远端支气管分泌物或脓液不会流入对侧支气管而导致感染扩散。(3)异物取出后,易于加压胀肺促进肺复张。术前准备的重点是异物定位、防止异物移位,特别是对于光滑不易嵌顿的异物,支气管镜检查、试取异物均可能使异物移位。因此异物一旦钳取失败,应即转行开胸手术。对于植物性异物参照 X 线间接征象和支气管镜检查结果定位;透光性异物者于麻醉及摆放手术体位后,以 C 臂透视,并与术前 X 线对照。

2.4 手术方式 根据病情不同,本组手术方式有 3

种:(1)切开支气管取出异物,适用于支气管异物明确者,本组有 5 例。在异物近端作支气管膜部横切口,取出异物后,吸净远端支气管内分泌物和脓液,缝合支气管切口,经气管插管加压胀肺,肺复张良好,不必行肺叶切除。有时因异物体积小、形态不规则,寻找异物颇费周折,因此要耐心、细致,不能轻易放弃,更不能以寻找困难为借口而轻率的切除正常肺组织。术中寻找异物应从主支气管向肺段方向探查,尽可能减少搬动肺组织,以免异物滑动、移位。(2)对于异物存留时间长,引起肺部反复感染、肺脓肿、肺实变等不可逆改变,应考虑行病肺切除。例 1 为右肺下叶肺组织实变,多个脓肿形成,手术切除肺叶。(3)支气管袖状切除术。对于主支气管、叶支气管内异物,取出异物后管腔局部狭窄较重,则宜考虑行支气管袖状切除,既避免了术后阻塞性肺炎,又有效地保留了肺组织。本组 1 例左主支气管内异物,支气管壁损伤,反复炎症反应、瘢痕形成,手术取出异物,发现管腔明显狭窄,行支气管袖状切除而保留了左全肺。我们采用 4-0 prolene 线连续缝合吻合口,prolene 线针细、线滑,对管壁损伤小,炎症反应时间短,不易产生肉芽组织,远期不会产生支气管狭窄。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 陈沛,龚树生,李德,等. 儿童支气管异物 172 例临床分析[J]. 中国医师杂志, 2004, 6(4): 499-500.
- [2] 洪兴和,宁博,李玉,等. 螺旋 CT 虚拟内窥镜在小儿气管及支气管异物诊断中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(9): 417-418.
- [3] 陈昶,高文,丁嘉安. 病史隐匿的成人支气管异物 15 例分析[J]. 中国临床医学, 2003, 10(2): 188-189.
- [4] 杨林,林少霖,王正. 开胸手术取出支气管异物 8 例[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(12): 565-566.
- [5] 唐燕华,陈朋,万力,等. 7 例支气管异物的外科治疗[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 18(6): 376.