

老年人食管异物 32 例临床分析

陈欣, 王志斌, 崔璨, 宋欣

[摘要] 目的: 探讨老年人食管异物的诊断及治疗。方法: 对 2005~2007 年诊治的老年人食管异物 32 例进行回顾性分析。结果: 32 例异物均经食管镜取出, 2 例食管镜取出异物后并发食管穿孔, 其中 1 例经鼻饲流质、抗感染、支持疗法治疗后治愈, 另 1 例转胸外科手术修补穿孔。结论: 对老年人食管异物的诊断须与病史、体征、X 线检查相结合。治疗必须注意心肺功能及全身情况, 并警惕食管癌合并异物。

[关键词] 食管疾病; 异物/外科手术; 老年病学

[中国图书资料分类法分类号] R 768.22 **[文献标识码]** A

食管异物是耳鼻喉科常见急诊之一, 可发生在任何年龄, 儿童、老年人尤为多见。2005~2007 年, 我院共诊治 60 岁以上老年人食管异物 32 例, 现总结诊治体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 18 例, 女 14 例; 年龄 60~82 岁。病程为 2 小时~3 天。异物种类: 骨类 12 例, 鱼刺 10 例, 果核 6 例, 义齿 2 例, 异物肉块 2 例, 食管癌异物 3 例, 其中食管癌术后 1 例, 放疗后 2 例。合并糖尿病 4 例, 高血压病 3 例, 慢性支气管炎 2 例。异物梗阻食管开口(第 1 狭窄)处 24 例, 主动脉弓部(第 2 狭窄)5 例, 左主支气管部(第 3 狭窄)3 例。

1.2 方法 根据患者异物史、临床表现及 X 线检查尽快作出诊断并确定异物位置, 评估异物的形状、大小。原则上一旦明确诊断, 应及时行食管镜检查+异物取出术。对病史较长的患者术前应先予以纠正水电解质酸碱平衡紊乱, 待病情稳定后视异物种类、性质做相应的手术处理和麻醉选择。麻醉手术使用 1% 丁卡因咽部喷雾 3~4 次, 每次间隔 5~10 min, 总量控制在 4 ml 以内; 全麻采用气管插管静脉复合麻醉。32 例术前均禁食 4~6 h。

2 结果

32 例异物均经硬管食管镜取出, 无颈侧切开取异物病例, 治愈 31 例, 转胸外科手术 1 例, 局麻手术 23 例, 全麻手术 9 例。术后并发食管穿孔 2 例, 经口服泛影葡胺, 颈、胸部 CT 扫描, 确诊为食管上部穿孔, 其中 1 例穿孔 < 5 mm, 经鼻饲流质、抗感染、支持疗法等治疗 10 日后治愈; 另 1 例食管癌合并异物

患者手术导致食管穿孔约 15 mm, 顺利取出异物后转胸外科手术处理肿瘤病灶及行食管修补, 20 日后治愈出院。

3 讨论

3.1 老年人食管异物的特点 (1) 老年人多牙齿脱落, 不能咀嚼, 不易将异物剔出, 加之老年人口腔及咽黏膜上皮退行性改变, 导致神经末梢感觉迟钝, 从而易将骨类及鱼刺误咽, 形成食管异物; 本组共 22 例。(2) 一部分老年人急于进食, 未及细咀嚼即开始吞咽, 加之视力减退看不清食物中的异物; 本组有 6 例。(3) 老年人食管肌力减弱, 蠕动减慢, 有时大块未煮烂的肉块也能造成梗阻; 本组有 2 例。(4) 老年人多装有义齿, 因进黏食或睡觉未取下易导致义齿脱落而梗阻食管; 本组有 2 例。(5) 老年人食管癌合并异物比例较高; 本组有 3 例。

3.2 老年人食管异物的诊断 X 线检查对食管异物的诊断有重要价值, 并能确定食管异物的部位及有无食管穿孔或食管周围感染, 一般常用的方法是食管吞钡透视, 怀疑有食管穿孔者应禁忌吞钡, 可改用泛影葡胺检查, 但有时老年人的咽喉功能紊乱也会造成造影剂漏入气管而被误诊为食管穿孔, 所以疑有食管穿孔的病例应及时行 CT 扫描^[1]。食管异物的 X 线诊断有一定的阴性率, 对高度怀疑食管异物的患者应尽早行诊断性食管镜检查。

3.3 老年人食管异物的治疗 (1) 食管镜取异物的时间: 老年人食管异物一旦确诊后, 原则上应及早取出。但临床上有些老年患者就诊较晚, 由于年老体弱, 加之进食困难及继发感染, 常有发热、脱水、衰弱、食管周围感染或其它并发症等, 应给予支持疗法及控制感染后再行手术, 一些老年人往往合并心血管及肺部疾病, 术前应进行必要治疗。(2) 麻醉选择: 本组病例中采用局麻 23 例, 全麻 9 例, 其中对大部分异物均采用局麻食管镜下取异物, 对体积大、多

[收稿日期] 2008-03-28

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 耳鼻喉科, 233000

[作者简介] 陈欣(1971-), 男, 主治医师。

角形、尖锐、带钩刺等复杂异物或患者心肺功能及全身情况较差、不能配合局麻的患者采用全麻。(3) 义齿异物的处理:术前必须经 X 线摄片了解义齿的特点,如大小、形态、卡环数目及排列情况与食管壁的关系,有无食管穿孔及周围感染等。手术宜用全麻及大口径食管镜,操作不要超越异物,不要暴力,不盲目下钳,应先找到上端卡环,如已刺穿食管壁,应将异物轻轻退入食管腔内。取出时最好用齿钳紧夹卡环,在通过环咽管入口时要使义齿转位,使纵轴与食管一致,以便顺利通过及减少食管擦伤。对于某些较薄的牙托异物,其颜色常呈肉色,食管镜易从其表面滑过而遗漏,应注意退镜时寻找异物^[2]。本组 2 例均经食管镜顺利取出。(4) 食管癌合并异物的处理:本组 3 例,2 例局麻,1 例全麻,其中 1 例局麻患者手术导致食管穿孔约 15 mm,顺利取出异物

后转胸外科手术处理肿瘤病灶及行食管修补,20 天后治愈出院。

3.4 老年人食管异物的预防 老年人进食时注意力宜集中,细嚼慢咽;鱼肉类宜去刺去骨,加工成肉沫、肉丸后食用;宜选择合适的义齿,并学会正确的使用及保护方法;患有消化系统疾病的患者,如食管狭窄、食管瘢痕、贲门失弛缓症等,应进食半流质,少量多餐^[3]。

[参 考 文 献]

- [1] 黄志明,杨益刚,黄展坤,等.老年人颈段食管异物合并穿孔 X 线及 CT 诊断[J].中国实用医药杂志,2007,2(14):36-37.
- [2] 石孟志,郭凤春.老年食道异物 124 例临床分析[J].中国耳鼻喉喉底外科杂志,1997,3(4):239-240.
- [3] 郭丽萍,李 鹏.老年人消化道异物的预防及内镜下处理[J].中国保健,2007,15(24):75.

[文章编号] 1000-2200(2009)04-0339-02

· 临床医学 ·

眼破坏性手术 59 例临床分析

邹 杰,冯正国

[摘要] 目的:探讨眼破坏性手术的原因。方法:59 例(59 眼)眼破坏性手术中眼球摘除术 54 例,眼球内容物剜除术 5 例。结果:59 例破坏性手术中,眼外伤所致 24 例,角膜溃疡所致 13 例,继发性青光眼所致 9 例,眼角膜葡萄肿所致 5 例。结论:眼破坏性手术中眼外伤是最主要原因,角膜溃疡、继发性青光眼及眼角膜葡萄肿也是常见的原因。眼破坏性手术需要严格掌握手术适应症。

[关键词] 眼球摘除术;眼,人工;眼损伤

[中国图书资料分类法分类号] R 779.64 [文献标识码] A

眼破坏性手术是为了解除疼痛,去除不可逆性的眼病,防止进一步发展恶化的治疗手段。1998 ~ 2007 年,我科在严格掌握适应症和禁忌证的情况下,共施行眼破坏性手术 59 例(59 眼),现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 35 例,女 24 例;年龄 9 ~ 86 岁。右眼 29 例,左眼 30 例。其中单纯眼球摘除术 47 例,眼球摘除联合义眼植入术 7 例,眼球内容物剜除术 4 例,眼球内容物剜除术联合义眼植入术 1 例。

1.2 手术方法 术前详细检查患眼及健眼,向患者家属阐明实施破坏性手术的必要性,经患者及家属签字,并由医教科批准方可施行。成人均采用局部麻醉。对严重眼球破裂伤,应先行眼球壁缝合,球内

注入生理盐水后再行摘除;对严重角膜膜葡萄肿应小心分离,防止破菲薄的巩膜,导致玻璃体脱出;术中尽量多保留结膜,便于以后安装义眼。

1.3 眼破坏性手术的病因 共 12 种,其中直接及间接由眼外伤导致 24 例(40.68%):急性眼球破裂伤 13 例,继发性青光眼 4 例,角膜膜葡萄肿 3 例,外伤性角膜病变 2 例,外伤性眼球萎缩、外伤性眼内炎各 1 例。非外伤性的各种病因导致 35 例(59.32%):角膜溃疡穿孔 13 例,继发性青光眼 9 例,角膜膜葡萄肿 5 例,原发性青光眼(绝对期) 3 例,眼内炎 3 例,眼球萎缩 2 例。

2 讨论

眼球是位于人体最暴露部位的器官,也是人体最精密、最脆弱的器官,尤其损伤累及眼后节,如果诊治不及时会造成严重后果。本组有 24 例眼外伤中 13 例为眼球穿孔伤,眼内容物大量流失,无法保留眼球,占眼球摘除总数的 22.03%。眼外伤的致伤原因大多为飞溅碎片、锐器、石头等,多数与参加

[收稿日期] 2007-09-28

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 眼科,233000

[作者简介] 邹 杰(1973-),男,主治医师。