

基层医院胃镜下处理上消化道异物 24 例体会

陈 翀 叶学勇 倪 敏 吴有香 张月华 (安徽省黄山市祁门县人民医院消化内科 安徽 黄山 245600)

【摘要】 目的: 探讨在基层医院上消化道异物的处理方法及效果, 提高基层医院处理上消化道异物的安全性及成功率。方法: 回顾性分析 24 例上消化道异物患者的临床资料 and 治疗方法。结果: 本组 24 例患者均在胃镜下成功治疗, 无任何并发症。结论: 良好的器械与熟练的内镜技术是能否成功取出异物的关键, 结果表明应用胃镜处理上消化道异物, 安全、简便、有效, 值得推广应用。

【关键词】 异物; 胃镜检查; 消化系统; 基层医院

Endoscopic management of upper gastrointestinal tract foreign bodies in local hospital CHEN Chong, YE Xue-yong, NI Min et al. (Department of Gastroenterology the People's Hospital of Qimen County, Qimen 245600, China)

Abstract: Objective To study the method for endoscopic management of upper gastrointestinal (UGI) foreign bodies in local hospital. **Method** We applied gastroscopy in 24 patients with UGI foreign bodies from 2008 to 2011. Data of the 24 patients was retrospectively studied. **Results** The foreign bodies were successfully removed in 24 cases without any complication. **Conclusion** It is essential to have good instruments and skillful endoscopic technique. The endoscopic removal of foreign body of the upper gastrointestinal tract is a safe and effective treatment method.

Key Words: Foreign bodies; Gastroscopy; Digestive system; Local hospital

胃镜下处理上消化道异物具有方便、快捷、价廉、创伤小、并发症少、成功率高等优点, 可作为上消化道异物的首选治疗方法^[1]。我院从 2008 年~2011 年共用胃镜处理上消化道异物 24 例, 效果良好, 现将取得的经验、操作体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组资料共 24 例, 其中男 16 例, 女 8 例, 年龄 4~85 岁, 10 岁以下 5 例, 70 岁以上 7 例。食道异物 20 例, 胃内异物 4 例, 异物吞入后就诊时间 2 h~4 d, 多数患者在数小时内就诊求治。异物种类包括硬币、鱼骨、禽兽类骨、肉团、钢丝、木块、胃石等。

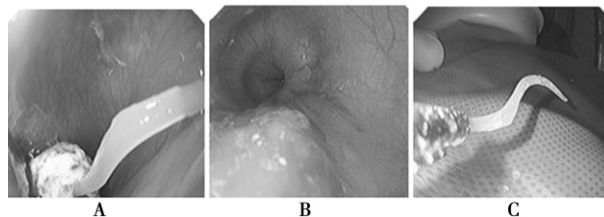
1.2 方法

1.2.1 术前准备: 术前仔细的准备, 可提高胃镜下处理异物的安全性及成功率。首先详细询问病史, 了解异物吞入时间、种类、形态及大小, 必要时行 X 线检查协助定位, 观察异物的位置, 对于食管有穿透性可能的异物, 行胸部 CT 检查, 以了解异物与周围相邻组织器官的关系^[2]。然后进行全面评估, 初步确定治疗方案, 由于基层医院器械等条件简陋, 术前充分评估手术的风险、具体操作方法及取出的难易程度, 必要时可在体外进行模拟训练, 充分考虑取出异物时的难度, 对于术前评估就我院目前的条件难以处理的异物, 告知患者并及时转上级医院处理。本组均无常规胃镜和麻醉的禁忌证。手术前, 告知患者及家属手术风险并签署知情同意书。

1.2.2 麻醉: 所有患者术前采用利多卡因胶浆局部麻醉, 对于不能配合检查的患者及锋利异物可以使用静脉麻醉。

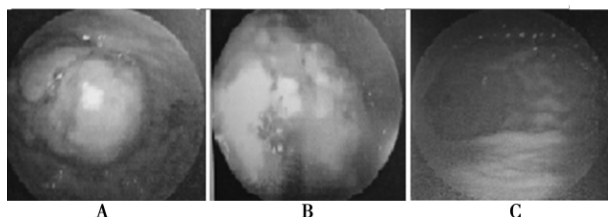
1.2.3 器械准备: 使用的胃镜是富士能 EVE W-88A 及 Olympus GIF V70 胃镜, 本医院使用的附件仅有活检钳、鳄口钳以及胃镜使用注射器(针)。

1.2.4 操作方法: 术中严格循腔进镜, 所有患者治疗均在胃镜直视下进行, 边进镜、边观察寻找异物, 发现异物后即停止进镜, 同时注意观察异物进入时可能引起的黏膜损伤, 并尽量抽吸干净腔内的液体或内容物, 使异物暴露清晰, 然后根据其大小、形态、位置, 选用适当的方法取出异物。抓住异物后, 调整好位置, 在直视下随胃镜同步拔出, 尽量多注气体, 使管腔尽量扩张, 防止划伤黏膜; 在通过咽喉部时让患者平稳呼吸不要憋气, 并将头后仰减少角度, 以利取出; 同时也要注意抓牢异物, 防止退镜过程中脱落, 导致异物进入气管腔或卡在声门处。对于锋利的异物尽可能使用静脉麻醉下进行, 并在过生理狭窄处应待其开放, 避开蠕动波, 以免损伤周围黏膜。对于两端刺入黏膜的异物(如图 1), 先多注些气体使食管扩张, 再想办法使异物一端或两端游离, 抓住异物上端与管腔平行退镜。对于巨大胃石(如图 2), 内镜下难以取出, 笔者处理了 2 例, 均采取先口服碳酸氢钠 1.0 g 4 次/d, 连用 3 d, 再在胃镜下用胃镜注射针在胃石内多点注射 5% 碳酸氢钠, 并用异物钳尽可能钳夹碎异物, 多次处理, 使胃石经消化道自然排出。



A: 食道入口处见一异物横跨食道, 并刺入食道壁; B: 取出异物后食道壁轻度糜烂; C: 食道异物, 两端尖锐的“S”形的鱼骨, 长约 3 cm

图 1 食道入口异物



A: 于胃体见一约鸭蛋大小的胃石, 表面橙黄色; B: 胃镜下胃镜注射针在胃石内多点注射 5% 碳酸氢钠; C: 治疗 1 周后复查胃内未见胃石

图 2 巨大胃石

1.2.5 术后处理: 术后常规再次进镜检查黏膜有无损伤, 若有轻微损伤、渗血者, 予以口服黏膜保护剂、制酸剂、止血剂即可回家观察; 对于刺入组织较深者, 取出后拍摄 X 线片以了解有无气腹、气胸及皮下气肿, 并留院观察 24 ~ 72 h, 酌情给予抗生素、抑酸剂、黏膜保护剂、止血剂等药物。

2 结果

本组 24 例异物, 均成功处理, 均未发生严重出血、穿孔等并发症。

3 讨论

上消化道异物是常见急症, 虽然美国消化道异物处理指南中指出 80% ~ 90% 异物可自行排出, 但众多学者仍主张, 凡吞入异物的患者, 在确定未穿孔的情况下, 均应做胃镜检查, 并积极试取^[3]。胃镜下处理异物既简单又安全, 且成功率高, 并发症少, 可门诊实施, 无需住院治疗, 避免了外科手术及并发症, 有良好的经济效益和社会效益。治疗过程中笔者的体会如下。

3.1 判断适应证, 掌握禁忌证: 确定异物的大小、数量、位置、形态及与邻近器官的关系, 充分估计胃镜下处理的可能性及风险性。由于基层单位条件简陋, 对于不能在本单位实施的病例一定及时转上级医院处理以确保患者的安全。

3.2 上消化道异物内镜处理的时间: 上消化道异物, 尤其位于食道的异物, 国内外学者多主张尽早取出。2002 年美国消化内镜学会组织专家制定了消化道异物处理指南, 对食管异物的诊断和处理做了详尽的说明^[4]。在任何情况下, 异物或食团在食管内的停留时间都不能超过 24 h, 否则易发生诸如透壁性糜烂、瘘管形成等并发症。

3.3 影响上消化道异物内镜处理成败的因素: 术前通过具体的病史了解患者对内镜操作的耐受程度及心理状态, 给患者做好解释工作, 告知患者异物在腔内的危害及异物取出过程是安全的, 对部分患者要给予一定镇静药物, 或采取全身麻醉的方法以减少因患者不能配合, 导致操作过程中的意外发生。此外, 结合 X 线透视、CT 等, 判定异物的数量、性状、位置、异

物纵轴方向与消化道管壁的关系, 锐利异物更应了解异物嵌顿的位置与周围脏器的关系, 选择合适的处理方法。术者应具备丰富的消化内镜操作经验, 技术娴熟, 动作准确、轻柔, 遇到意外情况要冷静, 反应迅速, 及时采取合适的处理方法。上消化道异物应行内镜下急诊治疗已经得到大家的认同并积极开展, 食管硬币即使可能经胃肠道排除, 但国外学者近年研究证实了其危害性, 现主张对于误吞的硬币也应尽早用消化内镜取出^[5]。对于大多数的上消化道异物取出多不太困难, 此技术已经得到广泛的推广和应用。但笔者在临床工作中发现有三类异物在取出过程中较为困难或风险较大: ①食管入口处异物, 内镜下观察不清晰, 异物钳不易打开, 钳取异物的过程困难; ②两端锐利且较长的异物, 容易双双刺入食管壁, 钳取过程中容易导致食管穿孔; ③部分异物在钳取回拉过程中容易滑落, 特别是在食管入口处, 且容易误吸导致更严重中的气管异物。边缘锋利、尖锐且易滑落的异物可以钳住后尽可能靠近胃镜前端, 并多注些气, 使管腔扩张, 有利于顺利取出异物并最大限度地避免并发症的发生。对于有些异物, 如植物性胃石, 可根据异物的理化性质使用一些药物使异物溶解而经自然腔道排除^[6]。

总之, 上消化道异物的内镜治疗, 具有安全、快捷、经济、成功率高、患者痛苦小等特点。但胃镜下治疗上消化道异物必须把握好时机及适应证, 通过选择合适的治疗方法、熟练的操作技术、助手默契的配合、患者积极的合作, 大多数异物均能顺利处理, 且有立竿见影之效。但是异物处理还应该遵循最低风险原则, 既要避免异物对消化道的损伤, 还要考虑到保护胃镜, 更要保证医患的安全, 必要时仍需手术, 切勿强拉硬推, 粗暴试取, 以免造成更大损伤。

4 参考文献

- [1] 刘运祥, 黄留业. 实用消化内镜治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社 2002: 73.
- [2] 徐建光, 王明振. 经内镜取出穿透性食管异物 11 例体会 [J]. 中华消化内镜杂志 2010 27(1): 44.
- [3] 孔庆印, 曾宪忠, 李兆申. 美国消化道异物处理指南 [J]. 中华消化内镜杂志 2004 21: 69.
- [4] Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies [J]. Gastrointest Endosc, 2002 55(7): 802.
- [5] O'Hara SM, Donnelly LF, Chuang E, et al. Gastric Retention of Zinc-based Pennies: Radiographic Appearance and Hazards [J]. Radiology, 1999 213(1): 113.
- [6] 石春林, 陈鹏, 田琳等. 23 例高蛋白高脂肪餐后进食水果引起的胃石症诊治 [J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(9): 489.

[收稿日期: 2012-06-21 编校: 费越/郑英善]