小儿食管异物并发症的分析

钟水军　杨雪明　钱林荣　李海同

（浙江省嘉兴市第二医院　嘉兴 314000）

摘要：目的：探讨小儿食管异物并发症的防治。方法：分析 1996~2005 年收治的 156 例小儿食管异物病例。结果：156 例小儿食管异物成功取出 153 例，推入胃内 2 例，未取出转上级医院 1 例，58 例出现不同的并发症。结论：做好预防宣教工作，诊断及时准确，提倡全麻气管插管手术，可更好地预防及减少并发症。

关键词：儿童；食管异物；并发症

中图分类号：R 766.8　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)01-0045-02

小儿食管异物为临床常见急症之一，我院 1996～2005 年共收治小儿食管异物 156 例。现报告如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　156 例中，男 98 例，女 58 例；年龄 5 个月~14 岁；病程 0.5h~12d。异物种类：硬币 54 例，鱼刺 23 例，肉骨 12 例，禽骨 15 例，果核 28 例，钮扣 7 例，塑料玩具 6 例，塑料瓶盖 1 例，啤酒瓶盖 1 例，别针 1 例，塑料笔帽 3 例，玻璃球 1 例，金属弹簧 1 例，苹果块 1 例，肉丸 1 例，肉块 1 例。

1.2　治疗情况　3 例采用 Foley 管取出(无麻醉下)，少数食管入口环咽肌处异物在表麻或全麻下直接喉镜下取出，大部分食管异物在表麻或全麻下硬食管镜下取出。术后先进食水、奶等流食，逐渐过渡到正常饮食。必要时可鼻饲并延长禁食时间，严密观察有无呕血、便血等表现。

2　结果

156 例中除 2 例术前注射阿托品后异物自行入胃、1 例因全身情况极差而未取出转上级医院外，其余均顺利取出异物，最终痊愈出院。出现并发症 58 例，其中牙齿牙龈损伤 42 例，食管黏膜损伤 29 例，呼吸困难 10 例，咽喉部擦伤 6 例，脱水和衰弱 9 例，颈深部感染 2 例，纵隔脓肿 1 例，喉咽后壁脓肿 1 例，食管穿孔 1 例（有些患儿同时出现几种并发症）。

3　讨论

3.1　常见并发病

3.1.1　牙齿牙龈损伤　是表麻下硬食管镜检查异物取出术中最常见的并发症，本组发生 42 例（26.9%），主要因患儿术中不合作、咬食管镜所致。全麻气管插管下手术则无此情况发生。

3.1.2　食管黏膜损伤　是最常见的并发症之一，本组发生 29 例(18.6%)。大都因尖锐异物、表面粗糙异物直接损伤；部分由患儿家长不恰当处理造成，如强行吞咽食团、揉搓颈部等；由于患儿不配合而强行插镜引起的医源性损伤也不可忽视。因

2.2　诊断要点　典型病例根据病史及症状诊断不难，多数患者有：(1)发病前可有上感、药物和食物的诱发病因；(2)皮肤见到典型的紫癜；(3)于紫癜出现前、中或后常有关节炎、腹绞痛和(或)尿液变化等；(4)实验室检查无特异性出、凝血试验异常，但毛细血管脆性试验及甲皱毛细血管镜检可异常。HSP 的皮肤紫癜出现于其它症状如关节、腹部症状之后时，诊断一时常有困难，应予注意。以腹痛为首发症状的患儿，皮肤紫癜出现之前应与急腹症相鉴别，HSP 患儿腹痛多为脐周痛，易变性，重者出现消化道出血，对此类患儿除有急腹症手术指征外，不宜急于施行剖腹探查手术，可行内镜检查有助于诊断[2]。肾脏受累与 HSP 早期肾外表现有关[3]，对早期出现较多肾外症状的 HSP 患儿，特别是消化道表现，应反复多次观察尿液变化，警惕紫癜性肾炎的存在。此外，过敏性紫癜还应与血小板减少性紫癜、风湿热及链球菌性肾小球肾炎作鉴别。

2.3　治疗　去除病因，综合治疗，即一般疗法（脱敏、抗感染、封闭、止痛、止血）、肾上腺皮质激素和免疫抑制剂的应用、中医中药治疗、抗凝及对症治疗。脱敏常用苯海拉明、异丙嗪、扑尔敏、氯化钙或葡萄糖酸钙。肾上腺皮质激素和免疫抑制剂的应用：强的松每日 l~2mg/kg，或氢考每日 4~8mg/kg，4~5 周有效后逐渐减量。激素能缓解水肿、腹痛及关节痛，但不能根治，对皮肤和肾损害的治疗效果不佳。当激素治疗无效时，加用环磷酰胺，每日 2~3mg/kg 静脉滴注，见效后改为口服 50mg，每日 2 次或用硫唑嘌呤每日 150mg，起效后改为每日 25~50mg 维持。本组 13 例应用上述治疗，效果满意。对并发肾损害的选用丙种球蛋白为佳，对关节及胃肠道症状严重者，可短期使用激素，疗程最好 10d，联合丙种球蛋白应用，效果尤著[4]。对肾病所致的少尿、浮肿可给利尿剂山梨醇；急性肾衰者行腹膜透析或血液透析；有脑部并发症时可给大量激素、速尿及甘露醇；疑有肠套叠时，早做空气灌肠，在 X 线下整复，既可诊断又具治疗作用，若复位未成功，应急诊手术，以防发生肠坏死。紫癜性肾炎目前尚缺乏较好的治疗药物，依据中华医学会儿科学分会肾脏病学组紫癜性肾炎的诊断与治疗（草案），一般治疗同过敏性紫癜，临床应尽量结合病理分级和临床分型予以治疗，注意个体化处理，应进行长期随访。基层医院常常以临床分型予以治疗：(1)孤立性血尿或孤立性蛋白尿：双嘧达莫和（或）清热活血中药；(2)血尿和蛋白尿：雷公藤多甙片，疗程 3 个月；(3)急性肾炎型（尿蛋白 > 1.0g/d）：雷公藤多甙片，疗程 3~6 月；(4)肾病综合征型：泼尼松＋雷公藤多甙片，或泼尼松＋环磷酰胺冲击疗法；(5)急进性肾炎型：甲基强的松龙冲击＋环磷酰胺＋肝素＋双嘧达莫四联疗法，必要时透析或血浆置换。

参考文献

[1]中华医学会儿科学分会肾脏病学组.紫癜性肾炎的诊断与治疗（草案）[J].中华儿科杂志，2001，39（12）：748

[2]欧弼悠，吴秀英，陈肖肖，等.小儿消化道出血病因的内镜诊治[J].中华消化内镜杂志，1997，14（5）：315～316

[3]葛卓黎.过敏性紫癜 287 例临床分析[J].实用儿科临床杂志，2004，19（3）：233

[4]许伟，卢思广，薛天阳.静脉滴注丙种球蛋白治疗重症过敏性紫癜疗效观察[J].临床儿科杂志，2002，20（4）：236~237

（收稿日期：2006-07-22）

此要加强宣教，家长不可盲目自行处理，应立即到附近医院专科诊治。手术操作要轻柔、熟练、规范，看不见食管腔不可强行插镜，表麻下手术不成功者改为全麻，全麻状态下患者安静，肌肉松弛，操作不易造成误伤[1]。

3.1.3　呼吸困难　是小儿食管异物的特点[2]，本资料中发生 10 例(6.4%)。其原因是：(1) 小儿气管腔小，软骨发育不完全，稍大的异物即可压迫气管后壁造成呼吸困难，甚至窒息[3]；异物存留时间过长，食管黏膜炎性水肿、黏膜下血肿亦可引起呼吸困难；尖锐性异物可刺破气管后壁进入气管致气道狭窄引起呼吸困难；食管入口处较大的异物可同时伴唾液、食物碎屑进入气管引起呼吸困难。由异物压迫引起者应尽快取出异物，解除梗阻；Ⅲ度以上呼吸困难者应先改善通气，抢救生命，待病情稳定后再取异物。(2) 术中食管镜压迫气管壁引起。患儿挣扎、体位不当、食管镜过粗、插镜过程中前端上翘等均可致气道梗阻。因此术前应根据患儿的体型、异物的大小和形状、存留时间长短选择适合的食管镜、适合的麻醉，助手应把握好体位，插镜过程中不宜上翘镜头，一旦窒息立即退镜后辅助呼吸，必要时气管插管或气管切开。(3) 麻醉插管、手术插镜损伤会厌、声带造成喉水肿致术后呼吸困难。因此麻醉插管、术中插镜应快速准确，不宜反复操作，手术时间不宜过长。

3.1.4　脱水和衰弱　是病史较长患儿的常见并发症[2]，本组发生 9 例(5.8%)。小儿代谢旺盛，异物嵌顿后拒饮拒食、术后禁食补液不足均易发生脱水、酸中毒、低血糖，应足够重视。全身情况差、无呼吸困难者可先补液，纠正酸碱失衡，等全身情况好转后再取异物。

3.1.5　食管周围炎　多因食管壁严重损伤、穿孔或异物停留时间过长引起，严重者可形成脓肿。本文颈深部感染 2例、喉咽后壁脓肿 1 例经大剂量抗生素、激素治疗，其中 2 例做脓肿切排，最终痊愈出院。本组 1 例异物时间长(10 余天)，水电解质紊乱且极衰弱，已出现食管穿孔、纵隔脓肿，未取出异物即转上级医院治疗。

3.2　处理　小儿食管异物一旦引起并发症要及时处理。并发气管食管瘘患者，应予鼻饲加强营养，待瘘口自然愈合，一般不会超过 2 个月；如无愈合希望，需行手术修补。并发纵隔气肿时，应给予镇静、吸氧等处理，必要时可考虑气管切开以利纵隔引流。并发颈深部或纵隔脓肿应适时切开引流，控制感染。对于有食管异物或术后几天内突然呕吐鲜血，即大动脉瘘形成假性动脉瘤或大静脉破裂先兆出血征象者，应紧急开胸探查，并与胸外科配合立即开胸修补破裂血管[4]。有时可能发生迟发性并发症，应加强围手术期观察，观察期应为术后 2 周左右。

小儿食管异物及并发症有其特点，耳鼻咽喉科医生应熟练掌握。同时应做好预防宣教工作，诊断要及时准确，提倡全麻气管插管手术，以便更好地预防及减少并发症。

参考文献

[1]郭起杰，高 勇，张开明.小儿食管异物取出术麻醉体会[J]. 山西临床医药杂志，2000，9(11)：828~829

[2]郭梦和，王锦玲，黄维国，等.小儿食管异物围手术期并发症的诊治体会[J].临床耳鼻咽喉科杂志，1997，11(5)：220~221

[3]洪建和，朱洪源.全麻与表麻下小儿食管异物取出术的疗效比较[J].浙江实用医学，2003，8(2)：94，99

[4]赵绯，张振英，张亚梅.小儿食管异物及其严重并发症的处理[J].临床耳鼻咽喉科杂志，2003，17(7)：404~406

(收稿日期：2006-04-06)

血液灌流联合血液透析治疗顽固性皮肤瘙痒

叶其考　潘向红

(浙江省温州市中西医结合医院　温州 325000)

关键词：血液灌流；血液透析；顽固性皮肤瘙痒症

中图分类号：R 758.31　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)01-0046-01

随着肾移植和血液净化治疗手段的发展，尿毒症患者的生存期越来越长，顽固性皮肤瘙痒仍是长期血透患者一个棘手的临床问题，严重影响患者的生活质量[1]。我院血透室自 2004 年 2 月～2005 年 12 月开展血液灌流(HP)联合血液透析(HD)治疗 12 例维持性血透患者合并顽固性皮肤瘙痒，近期疗效显著。现报道如下：

1　临床资料

12 例患者均为本院血透室病人，男性 7 例，女性 5 例；年龄 34~73 岁，平均年龄 50 岁；透析年限 2~7 年不等，平均 4.2 年。

2　治疗方法

利用广东珠海丽珠 HA330 型树脂血液灌流器与普通血透机串联行 HP+HD 治疗，血透机为金宝 AK200 型。串联方法为灌流器在透析器之前，先用 5%葡萄糖注射液 500mL 冲洗灌流器、透析器、血路，然后用 3 000mL 肝素生理盐水(每 500毫升生理盐水 +15mg 肝素)冲洗，流速 150~200mL/min。冲洗时用手轻拍并转动灌流器以排除气泡并去除微粒，然后闭路循环 30min。肝素首剂 1~2mg/kg，每小时追加 10mg，治疗时血流量 180~200mL/min，联合治疗 2h 后将灌流器取下，继续单纯血液透析治疗 2~3h，每例患者均 HP+HD 治疗 4 次。

3　疗效观察

3.1　疗效判定　显效：HP+HD 治疗后患者皮肤瘙痒消失。有效：HP+HD 治疗后患者皮肤瘙痒症状明显好转。无效：HP+HD 治疗后患者皮肤瘙痒无明显减轻。

3.2　结果　显效 7 例(58.3%)，有效 4 例(33.3%)，无效 1 例(8.3%)：总有效率为 91.7%。

3.3　不良反应　有 1 例首次 HP+HD 治疗约半小时后出现恶寒、发抖，生命体征正常，予吸氧、地塞米松针 5mg 静推后症状缓解，无中断联合治疗；有 2 例 3 月后(下转第 52 页)