

# 小儿上消化道异物胃镜取出术——附 53 例报告

王 晶 陶雅萍 王宪国 王红敏

(常州市中医医院胃镜室,常州 213003)

**【摘要】** 目的 探讨胃镜在小儿上消化道异物取出术中的价值。 方法 1996 年 6 月~2005 年 12 月,对 53 例小儿上消化道异物胃镜下分别用鼠齿钳、圈套器、异物网篮、活检钳、三爪钳取出。 结果 1 例食管异物胃镜下取出失败,2 例圆钝食管异物送入胃内,1 d 后经肠道自行排出;余 50 例异物胃镜下取出成功,胃镜下小儿上消化道异物取出成功率 94.3%(50/53)。黏膜出血 2 例,并发症发生率 3.8%(2/53)。 结论 经胃镜小儿上消化道异物取出术有效、安全,怀疑有穿孔时不宜经胃镜下异物取出。

**【关键词】** 小儿; 上消化道; 异物; 胃镜  
中图分类号 R725.7 R573 文献标识码 A 文章编号 1009-6604(2006)12-0962-02

小儿上消化道异物是较常见的急症,如何正确处理小儿上消化道异物对患儿的预后具有重要影响。1996 年 6 月~2005 年 12 月,我院经胃镜检查及治疗小儿上消化道异物 53 例,现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 53 例,男 43 例,女 10 例。年龄 20 个月~14 岁,平均 7.8 岁,其中 <2 岁 3 例,2~14 岁 50 例。食管异物 38 例,胃内异物 15 例。根据异物的形状将异物分为 2 类:尖锐形异物如钉子、鱼刺、带镶嵌物的戒指 5 例;圆钝形异物如硬币、无镶嵌物的戒指、耳环、纽扣电池等 48 例。尖锐形异物 5 例全部位于食管内。胃内异物全部为圆钝形异物。

### 1.2 方法

1.2.1 器材 应用 Olympus GIFPQ20、Olympus GIFXQ240 及活检钳、圈套器、异物网篮、鼠齿钳、三爪钳。

1.2.2 手术方法 2 岁以下儿童在麻醉师配合下静脉注射氯胺酮 1~2 mg/kg,行全身麻醉。2 岁以上小儿不行全身麻醉在助手协助下完成。不同种类异物胃镜下取出方式:尖锐异物根据异物的具体情况分别用鼠齿钳、圈套器、异物网篮、活检钳取出。圆钝形异物分别用鼠齿钳、圈套器、异物网篮、活检钳、三爪钳取出。

## 2 结果

50 例成功取出异物,2 例圆钝食管异物送入胃内,1 d 后经肠道自行排出;1 例尖锐异物因对食管有造成穿孔危险放弃治疗,转外科手术。取出的圆

钝形异物直径均  $\leq 2.4$  cm,尖锐异物长度 1.6~4 cm。

并发症:黏膜出血 2 例,全部为食管尖锐异物,分别为鱼刺 1 例(长 2.5 cm,有分叉)、戒指 1 例(戒指表面有突出的镶嵌物),经局部喷洒去甲肾上腺素盐水后,血止。并发症发生率 3.8%(2/53)。

1 例胃镜下取异物失败:患儿 12 岁,鱼刺卡入食管 2 d 后就诊,胃镜插入后观察,鱼刺较长较粗,长度 >2.5 cm,两端均卡入食管,且两端均有局部血肿形成。食管舒张时,两端均难以松动取出,考虑取出后可能造成食管穿孔而放弃胃镜取出,转外科手术治疗。

## 3 讨论

小儿上消化道异物不同于成人,误吞是主要原因<sup>[1]</sup>。本组由于玩耍或好奇吞食异物,如硬币、纽扣、耳环、戒指等 50 例;由于进食不当所致,如鱼刺 3 例。本组异物全部停留于胃与食管,食管占 71.7%(38/53),胃内异物占 28.3%(15/53)。由于小儿食管的解剖生理特点,无论是尖锐异物,还是圆钝异物,都更易停留于食管。

小儿上消化道异物因类型、大小、所在部位不同,胃镜下处理异物的方式及患儿的预后也不同。我们体会对于小儿食管异物、尖锐异物应尽早胃镜下积极取出。本组 1 例小儿误吞纽扣电池 6 h 后就诊,患儿取出电池后,胃镜观察食管已形成溃疡,取出的电池已被消化液腐蚀破损。对于吞入纽扣电池的患者,要特别关注,如果食管中停留纽扣电池会很快发生液化坏死和穿孔,导致致命性的并发症<sup>[2]</sup>。

(下转第 964 页)

(上接第 962 页)

儿童消化道异物必须去除的指征是:①食管内异物;②吞入尖锐或针尖状,或长度 $>4\text{ cm}$ 或宽度 $>2\text{ cm}$ 的异物;③含有毒性的异物。食管内异物因其有引起食管穿孔和糜烂、瘘管形成的高危险性,故必须在 $24\text{ h}$ 内取出<sup>[3]</sup>。对于小儿胃内异物,本组以圆钝异物为主,在小儿空腹、配合的情况下,可积极经胃镜取出。

小儿食管、胃异物常见,纤维胃镜的应用可使部分患者避免剖腹手术<sup>[4]</sup>。如何提高异物取出的成功率,减少并发症,我们体会如下:①术前进行X线检查,能够明确大多数异物所在部位,了解异物形状、大小,初步估计取出异物的方式。②对2岁以下儿童应用全身麻醉,患儿全身放松,有利于异物取出。同时应密切观察患儿生命体征,术后应平卧 $6\text{ h}$ 。对2岁以上小儿不行全身麻醉,可在助手和护士协助下完成异物取出术。助手和护士配合保证患儿维持所需要的诊疗姿势。由于患儿耐受性较差,术中操作应轻柔,对异物的处置作快速判断,对术者要求较高。本组异物送入胃内的2例,年龄较小,分别为3、5岁,均为圆钝异物位于食管且直径 $<1.0\text{ cm}$ ,直接送入胃内,操作简单,1 d后异物排出。③取胃内横径较宽的异物,应注意贲门和食管上括约肌的通过。通过时应待其舒张时为佳。同时应注意调整异物的位置,使其在取出的过程中始终保持以较小

的横径通过贲门、食管。从而避免异物滑脱及损伤贲门、食管黏膜组织。④对于两端卡入食管的鱼刺,应仔细观察,辨认鱼刺卡入较浅的一端,在食管舒张时,顺势取出浅端,再取出较深的一端,成功率高且安全。⑤如考虑异物有可能造成上消化道穿孔或有瘘形成或有出血的可能时,可在手术室取异物,必要时请外科治疗。对于取异物造成黏膜损伤或异物本身造成黏膜损伤的患儿,术后给予胃黏膜保护剂和抗生素治疗<sup>[5]</sup>。

综上所述,我们认为经胃镜小儿上消化道异物取出术有效、安全,对怀疑有穿孔的小儿不宜经胃镜下异物取出。

## 参考文献

- 1 Burton DM, Stith JA. Extraluminal esophageal coin erosion in children: Case report and review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1992; 23(2): 187-194.
- 2 Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 802-806.
- 3 蒋丽蓉. 应用内镜处理儿童上消化道异物38例分析. *临床儿科杂志* 2005; 23(10): 702-704.
- 4 李益农, 陆星华. 主编. 消化内科学. 北京: 科学出版社, 1995. 276-279.
- 5 林香春, 丁士刚, 周丽雅, 等. 上消化道异物的内镜取出术-附110例报告. *中国微创外科杂志* 2003; 3(5): 411-412.

(收稿日期 2006-09-30)

(修回日期 2006-11-27)