

بررسی اجسام خارجی مری

دکتر علی کریمانه، دکتر محترم نجفی*

* بخش گوش و حلق و بینی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: جسم خارجی مری در بین کودکان و بزرگسالان با بیماری‌های مری، افراد عقب افتاده ذهنی و یا دارای اختلالات روانی شایع است.

مواد و روش‌ها: این بررسی بصورت گذشته‌نگر با جمع‌آوری داده‌های موجود در پرونده کلیه بیمارانی که در فاصله سالهای ۷۵-۱۳۷۲ با تشخیص بلع جسم خارجی در بخش‌های گوش و حلق و بینی بیمارستان‌های لقمان حکیم و آیت... طالقانی بستری شده بودند، صورت گرفت. **یافته‌ها:** در این مطالعه پرونده ۲۰۰ بیمار، ۷۷ کودک و ۱۲۳ بزرگسال شامل ۸۹ زن (۴۴/۵٪) و ۱۱۱ مرد (۵۵/۵٪) بررسی شد. سن شایع بلع جسم خارجی ۶-۲ سال بود. شیوع جسم خارجی استخوان، سکه، دندان مصنوعی، اجسام گیاهی و سایر اجسام فلزی و غیر فلزی به ترتیب ۳۳، ۴۵/۵، ۵، ۸، ۵ و ۸/۵ درصد بود. شکایت بیماران شامل دیسفاژی توام با درد ۵۴/۵٪، دیسفاژی بدون درد ۲۱٪، درد بدون دیسفاژی ۸٪ و بدون درد یا دیسفاژی ۱۶/۵٪ بود. در مطالعه رادیوگرافی نسوج نرم گردن، جسم خارجی را در ۸۴٪ موارد نشان داد. برای در آوردن جسم خارجی از فوگوسکوپ رزید استفاده شد. عوارض در ۱۲٪ موارد گزارش شد که عبارت بودند از: پارگی مخاط مری ۸/۷۵٪، خونریزی از حلق و مری ۳٪ و مدیاستینیت ۰/۵٪ (بدون مرگ و میر).

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: تشخیص به موقع جسم خارجی مری و درآوردن هر چه زودتر آن به منظور پیشگیری از عوارض اهمیت زیادی دارد. توجه دقیق به شرح حال مهمترین و با ارزش ترین عامل در برخورد با اجسام خارجی مری است.

واژگان کلیدی: جسم خارجی، مری.

مقدمه

اجسام دراز و نوک‌دار خطر بیشتری برای گیر کردن و ایجاد عوارض جدی دارند. تشخیص معمولاً براساس شرح حال و توجه به علائم و نشانه‌های همراه آن صورت می‌گیرد. بلع جسم خارجی ممکن است بدون علامت بوده و یا با علائمی مانند دیسفاژی و ادینوفاژی همراه باشد (۱،۳). بیماران به ویژه کودکان خردسال ممکن است با علائمی مشابه کروب، عفونت و یا دیسترس تنفسی مراجعه کنند (۱)، که سبب اشتباه در تشخیص و باقی ماندن جسم خارجی مری می‌شود. همراه بودن علائم تنفسی در کودکان به خصوص اگر به دلیل نوزادی و یا شیرخواره بودن کودک احتمال جسم خارجی مری در نظر گرفته نشود و جسم خارجی بلع شده هم رادیوآپاک نبوده و یا در رادیوگرافی نشانه‌های مثبتی مشاهده نشود، گمراه کننده بوده و

جسم خارجی مری در بین کودکان و بزرگسالان با بیماری‌های مری، افراد عقب مانده ذهنی و یا دارای اختلالات روانی شایع است (۱). شک به بلع جسم خارجی در درجه اول بر اساس شرح حالی است که خود بیمار یا مشاهده کننده دیگری بیان می‌کند، ولی گروه کثیری از کودکان، افراد عقب‌مانده ذهنی و بیماران با اختلالات روانی قادر به دادن شرح حال دقیق نیستند و در چنین مواردی مد نظر داشتن جسم خارجی می‌تواند به تشخیص کمک کند (۱). در مطالعه‌ای که توسط Huang در ۲۵۶۱ مورد انجام گرفت، جسم خارجی دومین علت مراجعه به اورژانس‌های گوش و حلق و بینی با شیوع ۱۸/۷٪ بوده است (۲). گرچه تعدادی از اجسام خارجی مری بدون اشکال از دستگاه گوارش عبور کرده و دفع می‌شوند، ولی

جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به اجسام خارجی مری بر حسب جنس و سن

سن (سال)	جنس	مونث	مذکر	جمع
۰-۲		۱۲ (۱)	۸ (۴)	۱۰ (۵)
۲-۶		۲۶ (۱۳)	۴۱ (۲۱/۵)	۶۷ (۳۳/۵)
۶-۱۲		۱۵ (۷/۵)	۲۲ (۱۱)	۳۷ (۱۸/۵)
۱۲-۲۰		۸ (۴)	۹ (۴/۵)	۱۷ (۸/۵)
۲۰-۵۰		۲۵ (۱۲/۵)	۲۱ (۱۰/۵)	۴۶ (۲۳)
>۵۰		۱۳ (۶/۵)	۱۰ (۵)	۲۳ (۱۱/۵)
جمع		۸۹ (۴۴/۵)	۱۱۱ (۵۵/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

شیوع جسم خارجی بر اساس انواع: استخوانی (مرغ، گوشت، ماهی)، سکه، دندان مصنوعی، اجسام گیاهی و سایر اجسام فلزی و غیر فلزی به ترتیب ۳۳، ۴۵/۵، ۵، ۸، ۸/۵ درصد بود. شیوع جسم خارجی بر اساس شکل در ۳ گروه نوک تیز (طولی - خطی)، پهن و ستاره‌ای شکل به ترتیب ۸۰ (۴۰٪)، ۱۰۲ (۵۱٪) و ۱۸ (۹٪) بود. سکه شایع ترین جسم خارجی مری در اطفال و افراد کمتر از ۲۰ سال با شیوع ۴۵/۵٪ (۹۱ مورد) و انواع استخوان شایع ترین جسم خارجی مری در افراد بالای ۲۰ سال با شیوع ۲۵/۵٪ (۵۱ مورد) بود. عمده ترین شکایت بیماران یعنی درد و دیسفاژی نیز مورد بررسی قرار گرفت. ۱۲۶ بیمار (۶۲٪) از درد شکایت داشتند.

شیوع درد بر حسب محل انتشار عبارت بود از: درد در قسمت فوقانی گردن ۶۷ مورد (۳۳/۵٪)، درد در قسمت رترواسترنال ۲۰ مورد (۱۰٪)، در ۷۴ بیمار (۳۷٪) شکایت از درد وجود نداشت. ۱۵۱ بیمار (۷۵/۵٪) از دیسفاژی، ۱۰۹ بیمار (۴۵/۵٪) از دیسفاژی توام با درد، ۴۲ بیمار (۲۱٪) از دیسفاژی بدون درد، ۱۶ بیمار (۸٪) از درد بدون دیسفاژی شکایت داشتند. ۳۳ بیمار (۱۶/۵٪) نیز از هیچ گونه درد و یا دیسفاژی شکایت نداشتند (جدول ۲).

در این بررسی مطالعه رادیولوژیکی برای تشخیص جسم خارجی مری بطور عمده رادیوگرافی لترال گردن و در صورت لزوم رادیوگرافی قفسه سینه بود. از ۱۶۸ مورد (۸۴٪) جسم خارجی مشاهده شده در رادیوگرافی ۱۵ مورد شامل ۶ مورد در گروه استخوانی، ۵ مورد در گروه سکه، ۲ مورد در گروه دندان مصنوعی و ۲ مورد در گروه اجسام گیاهی به هنگام ازوفگوسکوپي مشاهده نشد. از ۳۲ مورد (۱۶٪) جسم خارجی مری که در رادیوگرافی مشاهده نشد، ۴ مورد (۱ مورد در گروه استخوانی، ۱ مورد در گروه سکه و ۲ مورد دیگر در گروه سایر اجسام فلزی و غیر فلزی) مشاهده و خارج گردید.

تشخیص ممکن است تا مدتها به تعویق افتد. تشخیص زودرس جسم خارجی اهمیت زیادی دارد زیرا در آوردن هر چه زودتر جسم خارجی علاوه بر کاهش استرس بیمار و خانواده وی موجب کاهش عوارض جدی و خطرناک می‌گردد (۳). تشخیص ندادن یا دیر تشخیص دادن اجسام خارجی مری بخصوص اجسام خارجی نوک‌دار و تیز می‌تواند موجب بروز عوارضی مانند اروزیون مخاطی و یا پارگی آنها و حتی مرگ بعلت فیستول آنورتواوزوفازیال و کاروتیدواوزوفازیال و یا مدیاستینیت همراه شوند (۸-۳). بدلیل شیوع زیاد بلع جسم خارجی در کودکان و بزرگسالان و اهمیت تشخیص سریع و ضرورت اعمال تدابیر درمانی لازم برای در آوردن آن، این مطالعه با هدف بررسی شیوع و انواع جسم خارجی و عوارض آن به صورت گذشته‌نگر و با مطالعه پرونده کلیه بیمارانی که در فاصله سالهای ۷۵-۱۳۷۲ با تشخیص بلع جسم خارجی در بخش‌های گوش و حلق و بینی در بیمارستان‌های لقمان حکیم و آیت ... طالقانی بستری شده بودند، صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با مطالعه داده‌های موجود در پرونده کلیه بیمارانی که در فاصله سال‌های ۷۵-۱۳۷۲ با تشخیص بلع جسم خارجی بر اساس شرح حال بیمار و یا تشخیص رادیولوژی در بخش‌های گوش و حلق و بینی بیمارستان لقمان حکیم و آیت ... طالقانی بستری شده بودند، صورت گرفت. پرونده هر بیمار جداگانه بررسی و اطلاعات مورد نیاز: سن، جنس، نوع جسم خارجی و شکل آن، شکایت بیمار از درد و دیسفاژی، گزارش رادیولوژی، اقدامات درمانی و عوارض حاصله ثبت گردید. بیماران براساس سن به ۶ گروه: ۰-۲، ۲-۶، ۶-۱۲، ۱۲-۲۰، ۲۰-۵۰، و بیشتر از ۵۰ سال دسته‌بندی گردیدند. اجسام خارجی بر اساس انواع به ۵ گروه: استخوانی (مرغ، گوشت و ماهی)، سکه، دندان مصنوعی، اجسام گیاهی و سایر اجسام فلزی و غیر فلزی براساس شکل به ۳ گروه نوک تیز، پهن و ستاره‌ای شکل تقسیم‌بندی شدند. نتایج بعد از استخراج مورد مطالعه و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه پرونده ۲۰۰ بیمار شامل ۸۹ زن (۴۴/۵٪) و ۱۱۱ مرد (۵۵/۵٪) بررسی شد. توزیع فراوانی سن و جنس در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود، شیوع جسم خارجی در درجه اول مربوط به گروه سنی ۲۰-۵۰ سال با شیوع ۲۳٪ بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی مبتلایان به اجسام خارجی مری بر حسب درد و

دیسفاژی (۷۲-۱۳۷۵)

علائم شکل	دیسفاژی توام با درد	دیسفاژی بدون درد	درد بدون دیسفاژی	بدون درد بدون دیسفاژی
نوک تیز	۴۸	۷	۱۱	۱۴
	(۲۴)*	(۳/۵)	(۵/۵)	(۷)
پهن	۵۰	۳۱	۵	۱۶
	(۲۵)	(۱۶/۵)	(۲/۵)	(۸)
ستاره ای	۱۱	۴	--	۲
	(۵/۵)	(۲)	--	(۱/۵)
جمع	۱۰۹	۴۲	۱۶	۳۳
	(۵۴/۵)	(۲۱)	(۸)	(۱۶/۵)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

برای درآوردن جسم خارجی مری از سرویکال ازوفاگوسکپ رژید استفاده شد. در ۱۶۶ مورد (۸۴٪) جسم خارجی بهنگام ازوفاگوسکوپی رژید مشاهده و خارج گردید. درآوردن جسم خارجی مری در ۸۸٪ موارد بدون عارضه و در ۲۴ مورد (۱۲٪) همراه عارضه بوده است. بیشترین عارضه در آوردن جسم خارجی مری پارگی مخاط مری با ۱۷ مورد (۱۰/۵٪) و خونریزی ۶ مورد (۳٪) و مدیاستینیت ۱ مورد (۰/۵٪) بود.

بحث

مطالعه ما نشان داد که سن شایع جسم خارجی مری ۶-۲ سال بود که با یافته‌های بسیاری از مطالعات دیگر مطابقت دارد (۴،۹،۱۰،۱۰). شایع‌ترین نوع جسم خارجی مری در کودکان سکه و در بزرگسالان استخوان بود. در گزارشات متعددی جسم خارجی شایع در کودکان سکه و میخ (۱۱،۱۳،۱۵)، و در بزرگسالان تیغ ماهی (۱۲) و impacted meat بویژه در افراد با اختلالات عضوی مری بود (۱۷-۱۰،۱۵،۸). این مطالعات نشان می‌دهند که در بیمارانی که تکه‌های غذایی در مری آنها گیر می‌کند باید به تنگیهای مری ناشی از بیماریهای مختلف توجه کرد و برای اثبات یا رد آن تدابیر تشخیصی لازم انجام داد. در مطالعه ما همانند بعضی از مطالعات دیگر شایع‌ترین شکایت دیسفاژی و درد در موقع بلع بود (۱،۱۱).

اگر چه بلع بعضی اجسام مانند سکه می‌تواند بدون درد باشد (۱۸). همچنین باید به تظاهرات تنفسی مانند عفونت‌های مکرر تنفسی، آسم با شروع جدید و افزایش بزاق بعنوان علائمی از جسم خارجی مری توجه داشت (۱،۴).

در بررسی ما ۸۴٪ اجسام خارجی در رادیوگرافی قفسه سینه و لترال گردن مشاهده گردید که قابل مقایسه با گروهی از مطالعات بود (۲۰،۱۹). رادیوگرافی با باریوم در موارد اجسام خارجی غیرپاک ممکن است کمک کننده نباشد (۲۱) و به جای آن استفاده از سی‌تی اسکن با نمای نسج نرم و استخوان توصیه می‌شود (۲۲). روش انتخابی برای درآوردن جسم خارجی در مطالعه ما مشابه بسیاری از مطالعات دیگر استفاده از ازوفاگوسکوپ رژید بود (۹،۱۱،۱۴). در بعضی از مطالعات استفاده از ازوفاگوسکوپ فلکسیبل بعنوان روش قابل قبول برای خارج ساختن اجسام خارجی صاف، رادیوپاک بویژه سکه توصیه شده است (۱،۴،۱۵،۲۳-۱). در بعضی دیگر از مطالعات استفاده از کاتتر فولی برای خارج کردن اجسام خارجی رادیوپاک بویژه سکه توصیه شده است (۳،۱۳،۱۹،۲۰،۲۵). اگرچه استفاده از کاتتر فولی بطور روتین توصیه نمی‌شود (۲۴)، مگر آنکه جسم خارجی نوک تیز باشد، از بلع آن کمتر از ۲۴ ساعت گذشته و نشانه‌های دیسترس تنفسی وادم مری، سابقه بیماری یا جراحی مری وجود نداشته باشد (۱۳،۲۴). Karanjia اثر مصرف نوشابه‌های گازدار را در دفع لقمه‌های غذایی گیر کرده که مری را کاملاً مسدود ساخته بود، موفقیت آمیز گزارش نمود (۲۶).

مطالعه ما نشان داد میزان عوارض ۱۲٪ بدون مرگ و میر بود. میزان عوارض در مطالعات مختلف ۱۳-۰ درصد و عارضه‌های مهم شامل پارگی مری، خونریزی از دهان و مری، آمپیم توراسیک و مرگ در اثر مدیاستینیت، فیستول مری، آنورتوازوفاژیال یا کاروتیدوآزوفاژیال بود (۳،۹-۱۳،۱۴،۱۹،۲۷،۲۸). در میزان عوارض علاوه بر مهارت جراح، در اختیار داشتن ابزار لازم، نوع و شکل جسم خارجی، فاصله زمانی بین بلع تا درآوردن آن و بیماری‌های زمینه‌ای مری نقش دارند. دو نکته دیگر را باید در مورد جسم خارجی در نظر داشت: ۱- جسم خارجی مری ممکن است متعدد باشد و ۲- بیمارانی که تمایل دارند از روی عمد اجسام خارجی را بی‌بند، نیاز به مشاوره روانپزشکی دارند (۲۸).

REFERENCES

1. Brady PG. Esophageal foreign bodies. Gastroenterol Clin North Am 1991; 220(4): 691-701.
2. Huang SE, Hung HY, Wang JH, Jou WB, Lin WS. An epidemiological study of otolaryngologic emergency disease. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih Taipei 1991; 48(6): 456-61.

3. Macpherson RJ, Hill JG, Othersen H, Taggo EP, Smith CD. Esophageal foreign bodies in children: diagnosis, treatment and complication. *Am J Roentgenol* 1996; 166(4): 919-24.
4. Gilchrist BF, Valeric EP, Nguyen M, Coren C, Klotz D, Ramenofsky ML. Pearis and perils in the treatment of prolong, peculiar, penetrating esophageal foreign bodies in children. *J Pediatr Surg* 1997; 32(10): 1429-31.
5. Krzeski A, Zawadowski J, Niemczyk K. Iatrogenic esophageal perforation. *Wiad Lek* 1998; 48(1-12): 40-3.
6. Kpemissi E, Diparide Agbere AR, Ndakena K, Kessie K. Foreign bodies of the esophagus: etiologic and therapeutic aspects. *Sante* 1997; 7(5): 338-40.
7. Reilly J, Thompson J, Mac Arthur C, Pransky S, Beste D, Smith M, et al. Pediatric aerodigestive foreign body injuries are complications related to timeliness of diagnosis. *Laryngoscope* 1997; 107(1): 17-20.
8. Sebastian Domingo JJ, De Diego Lorenzo A, Sautos Castrol L, Castellanos Franco D, Menchen P. Endoscopic management of foreign bodies in the digestive tract. *Rev Esp Enferm Dig* 1990; 77(4): 259-62.
9. Krul Zagajewska A, Szmeja Z, Wojdtowicz J, Wierzbicka M. Foreign bodies of the esophagus. *Otolaryngol Pol* 1999; 53(3): 283-8.
10. Darrow DH, Holinger LD. Aerodigestive fact foreign bodies in the older child and adolescent. *Ann Otol Rhino Laryngol* 1996; 105(4): 267-71.
11. Juarbe C, Mayol PM. Foreign bodies of the esophagus in the San Pablo Hospital experience. *Bot Assoc Med P R* 1990; 82(11): 483-6.
12. Yang CY. The management of ingested foreign bodies in the upper digestive tract: a retrospective study of 49 cases. *Singapore Med J* 1991; 32(5): 312-5.
13. Kelley JE, Leech MH, Carr MG. A safe and cost effective protocol for the management of esophageal coins in children. *J Pediatr Surg* 1993; 28(7): 898-900.
14. Herranz Gonzalez J, Martinez Vidal J, Garcia Sarandese A, Vazquez Barro C. Esophageal of foreign bodies in adult. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105(5): 649-54.
15. Guitron A, Adalid R, Huerta F, Macias M, Sanchez Navarrete M, Nares J. Extraction of foreign bodies in the esophagus. Experience in 215 cases. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61(1): 19-26.
16. Crydale WS, Sendi LS, Yoo J. Esophageal foreign bodies in children. 15 year review of 484 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100(4pt 1): 320-4.
17. Currarino G, Nikaidoh H. Esophageal foreign bodies in children with vascular ring or aberrant right subclavian artery: coincidence or causation? *Pediatr Radiol* 1991; 21(6): 406-8.
18. Conners GP, Chamberlain JM, Ochenschlager DW. Symptoms and spontaneous passage of esophageal coins. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149(1): 36-9.
19. Hamed RK, Strain JD, Hay TC, Douglas MR. Esophageal foreign bodies: safety and efficacy of Foley catheter extraction of coins. *Am J Roentgenol* 1997; 168(2): 443-64.
20. Dokler ML, Bradshaw K, Mollitt DL, Tepas JJ. Selective management of pediatric esophageal foreign bodies. *Am J Surg* 1995; 61(2): 132-4.
21. Derowe A, Ophir D. Negative findings of esophagoscopy for suspected foreign bodies. *Am J Otolaryngol* 1994; 15(1): 41-5.
22. Cass DT, Lai B. Esophageal perforation caused by a coin. *J Padiatr Child Health* 1993; 29(3): 239-40.
23. Braverman I, Gomori JM, Polv O, Saah D. The role of CT imaging in the evaluation of cervical esophageal foreign bodies. *J Otolaryngol* 1993; 22(4): 311-4.
24. Beggreen PJ, Harrison E, Sanwski RA, Ingebo K, Noland B. Techniques and complication of esophageal foreign body extraction in children and adults. *Gastrointest Endosc* 1993; 39(5): 626-30.
25. Morrow SE, Bickler SV, Kenaedy AP, Synder CR, et al. Foreign body in children. *J Pediatr Surg* 1998; 33(2): 266-70.
26. Karanjia ND, Ress M. The use of Coca-Cola in the management of bolus obstruction in benign esophageal stricture. *Ann R Coll Surg Eng* 1993; 75(2): 94-5.
27. Lim CT, Quah RF, Loh LE. A prospective study of ingested foreign bodies in Singapore. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120(1): 96-101.
28. Weissberg D. Foreign bodies in the gastro intestinal tract. *S Afr J Surg* 1991; 29(4): 150-3.