

● 急诊之窗

食管切除、颈部食管胃吻合治疗自发性食管破裂(附 8 例报告)

李士亭 章镜平 徐克平 郭 伟

(淮阴市第一人民医院, 淮阴, 223300)

关键词 食管破裂; 食管切除; 食管胃吻合术

中图分类号: R655. 4 文献标识码: A 文章编号: 1007-6514(2000)05-0398-02

1989~1998 年间, 作者采用食管大部分切除并颈部食管胃吻合消化道重建治疗自发性食管破裂 8 例, 现总结报告如下。

1 临床资料

8 例均为男性。年龄 24~60 岁, 平均 42.6 岁。均有呕吐诱因。全组均有胸痛及不同程度的呼吸困难。4 例可触及颈部皮下气肿。X 线检查见 7 例有液气胸改变, 左侧者 2 例; 右侧者 4 例; 双侧者 1 例。1 例开始仅表现纵隔气肿, 颈部、胸壁皮下气肿及膈下游离气体。3 例碘油造影均有造影剂外溢。口服美兰后胸穿或胸腔闭式引流见蓝色液体 5 例。破口部位均位于食管中下段。破口长度 6~15cm。发病距手术时间 16h~10d。一期手术治疗者 6 例, 修补术后失败再改行食管切除颈部食管胃吻合消化道重建术者 2 例。同期行空肠造瘘者 5 例。术前准备: 禁食、胃肠减压以防止和减少进一步污染; 静脉补液、输血、纠正水电解质酸碱失衡; 大剂量广谱有效抗生素应用以防治感染; 及时胸腔闭式引流以减轻胸内压迫改善呼吸功能和减少中毒症状。

手术方法: 取胸后外侧切口, 侧别为食管破口破入那一侧即为术侧, 对累及双侧者作者取液气胸明显, 估计胸腔污染重侧进胸。进胸后首先彻底清除胸腔内脓液, 并用抗生素生理盐水反复冲洗胸腔。打开纵隔胸膜, 寻找食管破口, 游离食管, 破口上下端予以结扎, 防止食管、胃内容物进一步污染胸腔。纵隔予以彻底清创, 如累及对侧者则扩大对侧纵隔胸膜破口, 冲洗、清创对侧胸

腔。游离食管至颈部, 注意本病患者常因时间长, 局部炎症明显, 组织脆, 要防止损伤其它重要脏器, 特别防止大血管和胸导管损伤。打开膈肌或开腹游离胃。取颈部切口牵出并切断食管, 将胃沿食管床牵至颈部切口, 行颈部食管胃端侧吻合, 浆肌层缝合加强, 尽可能用大网膜包绕吻合口。冲洗颈部切口置抗生素及皮片引流, 缝合颈部切口。再冲洗胸腔, 置抗生素及胸腔引流管, 若累及双侧胸腔则需同时安置双侧胸腔闭式引流管。我们采用多侧孔胸腔引流管, 确保胸腔通畅引流。常规关胸、关腹。作者主张同期行空肠造瘘术, 以利于术后营养支持治疗。

手术结果: 本组 8 例, 治愈 6 例, 治愈率 75%。并发局限脓胸 1 例, 治愈; 并发呼吸衰竭、多脏器功能衰竭 1 例, 死亡。本组没有并发颈部吻合口瘘。

2 讨 论

早期诊断及早手术是减少并发症降低死亡率的关键。据文献报道: 食管破裂后 12h 内获得手术治疗的死亡率为 22%, 12~24h 者为 36%, 超过 24h 后为 64%^[1]。存活者中, 超过 24h 获手术者的并发症比 24h 内手术者高 2 倍。本病由于较少见, 而症状常与其它急性胸、腹疾病相似而误诊, 据报道本病误诊率高达 75%^[2]。本病典型临床表现为呕吐、胸痛及不同程度的呼吸困难。胸部 X 线检查可见纵隔气肿、纵隔影增宽, 小液气平面, 胸腔积液或液气胸改变, 食管造影有造影剂外溢可确诊。对疑为本病时必须行 X 线检查, 必要时进一步行食管造影检查, 脓气胸患者胸穿或胸腔闭式引流后如有污浊伴有特殊异味的液体应

收稿日期: 1999-10-10

作者简介: 李士亭(1963-), 男, 江苏沐阳县人, 主治医师, 发表论文 3

(下转 401 页)

心律失常药物等,目的在于保护重要器官,使其恢复功能,可帮助危重患者渡过险关。本组病例对出现的临床危急情况均作了积极处理,从而提高了抢救成功率。

本组急性中毒病例心电图多有改变,如有机磷农药中毒可出现房室传导阻滞,甚至心脏骤停,安定中毒引起频发房性早搏、室性早搏;CO中毒引起房颤、心肌缺血等。显然这是由于毒物引起心肌损害的结果。所以对急性中毒者应常规描记心电图,有条件时做心电监护。对于出现的不同类型心律失常,选用有效抗心律失常药物,如室性心律失常用利多卡因,快速房颤用西地兰,心脏骤停行心肺复苏术及应用肾上腺素等,同时可给予营养心肌药物。

急性中毒时,由于毒物的作用以及应用大量洗胃液、丢失胃液,应用脱水、利尿剂等常造成患者低钾、低钠、低镁等水电解质失衡,加之重症中毒者多为呼吸循环衰竭、酸碱平衡紊乱,所以在急性中毒救治时,应注意保持呼吸道通畅,纠正缺氧,改善心肺等重要脏器功能,定期检查血清、钾、钠、氯、CO₂结合力,肌酐、尿素氮、pH值、缓冲碱、碱剩余和血气分析以及尿量,尿比重、尿pH值

等,结合病史和临床表现进行全面分析,给予恰当而及时的处理。

某些毒物有迟发毒效应,有的可由此致死。如有机磷中毒可有迟发性心肌损害(主要由严重心律失常导致阿-斯综合征),也有的病例发生迟发性呼吸衰竭和迟发性肺水肿,并常由此导致死亡。有的患者发生迟发神经中毒综合征,出现多种中枢和周围神经病变或机能障碍。对这类具迟发毒作用的急性中毒,一般应延长观察和治疗时间,并严密监测其迟发毒作用。

本组病例自杀服毒者92例,占76.7%。这部分患者对于抢救措施往往不予配合,而且服毒量较大,发现较晚,中毒较重,给诊治带来困难。我们在积极抢救的同时要进行心理疏导,做细致而耐心的思想工作,争取患者及家属的配合,使抢救得以顺利进行。

参考文献

- [1] 王一镗,李德馨,林桂芳,曾因明主编.实用急诊医学[C].江苏:江苏科学技术出版社,1992;90
- [2] 陈钟英,刘天培,杨玉主编.临床药物手册[J].第3版.上海:上海科学技术出版社,1995;253

(上接398页)

高度怀疑本病的存在,口服美兰有利于诊断和鉴别诊断。本病应与自发性纵隔气肿、脓气胸、主动脉瘤破入夹层、胃穿孔、急性胰腺炎等疾病相鉴别。

食管破裂、食管腔内分泌物及胃内容物反流持续污染纵隔及胸膜腔致炎症难以控制,感染中毒是自发性食管破裂死亡率高的主要原因^[3]。目前外科治疗自发性食管破裂的方法较多,如食管破裂修补术、食管部分切除上段食管外置、下段食管关闭延期手术,结肠代食管术等。但是,因本病早期常被误诊,到确诊手术时时间较长,局部污染严重,组织炎症水肿明显,修补常难以成功;结肠代食管手术复杂,手术并发症及死亡率很高;延期手术给患者带来更大的痛苦和经济负担。作者采用食管切除颈部食管胃吻合消化道重建,既切除了病变食管,切断污染来源,脓胸廓清,又建立完整的消化道。手术不太复杂,易于掌握。本组8例,术后没有发生吻合口瘘,治愈率达75%,效果满意。作者认为本手术方法具有以下特点:①切除作为污染源的破裂食管;②吻合口建在颈部,

远离污染区,有利于吻合口愈合;③建立了完整的消化道,患者乐于接受;④避免二期手术给患者带来更大的痛苦和经济负担。为确保手术治疗成功,作者体会应特别注意以下几点:①有效的鼻胃管减压并适当延长禁食时间,减轻吻合口张力,推迟经口进食时间,以利吻合口愈合;②保持胸腔有效充分引流并适当延长引流时间,作者主张采用多侧孔胸腔引流管,引流效果好;③早期足量广谱抗生素应用,加强抗感染治疗;④纠正水电解质紊乱、酸碱平衡失调,加强营养支持治疗,营养维持是成功处理危重患者的重要环节。Cohn等^[4]主张全部患者作空肠造瘘维持营养。本组有5例同期行空肠造瘘维持营养,效果满意。

参考文献

- [1] Symbsa PN, Hatcher CR, Harlaftis N. Spontaneous rupture of the esophagus[J]. Ann Surg, 1978; 187: 634
- [2] Abbott OA, Mansour KA, Logan WD, et al. Atraumatic So-called "spontaneous" rupture of the esophagus[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1970; 59: 67
- [3] 殷洪年,王洲,张林等.自发性食管破裂16例[J].中华胸心血管外科杂志,1997;13:224
- [4] Cohn HE, Hubbard A, Patton G. Management of esophageal injuries[J]. Ann Thorac Surg, 1989; 48: 309