2.5 红细胞压积与眼底改变的关系

随着红细胞压积的升高，视网膜的病变越重（$\chi^2=100.35$，$P<0.01$），眼底改变的各期之间也差异显著（$\chi^2=73.05$、$P<0.01$）。见表3。

表3 红细胞压积与眼底改变的关系

红细胞压积(%)	例数	正常眼底例数	眼底改变例数	眼底分期		
				Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期
>35	270	22	248[a]	132	30[b]	86[bc]
<35	240	114	126[a]	122	2[b]	2[bc]

a：$P<0.01$，与正常眼底例数相比；b：$P<0.01$，与Ⅰ期比较；c：$P<0.01$，与Ⅱ期比较

3 讨论

妊娠期高血压疾病是孕妇所特有而又常见的疾病，迄今为止仍是孕产妇及围产儿死亡的主要原因之一[2]。该病的主要病理改变是全身小动脉痉挛[3,4]，并由此而引起全身各脏器功能性和器质性改变，眼底是全身所有器官唯一可以用肉眼直接观察到的病变，也是反映妊娠期高血压疾病严重程度的一项重要的参考指标。

供应眼球视网膜血管是视网膜中央动脉和睫状后短动脉及睫状后长动脉。妊娠期高血压疾病性视网膜病变主要表现为其痉挛，如后睫状动脉及视网膜中央动脉痉挛，可致视神经缺血，视网膜动脉变细，视神经乳头颜色变淡，如视网膜小动脉长期痉挛可致视网膜表层缺氧、缺血、毛细血管通透性增高，导致视网膜水肿、渗出及出血等改变，眼底水肿严重者引起视网膜脱离，与国外相关报道一致[5]。眼底检查的结果决定对重度妊娠期高血压疾病患者治疗时间的长短。若眼底病变为Ⅱ期以上说明病变为器质性应与产科积极配合行解痉、降压、扩容、利尿治疗及促胎肺成熟后尽快终止妊娠，一旦发生眼底有出血，就意味着随时有脑出血的可能，无论孕周大小应立即终止妊娠，通过以上临床处理使孕妇无1例死亡，取得满意治疗效果。因此，眼底检查对于了解病情指导治疗及估计预后具有重要的参考价值。

本组510例患者发生眼底改变者占73.33%。而眼底改变又与高血压、水肿、蛋白尿、红细胞压积密切相关，即高血压、水肿、蛋白尿、红细胞压积改变愈明显，眼底改变愈严重。因此，眼底改变可以间接推测这些指标的变化程度，而可综合判断病情。由于眼底检查简便易行，直观可靠，所以眼底检查可作为妊娠期高血压疾病诊断重要指标。

关键词：妊娠期高血压疾病；视网膜病变；眼底；临床分析
中图法分类号：R714.246 文献标识码：B

参考文献：

[1] 刘家琦. 实用眼科学[M]. 第2版. 北京：人民生出版社，2002：487.
[2] 陈 进. 妊娠高血压综合征眼底改变96例临床分析[J]. 实用临床医学，2001，2(2)：49－50，55.
[3] 陈伟义，罗红凤. 妊高征与眼底视网膜病变的临床探讨[J]. 中国妇幼保健，2004，19(5)：40－41.
[4] 郑 瑜，郭露萍，方秋云. 500例妊娠高血压综合征眼底改变临床分析[J]. 临床眼科杂志，2004，12(2)：132－133.
[5] SANCHEZ F，GOMEZ J A，GUEVARA H，*et al*. Diagnostic value examination of the eye fundus in pregnant patients with arterial hypertension[J]. Rev Colomb Obstet Ginecol，1970，21(2)：105－109.

（编辑 王小寒）

文章编号：1000-5404(2006)19-2013-02

经验交流

24例食管癌贲门癌术后吻合口瘘的治疗体会

许月明，张明灿，陈虎平，游 凯 （解放军324医院心胸外科，重庆 400020）

食管癌、贲门癌术后吻合口瘘，是食管癌、贲门癌术后的凶险并发症，尤其是胸腔吻合口瘘，是严重的术后并发症，是手术后的主要死亡原因之一。我们于1990年7月至2005年5月共施行食管癌、贲门癌切除术564例，其中发生吻合口瘘24例，现将治疗体会分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本科收治的食管瘘和贲门癌患者564例，男性402例，女性162例，年龄36～78岁，平均48.67岁。其中食管上段癌14例，食管中段癌292例，食管下段癌204例，贲门癌54例。术后均使用联合高效足量的抗生素，保持胸腔引流管、胃管通畅，深静脉营养或空肠造瘘营养支持，协助患者拍背咳痰，积极处理伴发慢性病，如糖尿病、慢性肺功能不全、黄疸等。发生吻合口瘘24例，发生时间为1～11 d，早期瘘10例(3 d内2例，1周内8例)，晚期瘘14例。颈部吻合口瘘4例，胸腔吻合口瘘20例。

1.2 胸腔吻合口瘘的表现

本组20例患者发生胸腔吻合口瘘，术后均有持续低热，心率较快，胸痛明显，患侧液气胸，胸管内引流出咖啡色液体，胸腔感染。严重者有高热、心率增快、胸闷、气促。8例伴有严重的呼吸衰竭及呼吸窘迫综合征。10例经作胸片、B超及口服美蓝后诊断性胸腔穿刺确诊。4例口服美蓝后可从胸管中引出，6例通过碘油造影证实。

作者简介：许月明(1971－)，男，四川省仪隆县人，主治医师，主要从事心胸外科临床方面的研究。电话：(023)68762061
收稿日期：2005-07-15；修回日期：2006-01-17

1.3 治疗

胸腔吻合口瘘全部行胸腔闭式引流,12 例放置上、下胸管,再次手术 6 例,其中瘘口修补 2 例,切除瘘口周围组织重新吻合 1 例,食管胃颈部吻合 3 例。保守治疗 18 例,4 例颈部瘘保持瘘口充分引流、冲洗,11 例胸腔瘘进胸冲洗引流加空肠造瘘或胃造口,2 例胸腔瘘仅作胸腔引流,6 例行食管带膜支架置入。胸腔冲洗以 0.5% 双氧水、甲硝唑、生理盐水并以 1% 普鲁卡因液冲洗,减少渗出并减疼痛,胸腔引流时间 15 ~ 35 d,同时,对 8 例呼吸衰竭患者实行机械通气。

颈部瘘处理主要是保持通畅引流,并辅以双氧水、甲硝唑、生理盐水等冲洗,局部间断予以贝复剂(表皮生长因子),只要患者病情允许进食,鼓励经口进食,有引流液通过瘘口溢出时仍然建议患者先压住瘘口敷料进食。本组患者 10 ~ 18 d,颈部瘘均愈合。

2 结果

24 例吻合口瘘患者中,死亡 6 例,其中胸内瘘保守治疗死亡 4 例,手术治疗死亡 2 例,死亡分别为术后发生早期胸腔吻合口瘘 2 例,3 例并发急性呼吸窘迫综合征死亡,1 例自动放弃治疗出院,其余病例均痊愈出院。病死率为 25%。平均住院时间分别为再手术组 36 d,保守治疗组 39 d。平均胸腔引流时间:再手术组 25 d,保守治疗 27 d。

3 讨论

3.1 吻合口瘘的预防

食管癌的手术范围可能涉及颈、胸、腹 3 部分,手术时操作余地不够,勉强吻合是发生瘘的重要隐患。据国内资料的统计,食管癌、贲门癌术后发生率为 3% ~5%[1]。分析本组吻合口瘘发生的原因主要有:①食管游离过长,吻合口血运障碍局部坏死。②食管壁菲薄,吻合口有张力。③吻合器吻合时食管腔大,吻合器底座与机身距离较大,出现切割不全及钉合不全;或术后吻合口张力过大,除血供不良外,还可引起吻合钉脱落,吻合口撕裂;或各种原因引起的吻合钉钉合不良、脱落、缺如、变形或未钉成"B"字型。④术后长时间缺血缺氧以及胸胃张力过大。本组有 3 例首先发生呼吸衰竭导致缺氧引起晚期吻合口瘘。其次也与患者年老体弱、抵抗力差、术后消化道梗阻、胸胃扩张、胸内感染等有关。因此,对食管-胃颈部吻合者,充分游离胃,使胃上提到颈部,在毫无张力状态下完成吻合。一旦吻合不满意应拆除吻合口,继续向上游离食管,在更高位置重新作吻合,甚至作颈部吻合。

3.2 颈部吻合口瘘的处理

颈部瘘诊断处理相对容易。主要是保持引流通畅,并辅以甲硝唑、生理盐水等冲洗瘘口,早期瘘有时 1 d 需更换数次敷,并鼓励患者经口进食,大约 15 d,颈部瘘大都会愈合。

3.3 胸内吻合口瘘的治疗

吻合口瘘一经诊断应立即行胸腔闭式引流,引流尽量靠近瘘口,因为前胸有肺的覆盖,所以经 B 超或胸片检查后将胸管经最低位从腋后线往后胸放置,经引流管或上胸部置管滴注甲硝唑、生理盐水等冲洗胸腔,对脓腔较大者可注入 500 ~ 1 000 ml/d,亦可予以低负压吸引促进肺复张。胸管放置后,特别是因脓液较稠经常会堵塞,需要及时调整,必要时重新放置。若胸腔积液是多房分隔,可作 B 超定位后多处穿刺引流或多根引流管引流,必要时小切口开胸将分隔去掉,本组有 2 例晚期瘘(各为 8、11 d)行剖胸,并用大量甲硝唑溶液冲洗引流,并行空肠造瘘,术后恢复良好。

对食管癌、贲门癌术后胸内吻合口瘘的治疗一直有不同意见。有研究者认为手术治疗效果好于保守治疗[2]。但瘘口组织炎症、坏死、水肿明显难以愈合,术后复发率高,术后并发切口感染、不愈合的发生率很高。因而我们同国内多数胸外科医生认为应积极采用保守治疗更为合适[3]。早期手术治疗与保守治疗均为有效方法,胸腔引流时间及住院时间无明显差异,因再手术风险及费用较多,因此应该根据患者情况区别对待。对全身营养差及感染严重者进行保守治疗,关键应控制脓胸和加强患者营养,促进瘘口愈合。本组 1 例行胃造瘘术,11 例行空肠造瘘逆行置胃管,与前一空肠造口约 10 cm 处另作一切口。用 2 根硅胶管分别引出,1 根行胃持续减压吸引,使胃液不能由于返流而经瘘口进入胸膜腔,另 1 根插入十二指肠或向空肠远端,作为注入流质饮食营养通道。抽出的胃液经十二指肠管或空肠造瘘管重新注入体内,有利于保持体内的电解质平衡。改用深静脉营养,或通过胃造口营养或空肠造瘘维持足够营养。

对瘘口大,引流不满意,或感染轻、无明显中毒症状者,或营养不能维持、发现较早并未失去二次开胸条件的患者应积极创造条件争取二次手术。我们认为手术以食管胃颈部吻合为首选,将食管胃吻合口与胸膜腔、纵隔分隔开,即使再发生瘘亦易于处理愈合。当残胃不能满足颈部吻合时可行瘘口修补术,选用无损伤缝合线关闭瘘口,最后用带蒂胸膜瓣或肋间肌瓣覆盖在瘘口表面或周围,即使修补不成功,至少也能起到将瘘口缩小的作用;同时,直接将胸管固定在瘘口旁,使其引流距离更近,引流更通畅。根据本组 6 例支架置入经验,对吻合口部位较低(颈部以下),吻合口瘘不大,或患者一般情况不能耐受再次手术,以及发生吻合口瘘 2 周后胸腔引流仍然不能减少者可考虑进行柔软带膜食管支架置入,部分吻合口瘘可能因此消除,即使对瘘口较大的患者,亦可以将瘘口变小而有利于愈合。

3.4 呼吸功能保护

大量胃内容物自瘘口溢出进入胸腔,可引起肺支气管痉挛,肺间质水肿,导致氧交换障碍,所以呼吸衰竭的治疗常是食管癌手术后吻合口瘘治疗的关键内容。必须鼓励患者咳嗽,保持肺膨胀良好,可减小胸腔残腔。一旦胸腔引流通畅后呼吸状况仍不能改善,应积极采用气管切开、呼吸机辅助通气治疗。

关键词:食管癌;贲门癌;吻合口瘘;治疗

中图法分类号:R655.4 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 陈少湖,安丰山. 现代食管癌贲门癌诊疗学[M]. 北京:科学出版社, 2002:157.

[2] 张坤谋. 胸内食管胃吻合口瘘的再手术治疗[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2001,17(6):357.

[3] 汲克强,赵善东,赵德元, 等. 四管法治疗食管癌切除术后胸内吻合口瘘[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,1999,6(1):44 -45.

(编辑 薛国文)