文章编号:1000-5404(2009)02-0181-02

经验交流

15例食管癌术后乳糜胸患者的诊断和治疗分析

张 智,张在空 (重庆市肿瘤研究所胸外科,重庆 400030)

食管癌是我国发病率较高的恶性肿瘤之一,手术治疗是其主要治疗手段。乳糜胸是食管癌术后严重的并发症,发病率较低,为0.4%~2.6%。一旦发生,患者体质消耗较大,常危及生命[1]。1996年7月至2007年12月,我科经胸手术切除食管癌856例,术后并发乳糜胸15例,发生率为1.75%。现将食管癌术后乳糜胸的诊断和治疗分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共15例食管癌术后并发乳糜胸患者,其中男性11例,女性4例。年龄48~75岁,平均65岁。其中上段食管癌2例,中段食管癌11例,下段食管癌2例。手术均为右胸、腹经路,胸内器械吻合。病理组织学特点:髓质型鳞癌9例,溃疡型鳞癌4例,蕈伞型鳞癌2例。按TNM分期:$T_3N_0M_0$ 4例,$T_2N_1M_0$ 4例,$T_3N_1M_0$ 3例,$T_4N_1M_0$ 4例。发现乳糜胸的时间为术后4~10 d,治疗前乳糜液引流量300~500 ml/d 5例,500~1 000 ml/d 6例,1 000 ml/d以上4例。

1.2 治疗方法

保守治疗9例。措施:①保持胸腔闭式引流通畅;②维持水、电解质平衡,给予支持治疗,如输血、白蛋白、血浆等;③肠内营养或静脉高价营养,予高蛋白、高热量、低脂肪饮食;④适当应用抗生素预防感染;⑤必要时胸腔内注射高渗葡萄糖溶液80 ml+2%利多卡因5 ml混合液,夹闭胸管,嘱患者变换体位,6 h后开放引流,隔日重复。

手术治疗6例,其中4例乳糜液引流量1 000 ml/d以上的患者,诊断后直接采取手术治疗,2例经保守治疗1周后无效而选择手术。全部经右胸原切口入胸,术前2 h经鼻饲管注入高脂肪、高蛋白饮食。3例患者于食管床顺利找到胸导管破口,于其上下方各以丝线结扎,常规行膈上胸导管结扎;3例患者术中未能找到破口,直接行膈上低位胸导管及其周围组织大块双重结扎和缝扎。

2 结果

全组无死亡病例。对胸腔引流量<1 000 ml/d的患者,均先选择保守治疗,其中5例胸腔引流<500 ml/d的患者经保守治疗治愈;6例胸腔引流量在500~1 000 ml/d的患者中有4例经保守治疗成功,2例保守治疗过程中胸液无减少反而增加,故改经手术结扎治疗;4例胸腔引流量>1 000 ml/d的患者,均在诊断明确后积极进行手术治疗治愈。患者均痊愈出院,随访半年无复发。

3 讨论

乳糜胸是食管癌术后一种严重并发症,是由于手术中损伤胸导管所致。其导致的大量淋巴液丢失可造成机体水、电解质紊乱及严重的营养不良。

3.1 术中损伤胸导管的原因

①肿瘤外侵明显,侵及胸导管;②食管癌手术过程中清扫周围淋巴结损伤胸导管;③术中过多使用电刀,导致小淋巴管和胸导管侧支损伤;④术前禁食,胸导管内流量及压力减少,损伤不易发现;⑤胸导管解剖的变异也可导致其损伤[1]。

3.2 乳糜胸的诊断

乳糜胸的早期表现主要为胸液的增加。对术后患者胸腔引流量持续增多,或减少后又增多,24 h引流量超过500 ml,或拔除胸腔引流管后术侧胸腔再次出现大量胸水,应高度怀疑并发乳糜胸。在术后禁食阶段,胸液多呈淡黄色清亮液体,而不是典型的乳白色。胸液乳糜试验是诊断乳糜胸的主要实验室依据[2,3]。本组15例,乳糜试验阳性11例,阴性4例。对于乳糜试验阴性的患者,应结合临床胸液的量及性状综合判断。通常给予患者高脂、高蛋白饮食,胸液会转为典型的乳白色。

3.3 乳糜胸的治疗

保守治疗:对乳糜液<1 000 ml/d者,均可采取保守治疗。保持引流通畅,维持患者的营养状况,给予低脂、高糖、高蛋白饮食,高价静脉营养为佳。适当应用抗生素,维持水、电解质、酸碱平衡。必要时胸腔内注射粘连剂促进胸膜粘连。本组病例中,乳糜液<1 000 ml/d共11例,其中9例经保守治疗治愈。手术治疗:对乳糜液>1 000 ml/d,或经保守治疗无效的患者应积极选择手术治疗。我们主张经原切口进胸,以免增加患者的创伤。术前2 h经鼻饲管注入高脂、高蛋白饮食,术中找到胸导管破口后,于其上下各行缝扎,常规于膈肌上方再次结扎胸导管。对于术中未发现瘘口的患者,直接行膈上低位胸导管及其周围组织大块双重结扎和缝扎。

3.4 乳糜胸的预防

术中游离肿瘤尽量靠近食管,对成束组织尽量结扎;手术结束前,仔细检查胸导管走行部位,特别是主动脉弓上下方,观察有无淋巴液溢出,对可疑之处予以缝扎[4]。综上所述,我们认为预防性胸导管结扎是预防术后乳糜胸的有效方法。

关键词:食管癌;食管切除术;乳糜胸;诊断;治疗
中图法分类号:R619 **文献标识码**:B

作者简介:张 智,男,重庆市人,主治医师,主要从事胸外科方面的研究。E-mail:honglimail@tom.com

收稿日期:2008-09-12;**修回日期**:2008-10-14

参考文献：

[1] 吴康松，吴 捷. 食管贲门癌术后并发症832例分析[J]. 浙江临床医学，2002，4(6)：458－459.

[2] 吴 洪，马翠英. 15例食管癌术后并发乳糜胸的护理[J]. 实用临床医药杂志：护理版，2006，2(2)：12，14.

[3] 林 涛. 食管癌术后乳糜胸的诊断和治疗：附16例分析[J]. 福建医药杂志，2007，29(1)：61－62.

[4] 傅剑华，胡 炜，黄伟钊，等. 预防性胸导管结扎术在食管癌根治术中的价值[C]//中国首届国际食管癌学术会议暨第七届全国食管学术会议论文集. 郑州：中国抗癌协会食管癌专业委员会，2005：216－219.

（编辑 张 维）

经验交流

文章编号：1000-5404(2009)02-0182-02

微血管减压术治疗原发性三叉神经痛65例

王典春，李栋平，朱兴宝，邓询鼎 （成都军区昆明总医院神经外科，昆明 650032）

原发性三叉神经痛(trigeminal neuralgia，TN)是一种常见的颅面部疼痛[1]，发病机制至今未明。TN可分为原发性和继发性2种。原发性TN治疗方法包括内科治疗和外科治疗，临床上在内科治疗无效或药物不良反应明显时多采用外科治疗，但理想的手术方式尚在进一步研究中。三叉神经微血管减压术(microvascular decompression，MVD)因其具有针对特定病因、非破坏神经功能的优势越来越受到人们的重视[1]。现对我院微血管减压术治疗原发性三叉神经痛患者的情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2002年3月至2005年3月我科收治的原发性三叉神经痛患者65例，其中男性28例，女性37例，平均年龄61.5(23～79)岁，平均病程9年(4个月至20年)，疼痛部位为右侧者40例，左侧者25例。患者术前均服用卡马西平等药物治疗，疼痛不能控制或不能耐受药物不良反应。同时均行头颅CT或MRI检查排除继发性三叉神经痛。责任血管为小脑上动脉者20例，小脑前下动脉者15例，小脑上动脉和小脑前下动脉联合压迫者14例，小脑上动脉与岩静脉联合压迫者5例，岩静脉者5例，无血管压迫者3例，基底动脉压迫者1例，椎动脉压迫者1例，三叉神经入脑干处蛛网膜增厚并粘连1例。

1.2 手术方法

取健侧卧位，乙状窦后入路，在显微镜下先缓慢吸出桥池脑脊液，锐性剪开桥池蛛网膜，充分显露所要探查的三叉神经。术中全程探查三叉神经尤其是REZ区，认清并分离责任血管，游离出三叉神经，在血管和三叉神经之间垫入Teflon棉；如未见明显的责任血管，则分离神经周围的蛛网膜，充分松解三叉神经。

1.3 术中诊断及疗效评价

责任血管是指压迫三叉神经而引起临床疼痛症状的血管，常见的为小脑上动脉、小脑前下动脉、基底动脉、椎动脉和岩静脉等，可以是1支，也可以是多支联合压迫。疗效评定标准[2]：①术后立即缓解：术后1 d内疼痛完全消失无需药物辅助治疗，评定为疗效优。②术后延迟缓解：术后疼痛逐渐缓解，最终完全消失，评定为疗效良。③明显减轻：术后仍需服用小剂量的卡马西平才能控制疼痛。④疼痛改善不明显或无效。对经手术治疗有效的患者随访期截至2008年3月，随访时间3～6年。

2 结果

2.1 术中诊断

大多患者被发现三叉神经根部被1根或多根血管压迫，通常是小脑上动脉(SCA)、小脑前下动脉(AICA)或是岩静脉(PV)。我们根据责任血管与神经的关系分为：接触、粘连、压迫或贯穿。图1为全程压迫三叉神经导致V1、V2、V3分布区均疼痛的患者，术中见AICA压迫三叉神经根从脑干发出致岩骨尖附近，在中1/3处见明显的压迹(图2)。在压迫型中有神经根无压迹型、有压迹型、压迹并变形型、压迫并神经根萎缩型；在贯穿型中，可见血管在三叉神经运动根与感觉根之间或感觉根中间贯穿。

2.2 疗效

本组病例术后立即缓解，疗效优者63例(96.9%)；术后延迟缓解，疗效良者1例(1.5%)；1例(1.5%)无效。随访3～6年，无1例复发或因手术并发症死亡。

2.3 并发症及不良反应

本研究病例中，2例并发脑脊液漏，经观察和抗感染治疗2周自愈；1例并发面部麻木，随时间的延长逐渐减轻至消失；1例并发短暂听力下降，经治疗后完全好转；1例并发口唇和嘴角处疱疹，进行相应治疗后痊愈；本组无出血及死亡病例。其他不良反应有头痛、眩晕、恶心、呕吐等，考虑与术中脑脊液流失

作者简介：王典春，男，四川省大竹县人，硕士研究生，主治医师，主要从事桥小脑角肿瘤及颅神经障碍综合征方面的研究。电话：(0871)4774689，E-mail：lilian19700925@163.com

通信作者：李栋平，电话：(0871)4774691

收稿日期：2008-06-23；**修回日期**：2008-08-22