维普资讯 http://www.cqvip.com

食管贲门癌术后胸内吻合口及胸胃瘘的临床处理

孙 勇[1],熊 刚[2],吴 蔚[2],杨 康[2] (1. 重庆市巴南区第三人民医院外科, 重庆 401338; 2. 第三军医大学附属西南医院胸心外科, 重庆 400038)

[摘 要] **目的** 探讨食管癌、贲门癌切除术后胸内吻合口及胸胃瘘的合理治疗方法。**方法** 回顾1 369例食管癌、贲门癌切除术后病人的临床资料,总结胸内吻合口瘘及胸胃瘘的正确处理方法。**结果** 全组共发生胸内吻合口及胸胃瘘25例,其中吻合口瘘19例,胸胃瘘6例,总发生率为2.0%,死亡率为28.0%。行保守治疗19例,死亡5例,死亡率为26.3%;行二次开胸6例,死亡2例,死亡率为33.3%。**结论** 胸内吻合口瘘及胸胃瘘是食管重建术后严重的并发症,综合应用静脉高价营养和胃肠内营养等治疗手段是处理胸内瘘的有效的保守治疗方法。

[关键词] 食管癌; 贲门癌; 吻合口瘘; 胸胃瘘; 临床处理
[中图分类号] R619; R655 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2005)03-0151-02

Clinical procedures of anastomotic and thoracic gastric leakage after resection of esophageal and gastric cardial carcinoma

SUN Yong, XIONG Gang, WU Wei, YANG Kang (Department of Surgery, The Third People's Hospital of Banan District, Chongqing 401338, China)

Abstract: Objective To explore the rational therapy of anastomotic and thoracic gastric fistula after the resection of esophageal carcinoma and cardial carcinoma. **Methods** A retrospecive analysis was compiled of 1 369 patients undergoing the resection of esophageal carcinoma and cardial carcinoma and reconstruction. **Results** The intrathoracic anastomotic fistula and thoracic gastric fistula occurred in 25 patients with an overall incidence of 2.0% and an overall mortality of 28.0%. Among them intrathoracic anastomotic fistula was in 19 patients, thoracic gastric fistula in 6. Five patients died and 14 were cured in the conservative treatment group with a mortality of 26.3%. Two patients died in the reanastomosis treatment group with a mortality of 33.3%. **Conclusion** Anastomotic and thoracic gastric fistula is considered to be one of the most serious complications after esophageal reconstruction. Combined application of total parenteral nutrition and enteral nutrition is the suitable non-traumatic therapy.

Keywords: esophageal carcinoma; cardial carcinoma; anastomotic fistula; thoracic gastric fistula; clinical procedure

胸内吻合口瘘和胸胃瘘是食管癌、贲门癌术后最主要的死亡原因之一。据报道胸内吻合口瘘的死亡率为50%[1],胸胃瘘与之相仿。目前随着吻合技术的进步,吻合口瘘和胸胃瘘的发病率已有明显的下降。我们对1 369例食管癌贲门癌切除、食管重建术后病人发生胸内瘘的情况及治疗经过进行回顾性分析,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组中男性961例,女性408例,男女之比为2.36:1,年龄28~86岁,平均55.4岁。食管癌1 012例,贲门癌357例。全组颈部吻合117例,胸内吻合1 252例,其中双侧胸顶吻合157例,主动脉弓上吻合572例,主动脉弓下吻合523例。采用"间断全层+浆肌层包埋"手工吻合772例,采用美国强生公司C(S)DH 25 mm圆形吻合器及国产常州WGW 26 mm弯管吻合器行胸内机械吻合597例。按时间段把胸内吻合病人分为两组:甲组(1990年1月至1995年12月)包括病人360例,全部采用手工吻合;乙组(1996年1月至2003年12月)包括病人892例,其中手工吻合302例,机械吻合590例。

1.2 瘘的诊治方法

胸内瘘的诊断较为容易,主要临床表现为胸腹痛、气促、发热,可行稀钡透视或口服美蓝后胸穿证实。确诊后,本组中19例病人在禁食及胃肠减压、通畅引流、控制感染的基础上,予以早期全胃肠外营养(TPN)结合后期肠内营养等保守治疗,6例病人行二次开胸手术修补瘘口。

1.3 统计学处理

采用SPSS10.0软件包。率的比较行 χ^2 检验。用 $P<0.05$ 表示差异显著,用 $P<0.01$ 表示差异非常显著。

2 结果

本组共发生胸内吻合口瘘19例,胸胃瘘6例。多发生于术后3~14 d,平均8.9 d,胸内瘘(胸内吻合口瘘和胸胃瘘)总发生率为2.0%;死亡7例,3例死于肺部感染、呼吸衰竭,4例死于全身代谢衰竭,死亡率为28.0%。其中保守治疗19例,死亡5例;二次开胸6例,再瘘5例,死亡2例,死亡率分别为26.3%和33.3%,两者相比无显著差异($P>0.05$)。甲组中发生胸内瘘12例,死亡5例,死亡率为41.67%;乙组中发生13例,死亡2

[作者简介] 孙 勇(1967-),男,重庆市人,主治医师,主要从事食管外科临床方面的研究。电话:(023)66436067
[收稿日期] 2004-12-25 [修回日期] 2005-03-06

维普资讯 http://www.cqvip.com

例，死亡率为15.38%，较甲组有所降低但没有显著差异（$P > 0.05$）。病人瘘口自行愈合或形成内瘘时间为2.2～19.6周，平均14.2周。部分病人治愈出院，部分病人病情稳定、可进食后，因为经费原因带管出院。术后分别随访3个月至7.8年，患者生活质量良好。

3 讨论

3.1 胸内吻合口瘘、胸胃瘘发生的原因

本组共发生胸内吻合口瘘及胸胃瘘25例。吻合口瘘发生的原因主要与术者的手术技术有关，包括吻合口边缘对合情况、打结的松紧程度、吻合时的针距和边距以及吻合区组织的张力和血运等，术中食管游离过多导致食管吻合端缺血也是吻合口瘘的重要原因。游离胃时损伤胃网膜血管弓、胃壁搓揉导致胃粘膜下层及肌层挫伤、局部血肿均可导致胸胃的血液供给不良，既是吻合口瘘也是胸胃瘘发生的主要原因。本组经胃镜证实有8例（42.1%）吻合口瘘发生在胃的小弯侧，有3例胸胃瘘发生在胃底部（50%）。这说明吻合口的组织张力是造成吻合口瘘的重要原因，而胃游离后胃底部血液供给减少则是发生胸胃瘘的重要原因。这已为以往的研究所证实[2]。

吻合口瘘与胸胃瘘的发生与围手术期的处理也有很密切的关系。肿瘤性恶病质常常表现为贫血、营养不良、低蛋白血症及代谢紊乱。该类病人术后组织愈合能力差，易继发感染，加之吻合口周围缝线等异物的影响，容易形成小脓肿，进而导致瘘的发生。因此，术前应当尽量纠正贫血和负氮平衡，积极治疗胃原发疾病；术中尽量避免手术污染，彻底冲洗；术后加强管理，保持胃肠减压及胸腔闭式引流的通畅，这些对预防瘘的发生是相当有益的。

3.2 胸内瘘的处理

胸内吻合口瘘和胸胃瘘一经诊断，应立即予以禁食、胃肠减压、通畅引流、控制感染和营养支持。对于是否行二次开胸手术历来存在争议。有作者主张积极行二次开胸手术[3-5]，认为保守治疗仅适用于那些瘘口小且发生时间较晚的胸内吻合口瘘，大部分吻合口瘘原则上均应行及时、早期手术治疗，重建吻合口。本文认为其在实施的过程中存在相当的难度，主要原因如下：①早期小瘘难以判断。一方面，因为胃肠减压的关系导致早期胃液漏出少，通过胸液难以观察；另一方面，发热、气促、心率快等胸内瘘的症状相对术后的一般表现来说并不特异，待症状明显后病人往往已失去早期手术的时机。②发生胸内瘘的病人大部分存在明显的营养不良、低蛋白血症和脓毒血症，对再次开胸手术的耐受性较差。③大多数的吻合口瘘为中晚期瘘（术后病程大于6 d），二次开胸局部组织水肿、粘连较重，再次修补或重建吻合口后容易发生再瘘。

在本组病人中，保守治疗的死亡率为26.3%，二次开胸手术的死亡率为33.3%，两者无显著差异。因此，无论从病人的切身利益，还是从医生的责任风险来看，本文认为保守治疗是处理胸内吻合口瘘及胸胃瘘的主要方法。从不同的时间段来看，甲组与乙组中胸内瘘病人的死亡率分别为41.67%和15.38%（$P > 0.05$），虽然没有统计学意义，但从绝对数值上有了明显的降低。总结其经验，在乙组病人中除给予禁食、胃肠减压、胸腔闭式引流、控制感染等一般处理外，主要采取了以下措施：①早期予以全胃肠外营养（TPN），通过深静脉供给高价热卡，并积极补充血浆蛋白，间断输以红细胞以纠正负氮平衡，帮助病人安全度过急性期。②彻底通畅的引流。可放置多根引流管，并以抗生素水反复冲洗胸腔，尽量减轻病人的脓毒血症。③进入脓胸慢性期后，改行胃肠内营养（EN）。在胃镜引导下置入鼻胃肠（鼻空肠）管（早期行空肠造瘘），管饲能全力等营养要素。④对于胃镜证实的小吻合口瘘，使用医用OB胶进行封堵。对于二次开胸，本文认为其手术指征为：①早期（24～48 h内）确诊的胸内吻合口瘘和胸胃瘘。②胃镜等检查证实吻合口完全脱离或瘘口哆开较大（大于2.0 cm），估计难以自行愈合者。同时，二次开胸的手术原则应以瘘口切除、吻合口重建为首选，瘘口修补即使加以带蒂肌瓣和大网膜包埋等处理，还是容易发生再瘘，应当慎重。另外，对于术中处理较为困难的病人，可行颈部食管残端外置造口，待全身情况改善后行延期手术。

[参考文献]

[1] 顾恺时. 胸心外科手术学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1996. 453－481.

[2] Ikeda Y, Niimi M, Kan S, et al. Clinical significance of tissue blood flow during esophagectomy by laser Doppler flowmetry[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2001, 122(6): 1101－1106.

[3] 张大为，黄国俊，张汝刚. 食管（贲门）癌切除术后胸内吻合口瘘二次开胸7例经验[J]. 中华肿瘤杂志，1980，2(3)：31－32.

[4] 孙长恩，周世民，李家成，等. 胸内食管胃吻合口瘘的再手术治疗[J]. 中华外科杂志，1985，23(2)：95－96.

[5] 赵雍凡，杨俊杰，伍 伫，等. 食管插入吻合法在处理吻合口再瘘中的应用[J]. 中华胸心血管外科杂志，1996，12(4)：242－243.

（编辑：雷 艳）