个案与短篇 文章编号:0253-3626(2010)03-0476-02

食管癌术后心律失常 235 例临床分析

母存富,向家勇,张文林,杨晋平
(四川省广元市第一人民医院胸心外科,广元 628017)

【中国图书分类法分类号】R655.4;R541.7 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-07-15

我院 1998 年 1 月至 2007 年 12 月共施行食管癌切除术 1166 例,所有患者术后均行 48 h 心电监测,共发生心律失常 235 例。现结合本组患者的临床资料,总结食管癌切除术后心律失常的预防和治疗方法。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组不包括术前存在心律失常而术后仍为相同类型心律失常病例。本组共 235 例,男性 128 例,女性 107 例。年龄 40~78 岁,中位年龄 62.5 岁。60 岁以上老年病例 186 例,占 79.1%。食管上段癌 33 例,食管中段癌 165 例,食管下段癌 37 例。合并慢性阻塞性肺病(Chronic obstructive pulmonary disease,COPD)68 例,低钾血症 35 例,高血压 52 例,心电图缺血性 ST 段改变 80 例。

1.2 治疗方法

本组病例均施行食管癌切除、食管胃或食管结肠吻合术,其中颈部吻合术 38 例,主动脉弓上吻合术 173 例,主动脉弓下吻合术 24 例。术后使用镇痛泵持续硬膜外镇痛 150 例,血小板低于 6×10^9 个 /L 禁忌使用。术后连续吸氧 3 d,吸氧流量 4~6 L/min。术后第 1 d 复查血常规,术后第 2 d 复查电解质。术后常规心电监测 48 h,发生心律失常时行 12 导联心电图分析确定心律失常类型。根据心律失常不同类型选用相应药物或电击复律,常用药物有利多卡因、乙胺碘呋酮、西地兰、山莨菪碱等。

作者介绍:母存富(1975-),男,副主任医师,
研究方向:心胸外科。

2 结 果

同期食管癌切除术 1 166 例,发生心律失常 235 例,发生率 20.2%。出现心律失常时间:手术后 24 h 内 192 例,占 81.7%(192/235),术后 48 h 内 218 例,占 92.8%(218/235),48 h 以后仅占 8.2%(17/235)。心律失常类型:窦性心动过速 156 例,窦性心动过缓 32 例,房性及交界性早搏 65 例,室性早搏 48 例,心房纤颤 21 例,阵发性室上性心动过速 15 例,室颤 3 例。其中快速性心律失常最多见,占 91.5%(215/235)。本组 1 例死于室颤,2 例死于急性呼吸衰竭,其余 232 例经治疗出

环边缘约 5 cm 且不能卷曲,不能让聚丙烯面接触到腹腔脏器,否则可能导致肠粘连、肠瘘等严重并发症。(5)1 例术后渗血量大且持续时间长,考虑与术前治疗下肢深静脉血栓使用抗凝药物有关,建议对术前有使用抗凝药物者应停药 1 周以上,手术创伤大者最好能停药 2 周以上。(6)常规放置引流管并保持通畅,引流管拔除时间应根据引流量多少而定,24 小时引流量连续 3 d 少于 10 ml 方可拔管,拔除过早可能导致血肿或血清肿。(7)合理选择修补材料和修补方法,认真重视围手术期处理,充分的术前准备,是手术成功的保障。

参 考 文 献

[1] Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional[J]. Lancert, 2003, 362(9395): 1561-1571.

[2] Uyen B, Gina L, Richarad W, et al.Laparoscopic Incisional Hemia Repair: A Technical Advance[J]. Current Surgery, 2003, 60(3): 287-290.

[3] 中华医学会外科学会疝和腹壁外科学组. 腹部手术切口疝手术治疗方案(草案)[J].中华普通外科杂志, 2004, 19(2): 125.

[4] 郑民华, 毛志海.腹壁切口疝的腹腔镜修补术[J].临床外科杂志, 2005, 13(2): 119-121.

[5] 朱晓强, 龚鼎铨. 应用补片修补巨大腹壁切口疝 26 例报告[J].中国实用外科杂志, 2006, 26(6): 446-447.

[6] Robert J. 马颂章. 主译. Nyhus & Condon's Hemia[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005.335.

[7] 申英末, 陈 杰, 王振军, 等.疝修补材料的发展与新进展[J].中华疝和腹壁外科杂志, 2007, 1(1): 56-59.

[8] 孙久运, 冯寿全, 张晓东, 等.腹壁巨大切口疝修补术(改良 Rives-Stoppa 修补术)[J].中国现代手术学杂志, 2008, 12(4): 243-246.

[9] 田 文, 马 冰, 杜晓辉, 等.腹腔镜下腹壁巨大切口疝修补术的临床应用[J].中国普通外科杂志, 2007, 16(12): 1149-1151.

(责任编辑:关蕴良)

院前心电图检查无心律失常。

3 讨 论

食管癌多发生于中老年人，由于需要行食管癌切除、食管重建，手术切口长，剥离食管时需要打开整个后纵隔，游离胃、空肠或结肠时需切开膈肌或另行剖腹切口，手术时间多在 3 h 左右，加上术中切断迷走神经、对肺的牵拉挤压，术后疼痛、失血、缺氧等因素，往往术后并发症较多，并发症发生率 28%~36%，其中心律失常发生率在 3%~50%之间，平均 20%[1,2]，仅次于肺部并发症发生率。

去除诱因是防治心律失常的基础。①术前肺部合并症患者术后发生心律失常的可能性较术前无肺部合并症患者增大 3 倍[3]。手术前对于合并 COPD 的病例，严格戒烟、雾化吸入、指导行呼吸功能训练。对于长期进食困难、心电图提示心肌缺血患者，输用含钾、镁极化液 5~7 d。在受到手术创伤时，术中心肺压迫，肺通气功能降低，PaO_2 下降致使心肌氧的利用率降低，常会诱发心律失常或潜在心脏疾病的发生[4]。②在术后处理过程中，可按照“疼痛—缺氧—电解质紊乱—缺血、血容量不足”的思维模式逐步排查心律失常诱因。在术后 48 h 内，由于血浆中肾上腺素含量突然升高及低氧血症，使心肌的自律性、传导性及应激性增强从而诱发心律失常[5-7]。术后充分镇痛可以减轻疼痛所致的应激反应，病情允许时使用镇痛泵持续硬膜外镇痛，可选用盐酸吗啡、氟哌啶醇、左布比卡因等药物，1 次配用可维持镇痛 2~3 d。由于术前合并 COPD、术中机械性肺损伤、术后误吸等因素，通过围术期血气检测分析，发现术后 1~2 d PaO_2 最低，第 3 d 开始回升[5]。术后连续吸氧至少 48 h，可以改善低氧血症，减少心律失常发生。术前进食困难、术后创面渗出、胃肠减压均可导致低钾血症发生[8]。本组术后以低钾、低钠血症多见，在全静脉营养期间，每天输入氯化钠 9 g、氯化钾 4~6 g，可以达到预防作用，术后早期行肠内营养也可有效预防心律失常发生。术后失血量≥600 ml 是术后心律失常的重要因素[6]，如果术中麻醉控制不佳，血压高液体输入量少，会导致手术后血容量明显不足，则需输血治疗。因异体血的输入会降低自体免疫功能，故术中应尽可能减少失血。

年龄大小和吻合部位高低是不可改变因素，年龄越大、吻合口部位越高，术后心律失常发生率就越高[9]。高位吻合对胸腔骚扰较大，损伤广泛，胸胃占据胸腔，胸水渗出较多，迷走神经高位切断致使心交感丛兴奋性增强，加上弓上或颈部吻合术中对心肺的挤压，揉搓等均会成为心律失常的诱因[4]。本组中，60 岁以上病例占 79.1%(186/235)，主动脉弓上级颈部吻合病例占 89.8%(211/235)。对年龄大、吻合部位高的患者，应当引起足够重视，预防心律失常发生。

确定心律失常类型并早期药物干预是治疗心律失常的关键。从本组治疗过程中，总结经验如下：①多数窦性心动过速、房性早搏及交界性早搏可不予特殊处理，发作频繁、有明显症状者可使用镇痛剂、镇静剂和 β－受体阻滞剂。②频发性室性早搏，利多卡因 50~100 mg 静脉注射，可 5~10 min 重复使用。也可以选用乙胺碘呋酮。③快速型性律失常如快速房颤、室性心动过速，乙胺碘呋酮 150 mg 静脉注射，然后乙胺碘呋酮 360 mg 持续静脉滴注 6 h。该药作用机制广泛，除低血压副反应外，安全性良好。④缓慢型心律失常，可用阿托品 0.5~1.0 mg 肌肉或静脉注射。应用山莨菪碱更佳，不仅可提升心率，还能扩张血管，有助于改善微循环，促进组织生长与愈合。⑤发生室颤、心脏骤停时，立即心前区捶击、胸外心脏按压，同时静脉注射肾上腺素、阿托品等药物，待转为粗颤，则电击复律。电击 2~3 次无效时，使用乙胺碘呋酮 300 mg 静脉注射，之后以 1 mg/min 持续静滴 6 h[10]。

参 考 文 献

[1] 任光国，周允中.胸外科手术并发症的预防和治疗[M].北京：人民卫生出版社，2004，123-126.

[2] 张效公.高级医师案头丛书——胸外科学[M].北京：中国协和医科大学出版社，2001，343.

[3] 马合木提江·木合塔尔，伊力亚尔·夏合丁，张 铸，等.食管癌与贲门癌术后心律失常危险因素分析[J].新疆医科大学学报，2007，30(7)：709-710，713.

[4] 宋长山，张自显，张志民，等.食管癌、贲门癌开胸术后心律失常[J]. 肿瘤防治研究，2002，29(4)：286-287.

[5] 李 华，杨捷生，陈于平，等.食管癌贲门癌患者术后心律失常187 例临床分析[J].实用癌症杂志，2003，18(2)：193-194.

[6] 杨建平，张德荣，李 林.食管癌术后心律失常的临床分析[J].福建医科大学学报，2004，38(2)：199-201.

[7] 邓晓芳，王远东，徐 刚，等.食管癌术后心律失常危险因素的多因素分析[J].临床肿瘤学杂志，2006，11(9)：703-705.

[8] 陈民会，张全河，张震兴，等.食管癌术后并发心律失常的临床分析[J].中国肿瘤临床与康复，2004，11(4)：365.

[9] 聂 弘，孙 明，祝会斌.食管癌贲门癌患者术后心律失常原因探讨[J].解剖与临床，2004，9(2)：112-113.

[10] 何 庆.心肺复苏时心律紊乱的最新救治理念[J].四川医学，2007，28(3)：257-259.

(责任编辑：冉明会)