维普资讯 http://www.cqvip.com



文章编号:0253－3626(2004)04－0551－02

# 先天性食管闭锁的诊断及外科治疗

## (附 7 例报道)

吴 春，杨杰先，潘征夏

(重庆医科大学儿科学院胸心外科,重庆 400014)

先天性食管闭锁(congenital esophageal atresa, CEA)是一种严重的新生儿消化道畸形,自然死亡率极高。2001 年前我院尚无 1 例手术成功。随着现代围产医学和新生儿外科的发展,近年来 CEA 的手术成功率已大为提高。本文对我院两年来手术治疗的 7 例 CEA 病例进行总结分析,现报告如下。

### 1 临床资料

本组 7 例病儿,男 4 例,女 3 例,手术年龄 1～6 天,体重 2.5～3.4kg。Gross 分型,7 例均为Ⅲ型。Waterston's 分类,A 组 3 例,$B_2$ 组 4 例。临床表现为口吐白沫,哺乳呛咳,呼吸急促,唇周发绀,双肺湿罗音以及腹胀为本组病例的典型特点。置胃管行 X 线胸腹摄片,经胃管内注入稀钡 1～5ml 便可见食管盲端。

### 2 手术方法及结果

气管插管静脉复合麻醉下经左后外侧四肋间进胸,常规结扎切断奇静脉,剪开纵膈胸膜显露食管。游离上端食管至颈根部,下端食管游离后切断瘘管,电凝或石碳酸烧灼残端粘膜后缝扎瘘口。食管行端端吻合。术后呼吸机支持 12h～11 天。7 例患儿无住院死亡,1 例术后 1 周因出现溶血性核黄胆放弃治疗,其余 6 例痊愈出院。术后随访 1～18 月,6 例复查钡餐,3 例因吻合口轻度狭窄行食管扩张 1～3 次,另 4 例钡剂顺利通过,无明显返流,现均进食良好。

### 3 讨 论

#### 3.1 诊断及手术指征

CEA 围产期病死率为 66.7%,其中新生儿 7 天内死亡所占比例为 78.5%[1]。CEA 的临床表现主要是出生后早期出现呛咳,尤其在第一次进食水或奶后出现较为剧烈地呛咳,不同程度的紫绀、口吐泡沫、Ⅲ型腹胀显著。插入胃管 10～12cm 明显受阻,再继续下插常有胃管从口腔中返出现象。从胃管内注入少量稀钡剂或碘油造影可清晰显示食管盲端。腹部 X 线平片Ⅲ型胃肠道内有大量充气。CEA 中Ⅲ型占 86% 以上,Ⅲ型以上的病例在 Waterston's 分组中除合并严重心肺畸形不能一期手术外均应争取尽早作一期根治手术[2]。

#### 3.2 围术期处理

围术期处理尤其是术后的良好监护对提高术后存活率和减少术后并发症起到了至关重要的作用[3]。早期准确的诊断为手术治疗赢得时机;①保暖:新生儿体温调节功能差,及易发生硬肿症,严重者甚至导致死亡。因此,无论术前、术中、术后的保暖都是十分重要的。尤其在手术过程中应保持室温在 28℃左右,变温毯加热手术床。若在冬季,消毒液也应加热,以防对皮肤的过冷刺激。②减少误吸:经鼻放置胃管至食管盲端,持续低负压吸引,以防唾液返流或吸入气管而加重肺炎。③呼吸道管理:新生儿对手术打击的承受能力差,且术前常常合并有肺炎,因此术后的呼吸支持是十分重要的。本组术后全部采用了呼吸机辅助呼吸,呼吸频率 40 次/min,PEEP2cm$H_2O$。脱机时间 12h～11 天。其间应严密监测血气及电解质并及时纠正和补充。④循环管理:出生 24h 以内的患儿可不需补液,以后补液量早产儿 50ml/(kg.d)足月儿 70～100ml/(kg.d)。$B_2$ 组以上患儿因合并肺炎或有先天性心脏病,术后及易发生心衰应及时予以强心利尿处理。本组 1 例肺炎合并室缺患儿术后出现心衰,予以多巴胺,多巴酚丁胺 5～10ug/(kg.min)维持,同时予以利尿,心肌营养等治疗,1 周后心衰得以控制。⑤支持治疗:因患儿长间不能进食,机体处于负氮平衡状态,不利于术后康复,应及时予以调整。术前可输血浆 30～

作者介绍:吴 春(1963－ ),男,副教授,
主要研究方向:小儿心胸外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com



50ml,术后每日应补充复方氨基酸 25～50ml,间断补充血浆或白蛋白直至能顺利进食。

3.3 *后并发症的预防和处理*

3.3.1 呼吸系统 肺炎、肺不张是术后最常见的并发症,术后除呼吸机辅助呼吸外还应加强超声雾化,翻身拍背、吸痰等处理。经胸入路手术虽术野开阔便于操作,但对肺的直接牵拉和压迫常造成较多的肺部并发症[4]。胸膜外入路手术因胸膜保持完好,相对经胸入路对肺的影响较小,术后能保持较好的呼吸功能。马氏[5]报道经胸膜外入路手术,8 例存活患儿中仅 1 例术后用了呼吸机辅助呼吸。

3.2.2 吻合口瘘及食管气管瘘复发的防治 吻合口瘘是术后患儿死亡的主要原因。手术中充分游离食管两端,尽量减小吻合口张力是防治吻合口瘘的关键。但应注意下端食管不能游离太广泛,已防血供不足。若吻合口张力较大者,可将吻合口上下两端食管与纵膈胸膜作间断缝合固定数针,以减轻张力。若食管两断端间距 >2cm,游离后吻合口张力仍高,可采用 Livaditis 食管肌层环形切开延长食管。岳氏报道[6]在 CEA 术中采用上端食管 V 型食管瓣翻转缝合延长食管的方法也可值得借鉴。若发生吻合瘘应及时行胸腔闭式引流,同时加强抗感染及支持治疗。气管食管瘘的处理最好采取切断瘘管缝扎并烧灼残端粘膜。采用瘘管结扎食管端侧吻合的术式瘘管复发率较端端吻合的明显增高。[2]。若患儿术后出现哺乳呛咳、憋气、肺炎加重应考虑瘘管复发可能。钡餐检查确定瘘管复发者应再次手术。

3.3.3 吻合口狭窄的防治 手术中尽量扩大吻合口。近端食管因闭锁而扩张,吻合口较大。远端食则相对狭窄,在充分游离的基础上将远端食管前壁剪开约 0.5cm 后再行吻合,可有效防止吻合口狭窄。出院前常规钡餐检查,吻合小于 0.5cm 者应当行食管扩张。小婴儿食扩比较困难,有作者建议采用胃造瘘钢丝引线循坏式扩张[5]。本组 3 例术后 1 月采用萨式扩张器纲丝引导下扩张食管,效果良好。在扩张过程中因吻合口狭窄或有成角,钢丝引导可能受阻,我们采用 Stoz 新生儿硬式支气管镜直视下将引导钢丝穿过吻合口后扩张食管。此方法简单有效,不必行胃造瘘。

3.3.4 晚期并发症 胃食管返流是最主要晚期并发症。CEA 术后食管返流可能和手术损伤食管神经有关。也可能是由于食管自身结构或内外源性神经支配异常所致[7]。严重的胃食管返流需行胃底折叠手术。目前我们尚无这方面的经验,本组病例有待长期随访。

## 参 考 文 献


[1] 朱 军,周光萱,孙荣国,等.先天性食管闭锁围产期死亡的危险因素分析[J].中华小儿外科杂志,1997;18:325－327.

[2] 杨启政,陈 琦,王家祥,等.小儿先天性畸形学[M].河南医科大学出版社,1999;60－64.

[3] Holdre TM, Ashcraft KW. Developments in thecare of oesophageal atresia and trocheo－oesophaeal fistula[J]. Surg Clin Am, 1981;51:1051－1061.

[4] 张儒舫,谷兴琳,顾海涛,等.先天性食管闭锁的外科治疗[J].中华小儿外科杂志,2001;22:331－332.

[5] 马汝柏,叶蓁蓁,马继东,等.先天性食管闭锁 17 例治疗体会[J].中华小儿外科杂志,1997;18:76－78.

[6] 岳军正,姜立新,周致红,等.先天性食管闭锁术式改良[J].中华小儿外科杂志,1998;19:312.

[7] 潘伟华.先天性食管闭锁伴气管瘘基础研究进展[J].中华小儿外科杂志,2001;22:308－310.


(上接第 537 页)

## 参 考 文 献


[1] Dedivitis RA, Guimaraes AV, Machado PC, et al. Surgical treatment of the substemal goitre[J]. Int Surg, 1999;84(3):190－192.

[2] Torre G, Borgonovo G, Amato A, et al. Surgical management of substemal goitre: analysis of 237 patients[J]. Am Surg, 1995;61(9):826－831.

[3] Arici C, Dertsiz L, Altunbas H, et al. Operative management of substemal goitre[J]. Int Surg, 2001;86(4):220－224.

[4] 高禹舜,孟平均,张德超,等.胸内甲状腺肿的外科治疗[J].中国实用外科杂志,2002;22(1):53－54.

[5] 陆 地.胸内甲状腺的 CT 诊断[J].中外医用放射技术,1999;7(1):89－90.

[6] 田长承,吴孟然.甲状腺机能亢进伴合并症的外科处理[J].滨州医学院学报,2002;25(5):350－351.

[7] 王庆国,陈奎民,白永发.胸内甲状腺肿 32 例的外科治疗[J].中国普通外科杂志,2002;11(5):311－313.

[8] 张 彬,屠规益.胸骨后甲状腺肿物的手术处理[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1997;32(2):115－118.

[9] Hedayati N, McHenry CR. The clinical presentation and operative management of nodular and diffuse substemal thyroid disease[J]. Am Surg, 2002;68(3):245－251.