

## 食管癌、贲门癌术后胸内消化道瘘 9 例诊疗分析

Diagnosis and treatment of digestive tract fistula in thoracic cavity after resection of esophageal and gastric cardiac carcinoma: an experience with 9 cases

李建秋\*, 徐志飞, 乌立晖, 吴彬, 潘铁文, 赵学维, 钟镭, 薛磊, 秦雄

(第二军医大学长征医院胸心外科, 上海 200003)

**[摘要]** **目的:**总结 9 例食管癌、贲门癌术后胸内消化道瘘的诊疗经验。**方法:**2001 年 1 月至 2006 年 1 月共 612 例患者行食管癌、贲门癌切除加食管-胃或食管-空肠胸内吻合术, 术后 9 例患者经美蓝试验确诊发生胸内消化道瘘。其中, 2 例患者急诊行二次剖胸手术治疗, 其余 7 例采用保守治疗。所有患者均进行充分的脓腔、胃液引流, 持续的胸腔冲洗, 并采用肠内营养保证充足的营养支持。**结果:**胸内消化道瘘患者临床表现无特殊, B 超、X 线表现为术侧或双侧胸腔积液或液气胸, 确诊依赖于口服美蓝试验。胸内消化道瘘发生率为 1.47% (9/612), 其中吻合口瘘 6 例 (0.98%, 6/612), 胃壁瘘 3 例 (0.49%, 3/612)。9 例患者消化道瘘闭合时间 9~98 d, 平均 (38.9±5.6) d; 住院时间 24~196d, 平均 (79.1±8.2) d; 2 例二次开胸手术患者术后瘘口愈合时间以及住院时间均低于平均水平。9 例患者均临床治愈, 无死亡病例。**结论:**食管癌、贲门癌术后胸内消化道瘘一经确诊, 在严格掌握手术适应证的前提下, 提倡早期行二次开胸手术, 同时必须注意充分脓腔引流和适当胸腔冲洗, 并进行有效的营养支持, 可取得较为满意的临床疗效。

**[关键词]** 食管肿瘤; 胃肿瘤; 贲门; 吻合口瘘; 胃瘘

**[中图分类号]** R 735 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0258-879X(2006)12-1389-02

食管癌、贲门癌切除术后胸内消化道瘘会明显延迟患者切口愈合, 严重者甚至威胁生命。随着机械吻合技术在外科手术中的广泛应用, 其发生率已经逐渐降低, 但仍是目前较严重的术后并发症之一。本院自 2001 年 1 月至 2006 年 1 月共施行食管癌、贲门癌切除加食管-胃或食管-空肠胸内吻合术 612 例, 术后 9 例发生胸内消化道瘘, 采取各种措施积极治疗后, 取得较好疗效, 现报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 2001 年 1 月至 2006 年 1 月本院收治的 612 例食管癌、贲门癌患者, 男 496 例、女 116 例, 年龄 39~82 岁, 平均 (61.3±7.5) 岁。食管中、下段癌 352 例, 男 281 例、女 71 例, 术后经病理证实为食管鳞状细胞癌 349 例, 食管腺癌 3 例; 贲门癌 260 例, 男 215 例、女 45 例, 术后经病理证实均为贲门腺癌。手术治疗情况: 食管中段及中下交界处癌 (305 例), 采用经右胸、腹切口食管癌切除, 胃食管右胸顶吻合术; 食管下段癌 (47 例) 采用经左胸切口食管癌切除, 胃食管主动脉弓下吻合术; 贲门癌 (231 例) 采用经左胸近端胃次全切除, 残胃食管主动脉弓下吻合术; 贲门癌 (29 例) 采用左胸腹联合切口全胃切除, 空肠食管胸内吻合术。吻合均采用强生公司产消化道吻合器 (CDH25) 进行机械吻合; 胃残端闭合采用国产消化道闭合器或强生公司产消化道切割闭合器。

#### 1.2 术后胸内消化道瘘的诊断和处理

1.2.1 胸内消化道瘘的发生情况 612 例患者中 9 例发生消化道瘘, 发生率 1.47% (9/612)。年龄 56~72 岁, 平均 (60.2±6.5) 岁。男性 7 例, 女性 2 例。其中吻合口瘘 6 例 (0.98%, 6/612), 胃壁瘘 3 例 (0.49%, 3/612)。按病种分: 食管癌术后胸内消化道瘘 6 例 (1.70%, 6/352), 其中吻合口瘘 4 例, 胃壁瘘 2 例; 贲门癌术后 3 例 (1.15%, 3/260), 其中

吻合口瘘 2 例, 胃壁瘘 1 例, 均发生于残胃-食管吻合处。

1.2.2 消化道瘘患者的临床表现和实验室及器械检查 患者均出现体温升高、心率加快、呼吸急促等表现, 8 例患者发生突然发作的胸痛伴呼吸困难, 2 例出现持续性室上性心动过速, 1 例同时伴双侧下肺叶感染, 2 例表现为严重的呼吸困难, 2 例出现胸壁切口感染进而形成胸壁窦道。X 线胸片、B 超检查发现吻合口瘘和胃壁瘘均表现为术侧胸腔积液或液气胸 (其中 1 例表现为双侧胸腔积液)。9 例患者口服美蓝后胸腔引流管引流液或胸腔穿刺液均发现美蓝着色, 确诊存在胸内消化道瘘。其中 8 例经消化道口服泛影葡胺, 造影证实 6 例是吻合口瘘, 2 例为胃壁瘘; 1 例经纤维胃镜证实为胃壁瘘。消化道瘘确诊时间: 术后第 1 天确诊 1 例, 术后第 3 天 2 例, 术后第 5 天 2 例, 术后第 6、7、14、18 天各 1 例。

1.2.3 胸内消化道瘘的处理 确诊后根据 B 超、CT 检查明确胸腔内脓腔的部位和大小, 并根据动态 X 线胸片了解其变化情况, 1 例在床旁应用纤维胆道镜行脓腔检查。2 例患者分别于确诊当日 (初次手术后第 1 天、第 3 天) 行急诊二次剖胸手术, 术中行胸腔清洗、吻合口修补、胸腔引流, 同时行空肠造瘘术, 术后持续胸腔内冲洗引流、肠内营养; 其余 7 例患者未行 2 次手术, 采用保守治疗。9 例患者的非手术治疗措施包括: (1) 胸腔引流及胸腔冲洗。常规采用术中放置的胸腔引流, 引流不畅或脓腔分隔者重置胸管或在 B 超、CT 引导下放置细引流管进行引流冲洗。9 例患者均以生理盐水持续或间断冲洗, 其中 2 例患者同时经口服冲洗, 冲洗量根据引流效果、瘘口大小、脓腔大小而定, 每日冲洗量最高者达 100 000 ml。(2) 营养支持。病程早期一般采用深静脉营养,

**[作者简介]** 李建秋, 副教授, 副主任医师。

\* Corresponding author. E-mail: lj2505@yahoo.com.cn

并根据患者病情予血浆、白蛋白等;预计营养支持时间较长者,改用肠内营养,7例患者采用空肠造瘘进行肠内营养(2例在术中预置了空肠造瘘管),3例患者经胃镜置三腔空肠胃营养管(购自华瑞公司)进行肠内营养(其中1例因营养液反流至胃壁瘘口溢出而改行空肠造瘘术)。(3)胃液引流。9例患者早期均经鼻胃管引流,2例延用至瘘口愈合,3例采用三腔空肠胃营养管引流,4例在空肠造瘘同时在空肠造瘘口近侧置入胃引流管,逆插入胃,引流胃液,同时拔除经鼻胃引流管。

1.3 综合治疗后疗效分析和随访结果 9例患者均临床治愈,无死亡病例。消化道瘘闭合时间9~98 d,平均(38.9±5.6) d;住院时间24~196 d,平均(79.1±8.2) d;2例二次开胸患者,术后瘘口愈合时间分别为27 d和33 d,术后48 d和62 d时痊愈出院,均低于平均水平。6例痊愈出院;2例出院时胸壁窦道未愈,出院后继续换药,分别于出院后46 d和62 d愈合;1例住院时间最长者,瘘口虽愈合,但并发吻合口严重狭窄,家属放弃治疗,自动出院。

## 2 讨论

食管癌、贲门癌切除术后胸内消化道瘘主要包括吻合口瘘和胃壁瘘两类。胸内吻合口瘘目前仍是食管癌、贲门癌切除术后较严重的并发症之一<sup>[1,2]</sup>,国内报道<sup>[3,4]</sup>其发生率在1%左右。本组患者胸内消化道瘘的发生率为1.47%,吻合口瘘的发生率为0.98%,与以往报道类似。本研究还发现3例术后胃壁瘘患者,发生率为0.49%,国内鲜见报道,可能是由于临床医师将其列归入“吻合口瘘”的范畴。胃壁瘘主要发生在胃壁和胃残端,可能与手术中胃壁损伤、胃残端关闭时过分挤压、术后胃引流不畅、术后应激反应、胃酸过多等因素有关。

2.1 术后胸内消化道瘘的诊断 术后胸内消化道瘘一般无特殊症状,由于继发感染一般表现发热、呼吸困难等症状,局部可出现胸痛,也有患者感染征象不很明显,仅仅出现持续的室上性心动过速,本组2例患者即以此为突现表现。因此,对于术后早期出现持续室上性心动过速患者,在排除其他因素后,应考虑到胸内消化道瘘的可能。术后X线胸片、B超检查无特殊,一般表现为术侧或双侧胸腔积液或液气胸,但无法确诊。此类患者的确诊一般依赖于口服美蓝试验,患者口服美蓝后胸腔引流管引流液或胸腔穿刺抽出液见美蓝着色,即可确诊胸内消化道瘘。本组9例患者均采用此方法确诊。

2.2 术后胸内消化道瘘的处理 经美蓝试验确诊胸内消化道瘘后一般采用消化道造影或胃镜检查明确是吻合口瘘还是胃壁瘘,并应用B超、CT检查确定脓腔的部位、大小以及是否有分隔等指标,以提高诊断的准确性。

2.2.1 再次开胸手术 国内有学者<sup>[5,6]</sup>认为胸内消化道瘘患者应在确诊后6~48 h内行二次开胸手术,清洗脓腔,以大网膜修补瘘口,充分进行胸腔引流。本组2例二次开胸患者,术后瘘口愈合时间分别为27 d和33 d,术后48 d和62 d

时痊愈出院,均低于平均水平。此结果提示,胸内消化道瘘患者确诊后早期行再次开胸手术的临床疗效可能优于保守治疗,在严格掌握适应证的情况下可提倡早期行再次开胸手术。但本研究例数较少,不能很好地说明再次手术治疗的优缺点,有待进一步行大样本资料分析。

2.2.2 非手术治疗 胸内消化道瘘患者局部常产生积液继发感染,长期消耗和营养物质遗失易导致营养不良,必须进行充分的引流和营养支持。引流包括脓腔引流和胃内消化液引流。随着疾病的发展,部分患者会发生脓腔分隔,此时可在B超或CT引导下置管引流,也可考虑将纤维胃镜、气管镜应用于脓腔的检查和脓液的引流。本组1例患者应用纤维胆道镜行脓腔检查,取得较好效果。消化液的引流主要是经鼻胃管引流,考虑到大多数患者需时较长,本组4例患者行空肠造瘘术同时在空肠造瘘口近侧置入胃引流管,逆插入胃引流胃液<sup>[7]</sup>,取得满意效果。此外,冲洗治疗对胸内消化道瘘的预后有很大的影响。本研究采用以往研究<sup>[8]</sup>的经验,对所有病例自诊断明确后均采用冲洗治疗,一直延续到消化道瘘闭合,脓腔愈合。

营养支持对胸内消化道瘘的治疗至关重要,应尽可能应用肠内营养。本组9例均采用肠内营养取得满意效果。肠内营养有多种方式,通常主要采用空肠造瘘方式,应用三腔空肠胃营养管可起到肠内营养和引流胃液的双重作用,可尝试使用。本组有3例患者应用三腔空肠胃营养管进行肠内营养取得较满意的效果。

总之,胸内消化道瘘是食管癌、贲门癌切除术后严重并发症,重在预防,避免各种诱发因素,一旦发生应及时诊断,早期治疗。在严格掌握适应证,患者身体状况允许的情况下,可考虑早期行二次开胸手术治疗,同时也必须遵循“充分引流、有效营养、及时冲洗”原则。

## [参考文献]

- [1] Alanezi K, Urschel JD. Mortality secondary to esophageal anastomotic leak[J]. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 2004, 10: 71-75.
- [2] Page RD, Shackcloth MJ, Russell GN, et al. Surgical treatment of anastomotic leaks after oesophagectomy[J]. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2005, 27: 337-343.
- [3] 张国良,刘军,李剑锋,等.食管胃器械吻合口并发症的防范措施[J]. *中华医学杂志*, 2005, 85: 593-594.
- [4] 张辅贤,单根法,隆桂麟,等.管状吻合器在食管外科中的应用[J]. *上海第二医科大学学报*, 2003, 23: 264-266.
- [5] 张继倬,谢亦山,张光亮,等.食管癌术后吻合口瘘的治疗方法分析[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2001, 8: 122-123.
- [6] 刘荣幸.食管、贲门癌术后胸胃漏的诊治体会[J]. *现代医药卫生*, 2003, 19: 161.
- [7] 李建秋,孙耀昌,答作为,等.经空肠逆插胃管胃液引流在食管外科中的应用[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 1996, 3: 63-64.
- [8] 李建秋,孙耀昌,答作为,等.冲洗疗法治疗食管术后脓胸[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 1996, 3: 79-81.

[收稿日期] 2006-08-09

[修回日期] 2006-12-04

[本文编辑] 贾泽军