

食管颈部外置引流在食管术后严重胸内吻合口瘘中的应用

Application of Esophageal Diversion with Cervical Esophagostomy in Patients of Severe Intrathoracic Anastomotic Leak After Esophagectomy // WANG Huijuan, ZHANG Yan-shan, ZHANG Yingguo, et al

王慧娟, 张雁山, 张英国, 刘文林, 刘国伟, 李超, 丁万盛, 王吉红, 马海涛
(甘肃省武威肿瘤医院, 甘肃 武威 733000)

摘要: [目的] 总结食管胃吻合口瘘患者, 采用食管颈部外置引流的方法的临床实践经验。[方法] 4例食管切除胸内胃食管吻合术后发生严重的胸内吻合口瘘, 保守治疗无效, 患者出现感染中毒症状危及生命, 行原切口开胸残胃回纳腹腔旷置, 近端食管拉出颈部外引流, 胸腔清除脓苔及坏死组织, 改善引流, 胃或空肠放置造瘘管作为术后肠内营养通道, 待炎症消退后, 再行胃或结肠经胸骨后通道上拉至颈部与食管吻合重建消化道。[结果] 4例患者通过食管颈部外置引流手术, 胸内炎症消退, 感染中毒症状得到控制, 其中3例再行二期胃或结肠胸骨后上拉至颈部与食管吻合, 1例仅行食管颈部外置引流。4例患者的生命均得以挽救。[结论] 颈部食管外引流使胸腔感染得到控制, 为二期手术创造了机会。

关键词: 食管切除术; 胸内吻合口瘘; 颈部; 食管外引流

中图分类号: R735.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1671-170X(2018)01-0067-03

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2018.01.B015

胸内食管胃吻合口瘘目前仍是食管切除、重建术后的严重并发症及常见围手术期死亡原因之一, 尽管手术技术和围手术期管理不断进步, 其发生率依然高达3%~25%^[1]。食管胃吻合口瘘一旦发生, 消化液甚至食物可经瘘口进入胸腔, 形成腐败性脓气胸, 造成严重的局部和全身感染, 如诊断不及时或处理不当, 常导致多器官功能衰竭甚至死亡。2005年11月至2017年1月, 本组共有4例食管切除术后发生严重胸内吻合口瘘, 保守治疗难以奏效, 患者生命垂危, 故果断采用食管颈部外置引流术使患者脱离危险, 其中3例再行二期胃或结肠胸骨后上拉至颈部与食管吻合, 1例不愿接受二期手术, 4例患者的生命均得以挽救。

1 临床资料

病例一: 男性, 58岁, 因进食不畅在我院诊断为食管癌, 于2016年7月25日在全麻下行右胸、上腹正中两切口食管癌根治术, 术程顺利, 术后第三天出

现发热, 胸腔引流管引流液增多, 从每天约500ml逐日增加至每天达1500ml, 引流液颜色逐渐由淡红色清亮转变为褐色浑浊伴有恶臭, 并有气泡, 至术后第9天患者体温达40.2℃, 术后第10天行电子胃镜检查发现大片胃壁坏死, 患者出现中毒性休克, 遂于2016年8月5日急诊行开胸探查发现近吻合口端胃部分坏死, 坏死带宽约4cm, 胸腔大量脓苔, 清除脓苔及周围坏死组织, 发现食管胃无法一期吻合修复, 遂行坏死胃部分切除, 将胃还纳于腹腔旷置, 改善胸腔引流, 近端食管自颈部引至皮下, 空肠造瘘。术后呼吸机辅助呼吸+连续肾脏替代疗法(CRRT)+泰能+胸腔冲洗, 患者高烧昏迷达48h, 之后炎症逐步得到控制, 于术后第7天开始空肠造瘘管内肠内营养, 于二次手术后48d, 2016年10月8日再次在全麻下行经上腹正中、左颈部二切口、经胸骨后结肠代食管, 重建消化道连续性, 术程顺利, 术后给予抗炎及营养支持治疗。本例患者结肠采用逆蠕动, 术后多次检查无口臭等症状。

病例二: 男性, 63岁, 食管中段癌患者, 于2005年11月26日行经左胸食管癌切除, 胃代食管胸顶吻合术, 术后患者出现发热, 胸腔引流管引流液增多并浑浊伴有气泡, 术后第7天碘油造影见碘油全部

通讯作者: 张雁山, 副院长, 主任医师, 博士; 甘肃省武威肿瘤医院, 甘肃省武威市凉州区海藏路卫生巷31号(733000); E-mail: 13830510999@136.com

收稿日期: 2017-10-18; **修回日期:** 2017-11-14

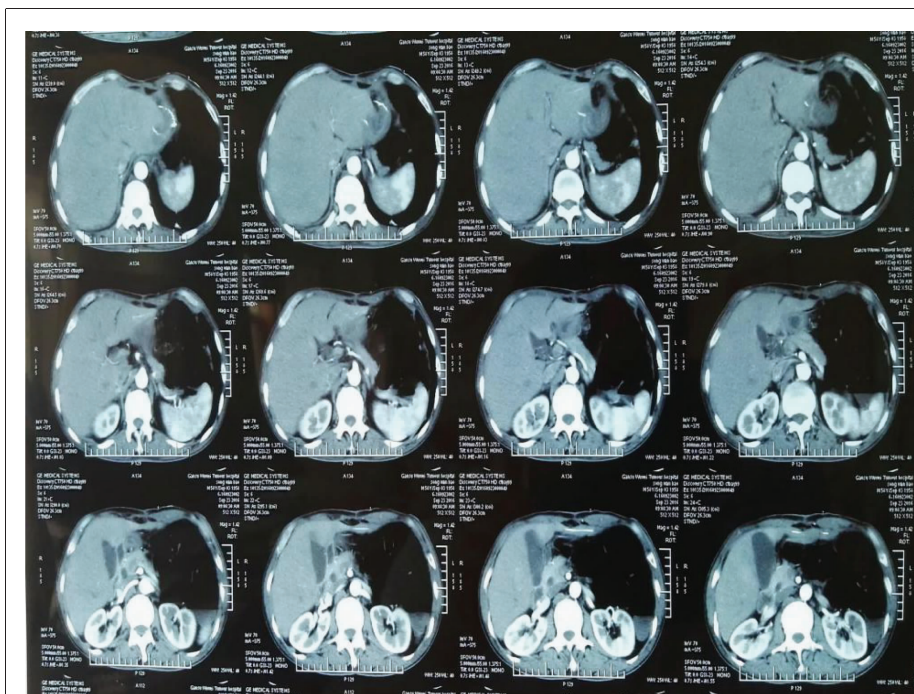


Figure 1 1 month after the operation of esophageal diversion with cervical esophagostomy(the exclusive stomach next to liver)

进入胸腔并从胸管引出,只有约 10%的碘油进入胃内,胸管引流通畅,反复观察及会诊认为吻合口瘘较大,遂于术后 14 天行开胸探查,见吻合口全周近 2/3 裂开,将胃吻合口用直线切割吻合器闭合后回纳腹腔,食管自颈部外置,腹腔胃造瘘术,本例患者胸腔感染很快得到控制。胃造瘘口于第 5 天开始肠内营养,于二次手术后 16 天行再次手术将胃自胸骨后代食管颈部吻合重建消化道连续性,术后患者恢复佳。

病例三:男性,39 岁,于 2008 年 8 月因大量喝啤酒呕吐后自发食管破裂,在外院经右胸及上腹正中切口行两切口食管切除右胸顶胃食管吻合术,术后发生吻合口瘘、胸腔感染、切口感染等,术后 16 天转入我院,转入我院后经碘油造影见全部碘油进入胸腔,考虑吻合口瘘较大,保守治疗无法治愈,遂行二次手术,术中见胸内吻合口全脱开,脓胸清理,改善引流,将胃还纳腹腔,食管颈部外置,术后患者缓慢恢复,二月后再次行手术发现胃不能上提至颈部,遂行结肠胸骨后代食管术。

病例四:男性,59 岁,食管中段癌患者,于 2010 年 11 月 26 日行经左胸食管癌切除,胃代食管胸顶吻合术,术后吻合口瘘,口服碘油 X 线造影,见碘油

全部进入胸腔,未见胃显影,遂于术后第 8 天经原切口进胸探查,可见吻合口全周 2/3 裂开,将胃吻合口闭合后回纳腹腔,食管自颈部外置,空肠造瘘术,本例患者术后恢复佳,但患者拒绝接受重建食管手术,长期约每半年更换空肠造瘘管。

2 讨论

食管吻合口瘘(esophageal anastomotic leakage, EAL) 是食管切除、食管重建术后的严重并发症之一,是术后死亡和影响生存质量的重要因素^[2]。

大部分胸内 EAL 的治疗仍然是保守治疗,充分引流、空肠造瘘、肠内肠外营养、

支架置入等常用的办法^[3],但对于严重的胸内吻合口瘘,以上办法往往无法奏效,最后导致患者死亡。

全组 4 例患者都有较严重的全身中毒症状,体温多在 39℃ 以上,脉搏增快、细弱无力,呼吸急促且伴有水电解质紊乱;3 例伴中毒性症状,大量消化液、空气进入胸腔,造成难以控制的胸腔感染和气胸,经口碘油造影见全部或近全部碘油自瘘口流至胸腔,吻合口裂开超过一半以上,保守治疗效果不佳是该手术的适应证。本组患者首次手术后出现胸腔闭式引流持续引流量大,引流量每日 1000~2500ml,引流液为褐色甚者墨绿色,伴有恶臭混浊液体,患者在行抗休克治疗同时剖胸探查,二次手术均经原切口进胸,分离黏连,吸净消化液、脓液,清除脓苔及坏死组织,反复冲洗胸腔。因感染中毒症状较重,一期食管胃吻合恐再次发生瘘,故将原食管胃吻合部位食管和胃完全分离,向胸顶游离食管,并自颈部切口将食管拉出,残胃线型吻合器闭合后还纳腹腔,行腹腔胃或空肠造瘘以便肠外营养,待病人胸腔感染控制,恢复正氮平衡后再行二期手术重建食管,4 例病人中有 2 例以结肠代食管,1 例以胃代食管。3 例患者均选用结肠或胃经胸骨后通道上拉至颈部与颈段

食管吻合重建消化道连续性,一是避免了再次开胸,二是胸骨后通道往往受之前胸腔感染的影响小,手术比较容易。

对于胃或空肠的造瘘来说,本组的手术经验是最好经胃造瘘,术后视感染中毒症状等具体情况,术后5~7天尽早开始肠营养,本组第一例患者采用空肠造瘘,仅仅48天后行再次手术,胃废用性萎缩严重,已无法提至颈部,只能选用结肠代食管,胃还纳入腹腔的位置最好放下一点,尽量远离膈肌,以免二次手术时胃与膈肌及肝左叶粘连严重,分离困难,造成手术难度增大。因为代食管的器官术前不能完全确定,故术前应做结肠的肠道准备,并最好做结肠钡灌肠造影,结肠镜甚至结肠血管造影以确定结肠的情况,移植段结肠应以血管蒂不受牵拉过紧为原则,不必过分强调按结肠顺蠕动或逆蠕动方向进行吻合^[4]。颈部的外置食管应与皮下组织缝合,否则会形成皮肤切口不断愈合收紧使食管出口狭窄。

本手术进行时往往患者炎症反应较重,手术操作应相对简单,术后应在ICU强化治疗,如胸腔冲洗、广谱抗菌素、CRRT等技术的综合应用。再次手术重建食管我们选择了胸骨后通道重建食管,因不需要开胸,手术操作简单,且患者耐受性较好。

重建消化道连续性的手术时机的选择尚有待探讨,因为前次手术炎症的消退情况各不相同,其次,前面的两次手术已对患者造成了很大的痛苦,患者的接受程度也是问题,如果再次手术距离前次手术时间太长,则有可能腹腔黏连及胃的萎缩比较严重,往往不能上拉至颈部,这时候管形胃的制作就需要更加注意,以使胃尽可能拉长,我们认为术后患者感染控制、生命体征完全恢复正常,重新达到正氮平衡情况下,应在术后1~2个月内尽早手术;术中如果胃无法拉至颈部,则只能用结肠间置,所以手术前应尽可能行结肠镜、结肠造影甚至结肠血管造影以便确认结肠的情况。

Johnson曾于1956报道过在食管自发性破裂患

者的治疗中曾应用过食管旷置引流技术^[5],与此处理方法有些共同点,另外也有用旷置食管修补气管食管瘘^[6],但在食管癌术后发生严重胸内吻合口瘘的患者中应用的报道尚很少见,通过临床实践,我们认为食管颈部外置引流在食管癌术后发生严重胸内吻合口瘘的患者,具有较强的实用价值,为挽救患者的生命提供了一种行之有效的方法。

参考文献:

- [1] Zhang H,Zhang YC,Liu LJ. The relations between cervical esophageal pressure difference with the formation of cervical anastomotic leakage[J]. Chinese Journal of Clinical Thoracic and Cardiovascular Surgery,2017,24(8): 630-634.[张哈,张耀超,柳立军. 颈段食管压力差与颈部吻合口瘘形成的关系[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2017,24(8): 630-634.]
- [2] Whooley BP, Law S, Alexandrou A, et al. Critical appraisal of the significance of intrathoracic anastomotic leakage after esophagectomy for cancer[J]. Am J Surg,2001,181(3):198-203.
- [3] Shui Q, Qi H. Progress in prevention and treatment of anastomotic leakage after esophageal cancer surgery[J]. Chin J Clinicians(Electronic Edition),2012,6(20):6438-6439.[水清,齐海. 食管癌术后吻合口瘘防治进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2012,6(20):6438-6439.]
- [4] Shi JX, Gao CX, Qin Y, et al. Clinical application of transverse colon interposition for esophageal replacement [J]. Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery,2003,6(4): 235-237.[施建新,高成新,秦元,等.胃大部切除术后胸内横结肠间置的临床应用[J]. 中华胃肠外科杂志,2003,6(4):235-237.]
- [5] Johnson J, Schwegmann C, Kirby C. Esophageal exclusion for persistent fistula following spontaneous rupture of the esophagus[J]. J Thorac Surg,1956,32(6):827-832.
- [6] Li SQ, Wang Z, Liang F, etc. Exclusion of esophagus in esophagus-tracheal fistula in 1 case[J]. Chin J Thorac Cardiovasc Surg,2005,21(2):120.[李仕全,王志,梁风,等.旷置残段食管修补食管-气管瘘1例[J].中华胸心血管外科杂志,2005,21(2):120.]