

成人先天性食管与支气管瘘治疗体会(附4例报告)

李福昌

(黑龙江省大庆市第二医院外科 163461)

中图分类号: R571 文献标识码: D

食管先天性畸形,多伴有食管与气管瘘,这是因为食管与气管在胎生时共同生自原始前肠,以后自两侧向内生嵴,至5-6周时二者完全分开,各自发育成食管和气管。倘若分化不全,则发生食管闭锁或食管与气管支气管畸形,所以先天性食管气管畸形多数是并存的。

食管先天性畸形在解剖上如果是食管通路完全中断,同时于其中断的远近端不论气管或支气管相通或不通,即为婴儿型。假如食管不发生中断,食管通路正常,仅二者之间有一或细或粗,或长或短的通路,不论是通向气管还是支气管,则形成先天性食管气管或支气管瘘。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共4例,男女各2例,为23-50岁成年人。主要临床表现:饮食时往往引起呛咳,并与食物性状有关,偶尔咳出混有食物的痰液,肺内反复感染,久治不愈。以出现临床症状时计算,其病史最短者三年余,最长者十年余,然而由于二者间瘘管口径大小不同,出现症状时间可早可晚。

本组病例入院前均未明确诊断,多以肺炎、肺脓肿、支气管扩张和先天性支气管囊肿误诊误治。虽经抗炎治疗只能缓解症状却不能根治,其中,术前经碘油造影确诊1例,术中确诊1例,于术中证实一肌性管连于食管气管之间,术后确诊2例,均于胸腔引流物中出现食物残渣。

1.2 病例介绍

例1女,33岁。常年咳嗽,间断发烧,咳大最脓痰,时有咳血达十五年。近十年来上述症状加重,进食时偶有呛咳,咯出混有食物残渣的痰液。体弱消瘦,营养不良。右侧胸廓内陷,弹性差,肋间窄,叩浊音,闻及干湿性罗音及管状呼吸音,左肺湿性罗音。X线:右肺中下野呈囊泡状影,无液面,诊断先天性支气管肺囊肿,继发感染。全麻下手术治疗。术中处理右肺门时,见一肌性条索,约长2.0cm,直径0.5cm,斜行并界于食管与右总支气管之间,支气管端位于右总支气管后侧之膜部,食管端位于食管中段侧后,靠近支气管端离断,证明其远端分别与食管和右总支气管相通,此时论断无疑。切除右全肺,常规修补食管瘘。术后三周治愈。

例2男,51岁。自幼起病,反复咳嗽,黄痰伴发烧,间断咳血,最大量约500ml左右。二十多年来上述症状加重,出现饮食时呛咳,并与体征有关。营养状况一般,贫血,呈慢性病容。左肺下野叩诊稍浊,呼吸音弱及中小水泡音。X线:左肺下野透过度低,呈蜂窝状影像。食管钡透:食道中段之下端与左下叶支气管相通,钡柱长2.0cm,直径0.5cm。诊断:食管与支

气管瘘,左下叶支气管扩张,继发感染。全麻下施左下叶切除、食管瘘修补术。术中所见,左下叶实变,体积缩小,无囊性感,粘连明显,注意分离,于其后内侧见一肌性管道,界于食管与左下叶支气管之间,离断后其断端分别通向食道和支气管,施左下叶切除,常规食管瘘修补术,治愈。

例3女,32岁。反复咳嗽,咯黄痰,发烧十余年,加重一年余。术后询问病史,十余年来,偶尔进稀粥和饮水出现呛咳。消瘦贫血、营养欠佳。胸部右侧稍凹陷,中下野叩实音,呼吸音弱,闻及干性罗音。X线:右肺上野斑点状影,中下野见密度一致增高影,无液面,诊断 型肺结核,右下叶肺脓肿,右侧脓胸。全麻下施剖胸探查术。术中见胸膜肥厚,胸膜腔闭锁,炎性粘连明显,分离后未发现脓胸,见肺实变,表层纤维化,经试穿为黄色的脓汁。距肺表面较表浅,考虑为肺脓肿。当时由于炎性粘连严重,分离甚难,出血亦多,切除下叶困难。为了缓解全身中毒症状,改善机体状态,施肺引流术,术中清除脓汁和部分坏死组织。术后引流物中混有食物残渣。此时考虑食管与支气管瘘继发肺脓肿。后经食道钡透,显示食管中段有钡剂流入右侧支气管,瘘管长3.0cm,直径0.4cm,继而充盈脓腔,其高度在气管分叉下方4.0cm。术后以3个月闭式引流,引流量每日约10ml,非脓性,脓腔明显缩小,再次手术,见右下叶质地和膨胀尚可,其有一定的肺功能,所以在保留肺叶的情况下,单纯分离出食管支气管瘘,呈肌性管道连于食管中段上部,粗细长短与钡透符合,予以离断,常规修补食管瘘,术后继续保留肺引流,治愈。

例4男,45岁。反复咳嗽、咯痰、高烧,肺内感染三年余,病史中,进食和饮水有否呛咳不清,体质弱,明显消瘦。胸部对称,右下叶叩稍浊,呼吸音弱,可闻及湿性罗音。X线:右肺中下野透过度低,尤以下野为重,可见 $4 \times 4\text{cm}^2$ 范围的液气囊,腔壁较厚,边界炎性影明显。诊断右肺下叶肺脓肿。全麻下施右下叶切除术。术后一周胸膜腔感染,高烧不退,逐渐加重。施胸膜腔引流,引流液混有食物残渣,认为有食管支气管瘘存在,以食道钡透证实于食道中段有一长约3.0cm,直径0.3cm条状钡柱,与下叶支气管相通,引流液培养生长大肠杆菌,经抗炎治疗,病情未见好转,高烧不退,全身处于衰竭状态。在支持治疗的前提下,施局限性胸改术和胸壁开窗引流术,术后两个月治愈。

1.3 手术效果

全部病例均在控制感染和改善机体营养状态下,予以手术治疗,均得到治愈。一次手术治愈者1例,系术前诊断明确者;两次手术治愈者3例,其中1例术中明确诊断,系全肺切除修补食管瘘,术后出现食管胸膜瘘,二次胸改术治愈;另两例均于术后明确诊断,1例系右下叶切除,术后食管胸膜瘘,二次胸改术和胸壁开窗术治愈,1例肺脓肿引流术,术后发现食管胸膜瘘,二次单纯食管胸膜瘘修补术治愈。总之,其术式以复

合手术为多。施食管瘘或食管胸膜瘘修补 3 人次,肺叶切除 2 人次,全肺切除 1 人次,胸改术 2 人次,肺引流术 1 人次,胸壁开窗术 1 人次。

2 讨论

成人型先天性食管与气管瘘,如果重视呛咳,痰中混有食物,发烧,反复不愈的肺内感染,其诊断应该较易,但是由于该病发生率较少,临床经验和教训不多,加上重视不够,往往忽略其主要临床表现而被漏诊。本组病例,术前确诊的 1 例,术中确诊的 1 例,术后确诊的 2 例,此点与文献报导相仿。假如出现以上主症患者,应该行食管造影或食道镜检查,以利确诊,而提高术前诊断率。在有准备的情况下,常规修补食管瘘防止发生食管胸膜瘘,继发脓胸,以及避免接受二次手术的机率^[1]。

关于治疗,主要是手术时机和手术方式的选择。首先以纠正机体反应能力和营养状态,控制肺内感染的情况下,必须进行外科治疗。根据术前诊断是否明确,特别是疑似者,术中应注意探查和了解其食管与支气管瘘的形态,进行食管瘘之修补并以纵膈胸膜加强覆盖。根据肺部病变以及胸腔病变,看其轻重或可行性,可考虑以下几种术式:一是食管瘘单纯修补;二是肺切除和食管瘘修补,或附加胸改术,以保证疗效;三是肺内感染严重不得控制的病例,可先行肺引流,后行食管瘘修补术或二者同时进行,或先行肺引流术后再施肺切除和食管瘘修补术;四是胸膜腔感染,包括术后食管胸膜瘘继发脓肿的病例,胸膜腔引流后予以胸改术,肌肉瓣填塞术和胸壁开窗术,以确保疗效^[2]。

既然先天性食管与支气管瘘是胚胎发育异常的结果,那

么同时伴有呼吸系统的其它畸形也多,本组 4 例中有 2 例考虑先天性支气管肺囊肿和先天性支气管扩张症各 1 例,所以推测对呼吸系统先天性疾病,在接受外科治疗时必须注意肺门的处理,以利发现食管与支气管畸形并存,另外,左侧的较多,术中更应注意^[3,4]。

本组 4 例,其所以说是先天性的,是因为其中 3 例于术中发现。介于食管与支气管之间的肌性管道,而且经病理确诊,另外,通过显影剂检查,均呈管道样改变,长在 2.0–3.0cm,直径在 0.3–0.5cm 范围,此点应与后天性有所不同。再者,据报道左侧为多,同时伴有先天性呼吸系畸形,亦不应忽视。

一旦确诊,应根据肺部和胸膜腔的情况进行食道单纯修补术,或肺切除和食管瘘修补术,或行食管瘘和肺引流术,或肺切和食管瘘修补及胸改术,或胸壁开窗术,以保证疗效,治愈疾病之目的^[5–6]。

参考文献

- [1] 伍志光. 先天性食管闭锁合并远端气管食管瘘一例报告[J]. 耳鼻喉咽喉—头颈外科, 1994, 1: 54
- [2] 吕世明. 左下肺切除发生食管、支气管瘘 2 例原因分析及治疗体会[J]. 青海医药杂志, 1994, 6: 33
- [3] 周凤芝. 先天性食管气管瘘伴幽门肥厚一例[J]. 新生儿科杂志, 1994, 2: 75
- [4] 杨世祥. 后天性食管气管瘘一例[J]. 内蒙古医学杂志, 1994, 4: 230
- [5] 朱永宽, 李文彬. 食管气管瘘 1 例报告[J]. 中华消化内镜杂志, 1995, 2: 127
- [6] 徐万峰. 先天性食管闭锁—气管瘘合并十二指肠闭锁[J]. 中华放射学杂志, 1995, 5: 358

(上接第 54 页)

2.2 不良反应

本组仅有 2 例有一过性皮疹和 3 例出现胃肠道反应, 2 例低热, 经对症处理后可继续治疗。

3 讨论

肝脏是脂肪消化、吸收、贮存、氧化、分解的重要器官之一,脂肪肝是近年来常见的慢性病之一。它不是一个独立的疾病,可由多种疾病和病因引起的肝脏脂肪代谢障碍,脂类物质动态平衡失调,脂肪在肝组织内贮积,其贮积量超过肝重量的 5% 以上,即称为脂肪肝。最常见的原因有肥胖、糖尿病和酒精中毒。随着 B 超的普及,脂肪肝的发现率越来越高,尤其是严重脂肪肝,超声诊断率在 90% 以上,为诊断和治疗结果的判断提供了方便。利用 B 超观察肝脏大小、肝实质回声和肝内血管纹理结构是诊断脂肪肝的主要标准^[4]。

大多数脂肪肝患者无症状,但有肝功能异常。本文研究中肝功能异常占 100%,而有症状者仅占 21%,与文献报道相同^[5]。

有关治疗脂肪肝报道很多,经长期临床随访治疗的疗效均不太理想。硫普罗宁的化学结构为 N(2 巯基丙酰基)甘氨酸,是一种含游离巯基的甘氨酸衍生物,能抑制肝细胞线粒体过氧化脂质体形成,保护肝细胞膜,促进肝细胞的修复和再

生,参与肝细胞蛋白质、糖代谢、维持肝细胞内谷胱甘肽的含量,加速乙醇在体内的排泄,防止甘油三酯在体内积聚,改善肝脏脂肪代谢,从而达到治疗脂肪肝的目的。用硫普罗宁治疗各种病因所致的脂肪肝与对照组相比,前者有效率 88.1%,后者为 43.3%。硫普罗宁能降低 TG 及 ALT、AKP,与其它文献报道^[6]相符。硫普罗宁治疗中仅有 2 例有一过性皮疹、3 例胃肠道反应及 2 例低热,说明硫普罗宁降脂疗效好,副作用少。

临床研究表明硫普罗宁治疗脂肪肝是比较理想的药物,能有效的改善临床症状,明显降低谷丙转氨酶、碱性磷酸酶和血脂,保护肝细胞,副作用少,值得进一步验证。

参考文献

- [1] 覃后继,潘小炎,梁杨侦. 脂肪肝的超声诊断与分型研究[J]. 肝脏, 2003, 8: 642
- [2] 李文. 134 例中青年脂肪肝临床分析[J]. 肝脏, 2003, 8: 623
- [3] 钟建平,祝桂琅,章瑾,等. 脂肝净治疗脂肪肝的疗效观察[J]. 实用肝脏病杂志, 2004, 7(1): 38–404
- [4] 周永昌. 超声医学[M]. 第一版,北京:科学技术文献出版社, 1989: 598–5995
- [5] 张建,唐红敏,刘厚钰,等. 甘草甜素多相脂质体对非酒精性脂肪肝肝功能的影响[J]. 肝脏, 2003, 8: 30–326
- [6] 张琦,杨小平,张晓龙,等. 凯茜莱治疗非酒精性脂肪肝 146 例疗效观察[J]. 实用肝脏病杂志, 2004, 7(1): 42–43