

胃镜下扩张结合药物治疗食管胃吻合口狭窄的疗效观察*

朱成海

(涟水县人民医院消化内科,江苏 涟水 223400)

关键词:食管癌;贲门癌;吻合口狭窄;扩张;药物治疗

中图分类号:R562.1⁺1;R768.3

文献标识码:B

文章编号:1000-2065(2000)03-0207-02

我院自 1993 年 7 月以来用软质塑料探条治疗食管、贲门癌术后吻合口狭窄,同时结合抗反流药物及局部药物注射治疗,明显提高狭窄的治愈率,降低复发率,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 共 72 例,男 51 例,女 21 例。食管癌、贲门癌术后吻合口狭窄 54 例,胃癌全切食管空肠吻合术后狭窄 5 例,贲门失迟缓症术后 9 例,食管息肉、良性溃疡术后 4 例。所有患者术前均行 X 线钡餐摄片检查证实,重度狭窄(吻合口直径 ≤ 3 mm) 48 例,中度狭窄(3~5 mm) 18 例,轻度狭窄(≥ 6 mm) 6 例。72 例患者中吻合口距门齿 20 cm 以内者 42 例,20~35 cm 16 例,大于 35 cm 14 例。将以上病例随机分成 2 组,A 组 38 例,B 组 34 例。2 组病例在性别、年龄及狭窄程度等方面无明显差异。A 组病例单独行探条扩张治疗,B 组病例加用抗反流药物及局部药物注射治疗。

1.2 器械选择 上海三优机电公司生产的 SK-93 型探条器一套 6 支,顶端质软,由细渐粗,移行部长约 15 cm,总长 80 cm,外径分别为 0.3 cm、0.5 cm、0.8 cm、1.0 cm、1.2 cm、1.5 cm。

1.3 扩张方法 先观察 X 线片情况,了解狭窄长度、弯曲情况,再行胃镜检查,仔细观察吻合口情况,注意有无吻合口炎;同时测量吻合口距门齿距离,通

过活检口插入导引钢丝并渐进入吻合口,钢丝通过吻合口再进入 15~20 cm 即可。退镜保留导丝,根据吻合口狭窄程度选择相应的扩张探条,沿钢丝缓慢进入。注意扩张器进入深度,到达吻合口时至少再进入 15 cm 以上,若遇阻力较大可旋转向前,缓慢用力通过狭窄口,根据扩张时力度决定是否再继续增大探条进行扩张。最后留置探条约 15 min。

1.4 药物注射 探条扩张后,吻合口局部药物注射,用地塞米松 2.5 g/L,庆大霉素 4 000 万 U/L,糜蛋白酶 5 g/L 混悬液,每点 0.5 ml,分 4~6 处注射。

1.5 抗反流药物治疗 扩张后给予 H₂ 受体阻滞剂(全胃切除者除外)及胃肠动力药,疗程 4~6 周。

1.6 观察指标 扩张后胃镜进入情况;1 次扩张治愈率,2 次扩张治愈率,3 次扩张治愈率;平均扩张次数;平均扩张间隔时间;随访 1 a 复发率;并发症。

2 结果

2.1 扩张结果 所有病人通过 1~5 次扩张后狭窄均消除,扩张后胃镜能顺利通过吻合口,吻合口处可见少许渗血。药物局部注射后出血、疼痛明显减轻。从表 1 中可以看出药物治疗组 1 次扩张治愈率为 41.2%($P < 0.01$),2 次扩张治愈率为 38.2%($P < 0.05$),均明显高于单独扩张组;同时平均扩张次数也较 A 组低,扩张平均间隔时间长于 A 组,1 a 后复发率明显低于 A 组。

表 1 72 例吻合口狭窄扩张加药物治疗结果[例(%)]

组别	n	1 次治愈	2 次治愈	3 次治愈	平均扩张次数	平均间隔时间(d)	共扩张次数	复发
A	38	9(23.7)	11(28.0)	12(31.6)	2.42	27	92	5(13.2)
B	34	14(41.2)	13(38.2)	6(17.6)	1.82	33	62	1(2.9)

2.2 并发症及安全性 无一例因扩张后死亡或食管穿孔。1 例扩张后出现上消化道出血,经治疗后

* 作者简介:朱成海(1963-),男,江苏涟水人,主治医师,学士。

愈合。部分病例有胸骨后疼痛,治疗后多消失。

3 讨论

吻合口狭窄是食管、贲门、胃术后常见的并发症。由于吻合口狭窄气囊多难以扩开,因而探条扩张是其最好也是安全的扩张方法^[1,2]。在 154 次扩张中,我们还发现探条扩张对距门齿较近的吻合口狭窄疗效明显优于距门齿较远的病例,这可能与探条移行部有关。防止并发症的关键在于:①导丝位置必须正确,特别在有成角情况下更应细心、耐心;②逐渐增大扩张器的直径;③用力不能过猛,须缓慢进入;④进入深度与吻合口位置吻合。食管癌术后胃上提成为胸腔胃,以及贲门手术切除后解剖位置、贲门结构的破坏,反流是手术后的常见并发症。吻合口由于受反流、机械的研磨、患者个人体质等情况的影响,吻合口炎发生率很高。吻合口炎加重了狭

窄的程度,加快狭窄的发生,因而抗反流治疗是不可缺少的,特别是扩张术后更应如此。

药物局部注射皮质激素和糜蛋白酶,可以减轻因扩张损伤所致的局部炎症,抑制纤维组织的增生,松解已形成的纤维瘢痕,从而减少瘢痕形成,减少狭窄的再发生。从本组结果可以看出,药物治疗组 1 次扩张治愈率、2 次扩张治愈率、平均扩张次数及平均扩张间隔时间均与对照组存在明显差异。说明扩张加药物治疗吻合口狭窄明显优于单纯扩张治疗。

参考文献:

[1] 沈伟才,赵云才.食管胃吻合口狭窄内镜下扩张 53 例[J].新消化病杂志,1996,4(10):599.
 [2] 周文琴.食管贲门部狭窄扩张术[J].中华消化内镜杂志,1999,16(1):56-57.

收稿日期:1999-12-13 修回日期:2000-04-10

本文编辑:程春开

肺和食管手术后猝死分析*

李 凌,徐 平,尹海军

(青岛医学院第二附属医院胸外科,山东 青岛 266042)

关键词:猝死;非心脏手术;胸外科

中图分类号:R541;R655 文献标识码:B 文章编号:1000-2065(2000)03-0208-02

胸外科非心脏手术后患者猝死比较罕见,一般发生在术后 3~5 d,常无法预见。为引起同道的重视,复习 5 例术后猝死的病历报道如下。

1 资料

1.1 一般资料 男性 4 例,女性 1 例。年龄 56~76 岁,平均 64.4 岁。右肺上叶中心型肺癌右全肺切除 1 例,左肺下叶支气管扩张下叶切除术 1 例,周围型肺癌右肺上叶切除术 1 例,中上段食管癌颈部吻合术 1 例,中下段食管癌弓上吻合术 1 例。

1.2 辅助检查 3 例患者较肥胖,术前均做心电图,2 例偶发室性期前收缩,1 例右束支传导阻滞。5 例均未作踏板运动心电图检查。肺功能检查: MVV(最大通气量)50% 1 例,70% 1 例,71%~80% 2 例,>80% 1 例;FEV1.0%(1 秒用力呼气容积)>71% 2 例,61%~70% 2 例,55% 1 例;FVC(用力肺

活量)71%~80% 2 例,61%~70% 2 例,60% 1 例。肝、肾功能均正常。1 例合并糖尿病,血糖 10 mmol/L,尿糖(+++)。合并慢性支气管炎 1 例。

1.3 手术方法 手术均采用静脉复合、气管插管麻醉,术中未对肿瘤挤压,手术时间短,失血量少,手术顺利,麻醉平稳,3 例进 ICU 病房监护,2 例回普通病房。术后第 48 小时胸腔闭式引流为淡血性液体,液量<80 ml。SO₂(动脉氧饱和度)均在 91%~98%之间。

1.4 临床表现 出现循环系统意外在术后第 3 天 3 例,第 4 天 1 例,第 5 天 1 例。发病时表现:1 例于术后第 4 天在放射科从轮椅车直立准备透视时突然摔到在地,呼吸心搏骤停,瞳孔散大,经抢救心搏呼吸恢复后仍处于昏迷之中;1 例于术后第 3 天直立透视时持续 2~3 min,首先表现为呼吸困难、紫绀、口吐白沫,同时神志不清;2 例为中上段及中下段食管

* 作者简介:李 凌(1960-),男,上海人,主治医师,学士。