

• 临床报道 •

〔文章编号〕 1007-0893(2021)12-0110-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.12.048

自发性食管破裂治疗效果分析

卢建国 赵香梅 徐光翠 陈小放

(新乡医学院第一附属医院, 河南 新乡 45300)

〔摘要〕 目的: 探讨自发性食管破裂的最佳治疗方法, 提高治愈率。方法: 回顾性分析新乡医学院第一附属医院2007年9月至2020年5月收治的52例自发性食管破裂患者的临床资料, 50例患者行手术治疗, 其中25例一期修补术, 18例食管切除-胃食管吻合术, 7例支架封堵治疗。结果: 全组手术病例50例, 死亡4例, 1例因呼吸循环不稳定心脏骤停死亡, 1例放弃治疗出院。治愈组患者病程明显短于未治愈组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 病程短的患者进行急诊手术修补效果较好, 病程长且合并纵膈感染及脓胸, 治疗效果往往较差。结论: 自发性食管破裂早期明确诊断, 尽早处理是关键, 手术治疗是目前最有效方式。

〔关键词〕 自发性食管破裂; 一期修补术; 食管切除-胃食管吻合术

〔中图分类号〕 R 655.4 〔文献标识码〕 B

自发性食管破裂是临床上发病率较低的疾病, 又称Boerhave综合征^[1], 患者发病时症状常不典型, 病情紧急, 治疗窗口把握不好容易引起呼吸循环衰竭而致死, 是普胸外科的急重病种。笔者回顾性分析本院2007年9月至2020年5月接诊的自发性食管破裂患者52例的临床资料, 观察患者的治疗方法和预后, 讨论自发性食管破裂最佳的治疗方式。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007年9月至2020年5月, 本院收治自发性食管破裂患者共52例, 所有患者均为男性, 年龄42~78岁, 平均(50.2±15.2)岁, 45例为饮酒后呕吐所致, 7例为暴饮暴食; 县、乡级医院转入36例, 急诊来院16例; 根据病史采集, 发病24h内来诊8例, 24~48h内来诊12例, 48~72h内来诊13例, 超过72h内来诊19例; 食管破裂部位均在食管下段; 38例破入左侧胸腔, 9例破入右侧胸腔, 5例局限于纵膈(未破入胸腔)。本研究的52例患者自述带有胸痛病史。患者在入院时, 有48例经检查有发热症状, 有9例患者已经出现呼气衰竭的症状, 其中有3例患者是转入本院的患者, 带有气管插管并呼吸机辅助呼吸。

1.2 治疗情况

(1) 直接手术治疗43例, 其中25例行一期修补, 采用食管黏膜及外膜连同肌层的双层缝合修补, 游离纵膈胸膜

环绕加固, 均治愈; 18例直接行食管切除-食管胃吻合术(13例胸内吻合, 3例颈部吻合, 2例胸内吻合出现吻合口瘘突发消化道出血死亡, 其余手术患者均治愈)。

(2) 7例直接实施介入带膜支架封堵治疗, 其中2例封堵不佳后再行手术治疗后治愈, 3例封堵后直接治愈, 2例突发消化道出血死亡。(3) 1例因呼吸循环不稳定, 无法实施进一步治疗, 放置胸腔引流后转入监护室, 后因心脏骤停死亡。(4) 1例因合并有冠心病并左心功能不全, 家属放弃治疗出院。

1.3 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验和Fisher确切概率法, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

52例患者中有46例治愈, 6例未治愈(死亡5例, 1例放弃治疗); 手术病例50例, 死亡4例, 1例因呼吸循环不稳定心脏骤停死亡, 1例放弃治疗出院。治愈组患者病程明显短于未治愈组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治愈组谷丙转氨酶(alanine aminotransferase, ALT)、谷草转氨酶(aspartate aminotransferase, AST)水平与未治愈组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 其他指标详见表1。总体看, 病程短的患者进行急诊手术修补效果较好, 病程长且合并纵膈感染及脓胸, 治疗效果往往较差。

〔收稿日期〕 2021-04-11

〔基金项目〕 河南省高等学校重点科研项目资助课题(13B330221)

〔作者简介〕 卢建国, 男, 副主任医师, 主要研究方向是从事普通胸部疾病(食管、纵膈和肺)的外科治疗。

表 1 两组患者基本情况与治疗效果比较

| 基本情况 | 治愈组 (n = 46) | 未治愈组 (n = 6) | t/χ^2 | P |
|---|-----------------|-----------------|------------|-------|
| 食管穿孔方向 / 例 | | | | |
| 纵膈 | 5 | 0 | | |
| 左胸 | 33 | 5 | 0.407 | 1.000 |
| 右胸 | 8 | 1 | | |
| 呼吸衰竭 / 例 | | | | |
| 无 | 40 | 3 | 0.810 | 0.094 |
| 有 | 6 | 3 | | |
| 治疗方式 / 例 | | | | |
| 手术一期修补 | 25 | 0 | 5.414 | 0.087 |
| 手术切除食管胸内吻合 | 13 | 2 | | |
| 手术切除食管颈部吻合 | 3 | 0 | | |
| 支架 | 7 | 2 | | |
| 年龄 / $\bar{x} \pm s$, 岁 | 50.0 ± 17.3 | 52.9 ± 25.6 | -0.27 | 0.075 |
| 病程 / $\bar{x} \pm s$, d | 4.2 ± 1.8 | 7.3 ± 5.5 | -1.37 | 0.032 |
| 入院时体温 / $\bar{x} \pm s$, °C | 37.6 ± 2.2 | 37.5 ± 3.2 | 0.07 | 0.981 |
| ALT / $\bar{x} \pm s$, U · L ⁻¹ | 23.6 ± 11.7 | 23.4 ± 15.2 | 0.03 | 0.910 |
| AST / $\bar{x} \pm s$, U · L ⁻¹ | 39.5 ± 10.1 | 39.8 ± 13.3 | -0.05 | 0.856 |
| 白蛋白 / $\bar{x} \pm s$, g · L ⁻¹ | 33.1 ± 4.8 | 30.8 ± 8.6 | 0.64 | 0.483 |
| 白细胞 / $\bar{x} \pm s$, × 10 ⁹ · L ⁻¹ | 9.1 ± 2.9 | 9.2 ± 3.9 | -0.06 | 0.743 |
| 血糖 / $\bar{x} \pm s$, mmol · L ⁻¹ | 7.8 ± 2.3 | 8.1 ± 4.3 | -0.17 | 0.965 |

注：ALT — 丙氨酸转氨酶；AST — 天冬氨酸转氨酶

3 讨论

有学者统计发现^[4]，自发性食管破裂患者发生率低，仅为 1/6000，占有食管穿孔的 15%，但病死率可高达 20%~40%，是胸外科发病率比较低的一种急重症。患者常有暴饮暴食或（和）剧烈呕吐及胸痛、胸闷病史。从发病诱因上看，自发性食管破裂多由呕吐所引起。在呕吐的状态下，患者的环咽肌松弛不及时，会导致食管压在短时间内迅速的升高，甚至达到 200 mmHg 以上，从而造成食管破裂。破口的位置一般在下段食管左后外侧^[2]，破裂的走向是沿食管纵向、全层破裂。

胸片或计算机断层扫描（computed tomography, CT）检查提示胸腔积气积液，纵膈增宽等非特异性影像学变化，胸腔闭式引流出食糜颗粒可初步确诊。若需进一步明确诊断可行泛影葡胺或碘海醇消化道造影即可明确诊断。

自发性食管破裂的治疗效果取决于早期诊断，早期治疗。病程短的可以进行急诊手术修补效果较好，病程长且合并纵膈感染及脓胸，治疗效果往往较差。本研究资料显示，治愈组病程（4.2 ± 1.8）d，未治愈组病程（7.3 ± 5.5）d，未治愈组病程长于治愈组，差异具有统计学意义（P < 0.05）。超过 48 h 由于胃内容物进入胸腔，大量毒素入血导致胸腔感染，从而降低了治愈率。本研究的患者大多病程较长，且存在其他医院转入本院的病例。当患者发生食管破裂时，胃内消化液和残留的食物会进入胸膜腔或者纵膈，造成胸膜炎或感染性纵膈炎等疾病的发生，患者产生感染中毒症状后，会快速恶化，进展为感染性休克。

食管破裂患者治疗前的全身感染状态与患者的预后具有关联，这表示对于感染症状严重的患者一定要把握治疗时间，越早治疗越可以实现良好的预后。自发性食管破裂的治疗方法主要是手术治疗，比如胃肠减压后的手术治疗。临床相关研究总结^[3]，现阶段临床上应用较多的手术类型有单纯食管修补术、I 期食管切除、单纯纵膈引流、食管支架置入、和胸腔镜辅助下食管修补等。本研究发现，手术一期修补食管裂口的治疗成功率最高。提示该手术方法虽然对患者创伤过大但是对于破口较大且因病程长引起纵膈及胸腔污染严重的也是一种可靠的手术方式，根据以往的经验，术中要进行彻底的脓胸廓清术和纵膈脓肿廓清术，并切除左右两侧纵膈胸膜^[4-5]。术毕要在纵膈左右两侧分别保留纵膈管，术中要充分冲洗胸腔，并放置较粗的 28 号引流管，确保术后炎症渗出期的通常引流也是手术的关键。

有资料认为^[6]，只有食管穿孔时间在 24 h 以内一期修补成功率高，发病时间超过 24 h 会增加修补失败的风险。笔者认为病程时间只能作为手术方法的一个参考指标，要根据术中探查食管破裂的情况。根据笔者探查的结果，可分为：（1）破口较规则的；（2）破口不规则的两种情况，推测破口规则原因为当时导致食管破裂的局部食管内压力较大，一次性导致食管全层裂开，而破口不规则的是多次腔内高压的冲击导致的食管全层破裂。对于这种不规则的裂口探查会发现黏膜破口大小与肌层以及外膜破口大小及形态均不同，且多有食管黏膜层与肌层的剥离现象。对于这种不规则破口笔者的经验是果断的进行食管切除，疗效均满意。

支架也是一种可行的治疗方法，对于破口较小、感染中毒症状较轻和胸腔内污染小的病例可采用支架治疗。本研究有放置支架后突发消化道出血的病例，且有放置支架效果不佳后行手术切除的病例，术中探查见支架移位未能封闭裂口，笔者分析大出血的病例为消化液腐蚀胸主动脉或支架裸瘘磨损主动脉壁引起。食管支架治疗在实际应用中存在一定的局限性，（1）破裂的位置多数位于食管的下端，此时支架下端会进入胃部，容易出现移位，固定不稳。（2）肺无法复张的患者，局部破口无法形成黏连愈合，支架放置时间过长；（3）破口较大支架裸漏太多容易导致周围血管或器官磨损。所以，支架治疗更适合一些破口较小，局部感染不重的病例。

结合本研究的治疗资料，笔者对于自发性食管破裂的治疗有更多的认知：（1）纵膈感染及胸腔感染的有效控制，减少毒素吸收，避免脓毒症。（2）排出胸腔积液，解除纤维膜对肺的呼吸活动的限制，使肺早日复张。（3）有效的肠内和肠外营养支持，对于感染控制及破口或吻合口的愈合也很关键。（4）有效的修补、封堵、切除破口是患者预后满意的关键。

综上所述，自发性食管破裂虽然病死率高，但如果早期

明确诊断, 根据患者的不同病情选择合适的治疗方法, 尤其是适时选择手术治疗, 自发性食管破裂的预后还是令人满意的。目前为止, 手术治疗是最有效方式。

〔参考文献〕

- (1) 赵雅莹. 门静脉高压自发性分流患者食管胃底静脉曲张特点 (D). 杭州: 浙江大学, 2016.
- (2) 林海. 32 例自发性食管破裂临床特征及外科诊治效果分析 (D). 长春: 吉林大学, 2015.
- (3) 宋兵, 李彩英, 刘增品, 等. 胃左静脉 MSCTA 预测肝硬化门静脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血的价值 (J). 临床放射学杂志, 2011, 30(7): 979-983.
- (4) 石亮, 孔郁, 李建业, 等. 肝脏恶性肿瘤患者食管胃底静脉曲张破裂出血急诊内镜止血疗效研究 (J). 中国医药导刊, 2017, 19(5): 466-467.
- (5) 徐志宏. 四种胃肠减压方式的引流量比较及胃肠减压方式与食管癌术后吻合口瘘关系的临床研究 (D). 北京: 中国人民解放军军事医学科学院, 2014.
- (6) 游芬, 卢杰夫, 庾艳军, 等. 食管胃底静脉曲张破裂出血的内镜治疗进展 (J). 广西医学, 2015, 37(12): 1799-1802.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)12-0112-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.12.049

两种综合治疗方案对大隐静脉曲张的疗效比较

陈俊邦 潘乐全 毅*

(肇庆市第一人民医院, 广东 肇庆 526000)

〔摘要〕 **目的:** 比较基于腔内激光术与其改良剥脱术的综合治疗对大隐静脉曲张的有效性和安全性。**方法:** 选择 2018 年 6 月至 2019 年 6 月于肇庆市第一人民医院就诊的 75 例大隐静脉曲张患者, 回顾性分析其治疗结果, 患者均为 1 侧肢体手术, 根据手术方式的不同进行分组, 观察组 24 例患者开展基于腔内激光术的综合治疗, 对照组 51 例患者开展基于改良抽剥术的综合治疗, 比较两组患者的疗效。**结果:** 两组患者的总有效率、术后并发症发生率、住院时间、住院费用及 1 年后复发率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者的手术出血量、手术时间、切口数量均少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 基于腔内激光术的综合治疗大隐静脉曲张的效果与基于改良抽剥术的综合治疗相似, 但在手术时间、术中出血及切口数方面更具优势。

〔关键词〕 大隐静脉曲张; 腔内激光术; 改良剥脱术

〔中图分类号〕 R 654.3 〔文献标识码〕 B

大隐静脉曲张主要临床症状为浅静脉迂曲, 肢体酸胀、肢体水肿、皮肤色素沉着、瘙痒、脂质硬化甚至溃疡并出现血栓性浅静脉炎^[1]。在以往临床治疗中, 常规治疗为大隐静脉曲张结扎同时分段抽剥, 该方式疗效确切, 但会对患者机体造成较大创伤, 且患者在手术后恢复时间长, 影响生活质量^[2], 相关研究显示^[3], 采用基于腔内激光治疗术的综合治疗具有较好的临床效果, 且能较好地弥补传统手术的不足。对此, 本研究以本院 75 例大隐静脉曲张患者为研究对象进行了探讨, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2018 年 6 月至 2019 年 6 月于本院就诊的 75 例大隐静脉曲张患者, 回顾性分析其治疗结果, 患者均为 1 侧肢体患病, 根据手术方式的不同进行分组, 观察组 24 例患者基于腔内激光术的综合治疗, 对照组 51 例患者实施基于改良剥脱术的综合治疗。两组患者年龄、性别、下肢静脉曲张临床病因学解剖学病理生理学分类 (clinical-etiologic-anatomic-pathophysiologic classification system,

〔收稿日期〕 2021-04-28

〔基金项目〕 肇庆市科技创新指导项目资助课题 (201704031424)

〔作者简介〕 陈俊邦, 男, 主治医师, 主要研究方向是胸腹部血管、四肢血管等多部位血管疾病的开放手术和微创介入治疗。

〔*通信作者〕 全毅 (E-mail: quany_i@sina.com; Tel: 18902368663)