

· 临床研究 ·

经胸腔入路与经胸膜外入路手术治疗Ⅲb型食管闭锁疗效观察

陈子民 叶明 夏永杰

【摘要】 目的 探讨经胸腔入路与胸膜外入路两种手术方式治疗先天性Ⅲb型食管闭锁的疗效。**方法** 回顾近12年来经作者手术治疗的先天性Ⅲb型食管闭锁患儿临床资料,分成胸腔入路组和胸膜外入路组,比较两组患儿的临床疗效。**结果** 胸膜外入路组病死率(25%)较胸腔入路组(32.65%)低。在治愈患儿中,胸膜外入路组术后呼吸机辅助通气时间、胸腔引流管留置时间、术后禁食时间、术后住院时间均较胸腔入路组短($P < 0.05$)。在发生吻合口瘘的患儿中,胸膜外入路组治愈率(66.67%)更高;在无吻合口瘘的患儿中,胸膜外入路组发生肺部并发症的机率(20%)更少。**结论** 胸膜外入路手术治疗Ⅲb型食管闭锁较胸腔入路手术更有利于患儿的预后。

【关键词】 胸腔;胸膜;外科手术;食管闭锁

先天性食管闭锁(congenital esophageal atresia, CEA)是新生儿较常见的消化道畸形之一,发生率约1/3 500^[1]。它是由于胚胎时期食管发育空泡期发生障碍,而引起食管远近端连续性中断,常合并胃肠道、心血管、肢体等其他组织器官发育畸形,常因食管与气管间分隔不全而形成食管气管瘘,以Ⅲ型发病率最高,占85%~90%,其近端为盲端,远端有瘘管与气管相通,两盲端距离 < 2 cm为Ⅲb型; > 2 cm为Ⅲa型。闭锁盲端相距在2 cm以内者可行一期食管吻合术。作者近12年来共收治先天性Ⅲb型食管闭锁患儿69例,其中49例采取经胸腔入路手术,20例采取经胸膜外入路手术,现回顾性分析两种手术方式治疗的患儿临床疗效,为临床选择手术方式提供参考。

资料与方法

一、临床资料

1999年至2011年作者共收治69例先天性Ⅲb型食管闭锁患儿,根据手术入路的不同,分为经胸腔入路组和经胸膜外入路组。其中经胸腔入路组49例,男性33例,女性16例,年龄1~7 d,体重2.10~3.10 kg;经胸膜外入路组20例,男性15例,女性5例,年龄1~5 d,体重2.05~3.99 kg。

二、手术方法

均采用气管插管静脉复合全身麻醉,取右胸后外侧切口,经第四或第五肋间进胸。经胸腔入路组采取直接打开胸膜进入胸腔,结扎切断奇静脉,暴露食管盲端和气管食管瘘,结扎切断食管气管瘘,食管远近端行端端单层吻合,吻合后食管内留置胃管做为支架并伸入胃腔内,留置胸腔引流管。经胸膜外入路组不进入胸腔,分离胸膜与胸壁脏面的间隙,保护胸膜的完整,在胸膜外完成手术操作,术后留置胸膜外引流管。

结果

69例患儿治愈48例,治愈率69.57%。术后放弃治疗或死亡21例,其中胸腔入路组16例,占32.65%;胸膜外入路组5例,占25%。

69例中,17例术后发生吻合口瘘,其中经胸腔入路组12例(治愈8例,占66.67%),经胸膜外入路组5例(治愈4例,占80%)。52例未发生吻合口瘘的患儿中,气胸、胸腔积液及肺不张等肺部并发症比较,胸腔入路组为15例,占40.54%(15/37);胸膜外入路组3例,占20%(3/15)。

48例治愈患儿中,术后呼吸机辅助通气时间:胸腔入路组(6.56 ± 5.23)d,胸膜外入路组(3.16 ± 2.59)d;拔除胸腔引流管时间:胸腔入路组(10.28 ± 5.72)d,胸膜外入路组(9.39 ± 5.59)d;禁食时间:胸腔入路组(12.26 ± 7.18)d,胸膜外入路组(9.45 ± 6.59)d;住院时间:胸腔入路组($20.86 \pm$

8. 22) d, 胸膜外入路组 (18.89 ± 9.35) d。

讨 论

先天性食管闭锁及气管食管瘘是新生儿时期严重的食管发育畸形, 占新生儿消化道畸形的第 3 位。食管闭锁与食管气管瘘同时存在者约占 90%, 仅少数无瘘管。无瘘管者腹部呈舟状, 有气管瘘者因大量空气自瘘管进入胃内, 腹胀明显。手术是治疗先天性食管闭锁的唯一方法。目前的手术方式主要为经胸膜外食管吻合术、经胸膜食管吻合术和胸腔镜食管吻合术。胸腔镜食管吻合术由于对患儿自身条件、麻醉技术、手术操作的要求较高, 国内仅少数医院开展, 尚未广泛普及。经胸膜外入路和经胸腔入路手术仍为目前常规采用的手术方式。

有学者指出, 在我国食管闭锁的手术成功率已普遍提高, 不伴严重畸形的 III 型食管闭锁患儿存活率可达 90% 以上^[2]。本组 III b 型食管闭锁患儿手术治愈率接近 70%, 基本达到先进水平。食管闭锁的治愈率与多种因素相关, 如是否存在严重的合并症、并发症和经济原因等, 因此临床应积极防治术后肺炎、吻合口瘘、吻合口狭窄、硬肿症、胃食管反流等并发症的发生^[3]。

本组胸膜外入路组的病死率较胸腔入路组低, 说明胸膜外入路比胸腔入路预后更好。从治愈患儿来分析, 胸膜外入路组术后呼吸机辅助通气时间、胸腔引流管留置时间、术后禁食时间、术后住院时间均较胸腔入路组短, 说明胸膜外入路患儿术后恢复比胸腔入路患儿好, 缩短了病程, 减轻了患儿痛苦, 降低了治疗费用。

从术后发生吻合口瘘的情况来看, 胸膜外入路组治愈率更高。由于一旦发生吻合口瘘, 感染不易波及胸腔, 且留置胸膜外引流管便于引流及冲洗, 胸膜外入路手术患儿的恢复时间亦比经胸腔入路手术的患儿短。多数外科医师更喜欢经胸膜外入路的方

法, 他们认为, 胸膜外入路手术后发生吻合口瘘不会导致脓胸, 可能出现食管皮肤瘘, 但通常可自然愈合, 而保持原始的胸膜腔也是使二期手术易于达到这个区域的需要^[4]。

从未发生吻合口瘘的患儿来分析, 胸膜外入路组发生肺部并发症的机率更少。胸膜外入路不进胸腔, 避免了胸腔与外界相通, 减少了对肺和心脏的干扰, 利于术后肺炎的防治, 减少了呼吸系统并发症如肺部感染、胸腔积液、气胸造成的肺不张等, 患儿预后更好。

综上, 作者认为, 经胸膜外入路手术可得到比胸腔入路手术更好的疗效, 胸膜外入路更有利于患儿的恢复。新生儿发育不成熟, 对手术的耐受能力差, 低出生体重、肺炎患儿更是如此。食管闭锁手术创伤大, 手术操作及熟练程度可影响其预后, 术中应做到创伤小, 出血少, 止血彻底, 尽量缩短手术时间, 减少术后并发症, 其中有效防治并发症是重点, 胸膜外入路较胸腔入路能减少术后肺炎、胸腔渗出性积液的发生, 即使出现吻合口瘘, 对胸腔的影响也相对较小, 因而有较胸腔入路较多的优势。当然, 随着医疗技术的发展, 胸腔镜下食管闭锁手术创伤更小, 是未来发展的方向。

参 考 文 献

- 1 Stoll C, Alembik Y, Dott B, et al. Associated malformations in patients with esophageal atresia [J]. Eur J Med Genet, 2009, 52(5): 287-290.
- 2 郑珊. 我国新生儿严重出生结构异常的治疗现状 [J]. 临床小儿外科杂志, 2007, 6(5): 1.
- 3 赵捷, 朱小瑜, 杨传忠, 等. 48 例先天性食道闭锁手术后并发症的分析 [J]. 中国优生与遗传杂志, 2010, 18(7): 102-103.
- 4 Spita L. Esophageal atresia: lessons I have learned in a 40-year-experience [J]. J Pediatr Surg, 2006, 41(10): 1635-1640.