

小儿外科 ·

先天性食道闭锁 25 例分析

陈东平 李晓瑜 刘钧澄

[摘要] 目的 探讨先天性食道闭锁早期诊断、治疗与预后的关系。方法 回顾性分析近 8 年 25 例食道闭锁诊治经验和存活 9 例随访资料。结果 生后 2 天之后才确诊本病者肺炎并发症占 89.47%，食道上下端距离 1.5~3.5 cm 者术后吻合口漏发生率 80%(4/5)；术后肺炎加重和吻合口漏等并发症是死亡的主要原因。结论 早期诊断，术后 ICU 细心监护，及时防治并发症是先天性食道闭锁手术成功的关键。

[关键词] 食道闭锁；诊断；并发症；预后

[中图分类号] R655.4 [文献标识码] A [文章编号] 1008-8830(2000)01-0030-02

Clinical Analysis of 25 Cases with Congenital Esophageal Atresia

CHEN Dong-Ping, LI Xiao-Yu, LIU Jun-Cheng.

Department of Pediatrics, First Affiliated Hospital,

Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou 510080

Abstract : **Objective** To study the prognosis after early diagnosis and treatment of infants with congenital esophageal atresia (CEA). **Methods** The treatment in 25 cases with CEA during the 1991~1998 period and the follow-up data of 9 infants who survived were retrospectively analyzed. **Results** Pneumonia occurred in 89.47% of the infants with CEA which was diagnosed 2 days after birth. Anastomotic leaks after surgical operation occurred in 80%(4/5) of the cases in which the distance from the distal to the proximal esophageal pouches was 1.5~3.5 cm. The main causes of death were exacerbated pneumonia and complications secondary to anastomotic leaks after surgical operation. **Conclusions** Early diagnosis, improved intensive care, management and prevention of postoperative complication at the right moment are the key of successively operation on infants with CEA.

Key words : Esophageal atresia; Diagnosis; Complication; Prognosis

先天性食道闭锁 (congenital esophageal atresia, CEA) 是胚胎时期在食道发育过程中空泡期发生障碍引起的畸形。常可因食管气管间的分隔不全而形成食管气管瘘 (tracheoesophageal fistula, TEF)。出生早期常以发绀、气促、口吐白沫为首要症状，以肺炎诊断收住儿科。一旦确诊为 CEA 又因严重肺炎影响手术时机和预后，造成较高的死亡率。因此及早诊断和术后的并发症的防治是提高成活率的关键。本院自 1991~1998 年的 8 年中收治食道闭锁 25 例，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

25 例均经腹部平片和食道造影确诊。其中 III

型 20 例 (80%)；I 型 4 例；IV 型 1 例。男婴 19 例，女婴 6 例，男婴占优。足月儿 22 例，其中小于胎龄儿 17 例，早产儿 3 例。体重 > 3.0 kg 的 5 例，2.5~3.0 kg 的 11 例，< 2.5 kg 9 例。入院日龄 < 2 d 12 例，~4 d 4 例，~14 d 4 例，15~20 d 5 例。母孕时羊水过多 13 例，8 例无记录，2 例双胎，1 例糖尿病，1 例孕早期患上呼吸道感染。确诊时间 2 d 内 6 例 (24%)；3~6 d 12 例 (48%)；13~16 d 7 例 (28%)。

1.2 临床表现

气促、发绀 24 例，占 96%；流涎和口吐白沫 21 例，占 84%；呛咳 10 例，占 40%。合并症：肺炎 21 例 (84%)；食道气管瘘 14 例 (56%)；其他畸形 8 例：先天性心脏病 2 例、肛门闭锁 2 例、多指 2 例、阴道闭锁 1 例、胃壁缺损 1 例。尚有先天愚型 1 例、硬肿症 2 例。

[作者简介] 陈东平，女，1944 年出生，大学本科，副主任医师，儿科副主任。
[作者单位] 510080 广州，中山医科大学附一医院儿科 (陈东平，李晓瑜)；儿外科 (刘钧澄)

2 结果

存活率 53 %;死亡 8 例,死亡率 47 %,均在术后 7~22 d 死于并发症。见附表。

17 例经胸膜外入路手术治疗,术后存活 9 例,

附表 17 例手术治疗患儿手术前后情况比较

Table Compared with condition before and after operation in 17 cases treated surgically

组别	例数	体重(kg)	胎龄(w)	合并症		食管上下 端距离	术后并发症		
				肺炎	TEF		吻合口漏	TEF 复发	呼衰
存活组	9	2.94	39.2	8	6	1.3 ±0.49(0.5~1.8)	0	0	0
死亡组	8	2.76	38.3	8	6	2.1 ±0.95(1.0~3.5)	4	1	3

从上表可见手术前二组情况大致相同无统计学差异。而食道上下两端距离较大者术后吻合口漏并发症多且导致死亡。可见吻合口并发症与食道上下两端距离相关,3 例呼衰死亡者系肺炎术后加重所致。放弃治疗 8 例:多发畸形 2 例、早产合并硬肿 2 例、肺炎 4 例。

本组早产儿 3 例,1 例术后呼衰死亡,2 例放弃治疗。小样儿 3 例,存活 1 例,术后吻合口漏死亡 1 例,放弃治疗 1 例。

随访 9 例治愈者中 2 例 TEF 再通,分别于 10 月龄和 38 月龄手术治愈。1 例吻合漏 10 月龄手术治愈。1 例食道狭窄 10 月龄治疗好转。余 5 例未见异常。

3 讨论

食道闭锁患儿的死亡率国内报道为 27 %~43.5 %^[1,2,4],国外报道为^[3]4 %~11 %。本组患儿死亡率较高为 47 %,与本组病儿体重偏低、并发肺炎和食道上下两端距离较大、术后并发症有关。文献报道,术前肺炎、术后加重和术后吻合口并发症是死亡的主要原因^[1]。本组情况相同,因此提高本病存活率的关键是早期诊断和术后并发症的防治。

早期诊断:本组食道闭锁患儿均因呼吸道症状入住儿科,而且因进食困难和肺炎难控制始进一步检查才确诊本病再转入外科。其中 2 d 内能确诊者仅 6 例占 24 %;而迟至 13~16 d 才确诊者 7 例占 28 %。延迟确诊者常伴有肺炎,本组有 84 %合并肺炎。病儿出生后因食道闭锁、唾液不能下咽停留在口腔,吸气时误入气道引起吸入性肺炎^[2]。其次 III 型食道闭锁存在 TEF 者在胃膨胀、声门闭合、呼吸运动、腹压升降时酸性胃液会经瘘管返流入支气管导致严重的化学性肺炎^[1]。本组 21 例并发肺炎者中 4 例,因术前情况差放弃治疗;3 例术后肺炎加重

呼吸衰竭死亡。因此 CEA 早期诊断非常重要,而且早期诊断手术成活率高于延迟诊断者^[2]。因此必须提高产科、儿科医师对本病的早期认识,尤其是孕妇羊水过多者应考虑本病的可能,争取在生后 2 d 内作出诊断。本院 1 例早产儿出生时羊水过多即考虑本病转入儿科 6 h 内确诊。我们认为婴儿生后吐白沫或流涎不止、喂水有呛咳、气促、发绀者结合孕妇羊水过多史应警惕 CEA 可能。立即经鼻插胃管,若在 8~12 cm 长度时受阻或在口腔内折返者再做食道造影确诊。同时观察肺部和气管、支气管有无显影、胃肠内有无气体以确定闭锁类型、瘘管存在与否。术毕吸净造影剂以免返流引起窒息。

防治术后并发症是提高手术成活率的关键。本组术后并发症 9 例,分别为吻合口漏 5 例、食管气管瘘复发 3 例、食道狭窄 1 例。其中死亡 5 例,均在术后 3 周内。其中吻合口漏 4 例,食道上下两端距离较大平均 2.1cm(>2 cm)。吻合口术后并发症的发生因素与缝线材料、吻合口张力、食道运动远端缺血和技术失误有关^[3]。Matlak 主张用显微外科技术作食管吻合,术毕用无创血管钳阻断食管行注水试验保证无泄漏。他在近 100 例手术中仅发生 1 例吻合口漏,其经验值得参考^[4]。而常规分离 TEF 后将纵隔胸膜缝合在气管缝合层上,其次缝合层之间置血管化心包皮瓣或奇静脉内皮瓣也可减少再通的危险^[3]。

此外术后部分病人出现危及生命的呼吸暂停或青紫发作可能是未被认识到的胃食道反流(GER)的结果,而且呼吸暂停和青紫发作又可引起气管软化。吻合术的并发症的快速认识、吻合口狭窄扩张和 GER 及气管软化的治疗与食道闭锁和/或食道气管瘘病人存活率呈正相关^[3]。因此术后在 ICU 的细致观察、及时发现和处理并发症十分重要。其次感染的控制、胃肠外营养等环节对改善 CEA 预后均有

重要影响。

[参 考 文 献]

[1] 吕凤菊. 先天性食道闭锁的早期诊断:附 24 例分析. 金华医学,1992,(增刊):25~27.
[2] 胡劲,张泽伟. 先天性食道闭锁的外科治疗. 浙江医科大学学

报,1992,21:178~179.
[3] Engum SA, Grosfeld JL, West KW, et al. Analysis of morbidity and mortality in 227 of esophageal and/or tracheoesophageal fistula over two decades. Arch Surg, 1995, 130: 505~507.
[4] 韩茂棠,胡银莲,耿铭慧. 先天性食道闭锁外科处理的经验与教训,中华小儿外科杂志,1988,9:76~77.
(收稿日期:1999-10-11 修回日期:1999-12-27)
(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

卡马西平致大疱表皮松解萎缩坏死型药疹 1 例

魏久贞 李德亮 邢建军

[中图分类号] R758.25 [文章编号] 1008-8830(2000)01-0032-01

卡马西平致药疹国内曾有报道^[1]。1997 年 10 月我科收治 1 例服用该药致严重药疹患儿,现报告如下:

1 临床资料

患儿,男,12 岁。3 岁时因间断抽搐,经脑电图检查确诊为癫痫,服用抗痫灵,苯巴比妥等药物治疗,病情一度好转。近期发作频繁,当地医生推荐改服卡马西平。按 100mg/次,每日 3 次,服用 2d 后,出现全身疱疹伴发热、瘙痒,随之水疱融合成大水疱,部分破溃,高热,体温 39℃,无抽搐。当地疑药疹,用药效果不明显,皮疹逐渐扩大,增多,累及全身转来本科。既往无药物过敏史。体格检查 T 37.8℃,P 112 次/min,R 30 次/min,体重 20kg,Bp100/65mmHg,发育营养差,神志清楚,智力差。全身皮肤满布大疱疹,可见暗红色出血斑,躯干部已融合成片,部分皮肤已剥脱露出红色糜烂面,面积大者约 10cm×8cm。眼结膜糜烂,渗出,口腔粘膜大疱,糜烂,渗出,双耳廓皮肤暗红,外耳道无分泌物流出,颈软,双肺闻及少许痰鸣者,心腹未见异常。神经系统无阳性体征。实验室检查:血常规,血红蛋白 120g/L,红细胞 380×10¹²/L,白细胞 5.3×10⁹/L,中性 0.58,淋巴 0.42,血小板 312×10⁹/L,尿常规:白细胞少许,尿液 pH 值 7.5。入院诊断:大疱性表皮松解萎缩坏死型药疹;癫痫。入院后停用卡马西平,给予先锋霉素防治感染,适量激素,钙剂,大剂量维生素 C,扑尔敏,息

斯敏及能量支持疗法,苯巴比妥应用,治疗 16d 愈出院。

2 讨论

卡马西平(酰胺咪嗪,得理多),是治疗癫痫,躁狂症,三叉神经痛的主要药物。儿童按每日 10~20mg/kg,分次服。近年来,有关卡马西平致严重不良反应国内屡有报道。如剥脱性皮炎^[2],大疱性表皮松解萎缩坏死型药疹全血细胞减少及肝损害^[3]。目前认为该药致药疹,与该药剂量,药理作用及毒性反应无关。而与服药者的体质因素有关^[1]。药疹是否与该药衍生基团有关,有待研究。笔者认为对过敏体质或有过敏倾向者应慎用或不用。

[参 考 文 献]

[1] 张强,孙道开. 卡马西平致药源性皮肤及肝脏损害 2 例报告. 中国实用儿科杂志,1997,2:124.
[2] 张玮,孟淑美. 卡马西平致皮疹 2 例. 中国药事,1998,5:314.
[3] 邓仰福,李素卿. 卡马西平致药疹及全血细胞减少 1 例. 中国临床药理学杂志,1999,5:323.
(收稿日期:1999-07-13 修回日期:1999-11-29)
(本文编辑:吉耕中)

[作者简介] 魏久贞,女,1963 年出生,大学本科,主治医师,副主任。
[作者单位] 253100 山东省平原县第一人民医院儿科