

食管胃结合部腺癌行全胃切除术后食管空肠吻合口漏 继发大量心包积液一例

曾颖 王梦 张健 高原

浙江大学医学院附属第一医院护理部, 杭州 310003

通信作者: 高原, Email: 13819182307@163.com

A case of massive pericardial effusion secondary to esophagojejunostomy anastomotic fistula after total gastrectomy for adenocarcinoma of esophago-gastric junction

Zeng Ying, Wang Meng, Zhang Jian, Gao Yuan

【摘要】 本文报道 1 例食管胃结合部腺癌行全胃切除术后食管空肠吻合口漏继发大量心包积液病例, 患者因“贲门癌”收住入院, 术后发生吻合口漏, 接受保守治疗期间氧饱和度下降, 并继发大量心包积液, 经过积极治疗和护理, 患者术后恢复顺利出院, 患者定期随访恢复良好。

【关键词】 食管胃结合部腺癌; 全胃切除术; 吻合口漏, 食管空肠; 心包积液

基金项目: 浙江大学医学院附属第一医院护理学科建设科研项目(2023ZYHL02)

患者男性, 86 岁, 因进食困难、吞咽时咽部疼痛 2 月余收住入院, 入院查体: 胃镜提示贲门肿瘤伴梗阻, 病理提示为腺癌; 全腹增强 CT 检查提示食管下段、胃壁增厚, 肿瘤可能, 胆囊多发结石; 胃 MR 平扫+弥散+增强(3.0T)提示胃贲门部胃癌, T2N0M0; 动态心电图提示窦性心律, 双源房性早搏, 时成对, 时呈短阵房性心动过速, 部分未下传; 超声心电图提示升主动脉、主动脉瓣窦部增宽, 室间隔增厚, 心包腔未见明显液性暗区。入院时血常规: 血红蛋白 115 g/L, 血清前白蛋白: 1.49 g/L, 血清转铁蛋白: 15.8 g/L, 高敏肌钙蛋白定量: 0.006 mg/L, 总蛋白: 61.1 g/L, 白蛋白: 34.8 g/L, 肿瘤标志物: 糖类抗原 199(CA199) 79.5 kU/L, 凝血功能: D-二聚体 4 000 $\mu\text{g/L}$ FEU。完善各项检查后于 2022 年 10 月 6 日行腹腔镜辅助全胃切除伴食管-空肠吻合术, 胆囊切除术。术中顺利, 于 Winslow 孔处、食管吻合口左右侧各置一根胆囊窝引流管、纵隔引流管、食管旁引流管, 并留置导尿管。

术后第 9 天, 患者体温 37.5 $^{\circ}\text{C}$, 房颤心律 109~130 次/min, 患者主诉胸闷, 咳嗽咳痰明显, 端坐卧位, 在不给氧状态下测得患者经皮氧饱和度(SPO₂) 88%, 立即予文丘里 50% 浓度面罩吸氧后经皮氧饱和度(SPO₂) 上升至 95%, 患者纵隔引流管引出 25 ml 黄褐色浑浊样液体, 引流液淀粉酶 109 405.00 U/L, 血常规示: 白细胞 13.55 $\times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞 78.9%, 血红蛋白 74 g/L; 超敏 C 反应蛋白(CRP): 118.77 mg/L;

血气分析示: PH 7.42, pCO₂ 42.4 mmHg, pO₂ 90.4 mmHg, 碳酸氢根浓度 27.2 mmol/L, SBE 3.1 mmol/L, SB 3.0 mmol/L; 生化示: 总蛋白: 50.7 g/L, 白蛋白: 28.1 g/L; B 型尿钠肽(前体)定量示: 1.407 $\mu\text{g/L}$; 高敏肌钙蛋白定量: 0.005 $\mu\text{g/L}$; 心肌酶谱示: 天冬氨酸氨基转移酶 62 U/L, 羟丁酸脱氢酶 184 U/L, 磷酸肌酸激酶 47 U/L; 急诊肺部 CT 平扫检查提示: 两侧胸腔积液伴两肺下叶膨胀不全, 建议治疗后复查; 心包积液(少量)。考虑吻合口漏合并心力衰竭, 感染科、胃肠外科、胸外科、放射科和重症监护等多学科专家讨论后, 决定予保守治疗方案: (1) 禁食, 做好口腔护理。(2) 行双侧胸腔闭式引流术, 升级抗生素改为美罗培南和呋塞米。(3) 定期监测生命体征、血常规、CRP、降钙素原、B 型尿钠肽并记录 24 h 出入量。(4) 经鼻肠管鼻饲, 加强营养。

术后第 11 天, 经抗感染、强心利尿治疗后, 患者主诉端坐卧位休息后胸闷略缓解, 无心悸, 予复查肺部 CT 平扫检查提示: 两肺炎症, 较前部分吸收, 两侧胸腔积液伴右肺下叶膨胀不全, 左侧积液明显减少, 心包积液较前增多。

术后第 18 天, 患者氧饱和度不稳定, 夜间多次主诉胸闷, 在不给氧情况下, 最低经皮氧饱和度为 64%, 复查血气分析示: pH 7.43, pCO₂ 50.8 mmHg, pO₂ 116 mmHg, 碳酸氢根浓度 33.2 mmol/L, SBE 8.6 mmol/L, SB 8.4 mmol/L, B 型尿钠肽(前体)定量示: 567 pg/ml, 心肌酶谱较前好转, 血红蛋白

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20230411-00112

收稿日期 2023-04-11 本文编辑 朱雯洁

引用本文: 曾颖, 王梦, 张健, 等. 食管胃结合部腺癌行全胃切除术后食管空肠吻合口漏继发大量心包积液一例[J]. 中华胃肠外科杂志, 2023, 26(12): 1192-1193. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20230411-00112.



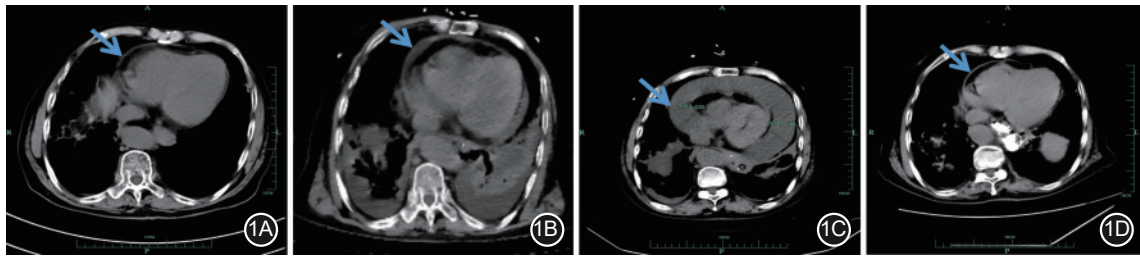


图1 本例食管胃结合部腺癌患者行全胃切除术后肺部CT平扫影像图(箭头所示为心包脏-壁层间距) 1A. 术前未见明显心包积液;1B. 术后6 d可见少量胸腔积液,心包脏-壁层间距小于15 mm;1C. 术后18 d心包积液量进一步增加,心包脏-壁层间距>25 mm;1D. 出院时,两肺散在炎性反应,心包积液较前明显减少

66 g/L,多次肺部CT检查提示,患者心包积液量进展明显,见图1,考虑吻合口漏、心力衰竭、肺部感染和胸腔积液等原因,继发心包积液的发生,立即行超声引导下经皮心包积液置管引流术,引流出500 ml 鲜血性液体后,夹闭引流管,置管7 d,共引出1 900 ml 鲜血性液体,患者胸闷症状明显缓解,经皮氧饱和度指标明显好转,术后24 d复查肺部CT平扫检查提示:两肺散在炎性反应,心包积液较前减少,见图1D。

讨论 临床上可以通过心脏B超和胸部CT等检查明确诊断,心包穿刺引流是挽救心包填塞患者的有效方式,当患者有呼吸困难、胸闷胸痛、上腹不适和下肢水肿等症状,提示需要进行心包穿刺^[1-2]。血性心包积液为贲门癌术后罕见并发症,复习近20年国内资料,未见相同病例报告。因行床边超声引导下经皮心包引流穿刺后患者症状明显好转,引流量逐日减少,本例患者未再次行其他检查确定出血部位。

分析本例患者出现血性心包积液的原因:(1)患者贲门癌累及下段食管,下纵隔淋巴结清扫和食管的游离创面较大,术中吻合困难,过度牵拉暴露可能致纵隔、膈肌及心包膜附近的血管破裂;(2)为预防术后静脉血栓栓塞,本例患者在术后使用依诺肝素钠(克赛)皮下注射,导致凝血功能下降;(3)患者术后出现吻合口漏,导致腐蚀性液体进入下纵隔,可能会加剧这一过程;(4)患者血性心包积液为少量慢性出血,心功能有一定代偿,无典型Beck三联征,也影响了早期确诊;(5)本例患者身高150 cm,体质量43.5 kg,术前营养情况一般,加之手术时间较长,术中出血较多,导致吻合口漏发生,推测可能为吻合口漏继发感染性心力衰竭导致血性心包积液所致。

经皮心包引流常见的并发症有:心律失常、气胸、心肌及冠脉损害、心力衰竭、肺水肿等^[1-2]。本例患者穿刺后引流量为鲜血性液体,经查阅文献确定导管护理方案为^[3]:(1)医生将心包引流管用缝线固定在皮肤上,穿刺点用9546 HP 无菌敷料粘贴,每72 h 更换无菌敷贴一次,为防止非计划拔管的发生,做好红色高危导管标识,并采用3M 敷贴裁剪成“工”字,在距离穿刺点10~15 cm 处进行导管二次固定。(2)引流量每4 h 记录一次,总量控制在≤500 ml/24 h。(3)每4~6 h 进行无菌生理盐水2~3 ml 冲管一次,防止堵管。(4)予心电监护、吸氧,严密观察患者生命体征,定期监测血常规, Q 1 h 记录生命体征、用药情况、胸闷气急、疼痛等不适的感觉, Q 4 h 评估并记录心包液的颜色、性状和量,当心

包积液量≤25 ml/4~6 h 时,考虑拔管。

吻合口漏是食管癌、贲门癌术后最常见的严重并发症,一般发生在术后2周内,多表现为急性胸腔感染,肠内营养支持是首选治疗方案^[4-5]。该患者术后常规留置鼻胃管,深度85 cm,考虑到需长期留置该导管,患者年龄偏大,术后偶有谵妄,为防止非计划拔管,医护讨论后决定采用将鼻胃管用缝线固定在鼻翼,并进行脸颊部二道固定。术后第1 d 即开始行百普力500 ml 营养泵持续管饲,起始速度20 ml/h,根据患者耐受情况,每日以10 ml/h 的速度递增,管饲时,需要将床头抬高≥30°,且每隔4 h 使用30 ml 温开水脉冲式冲管。观察患者有无腹泻、腹胀等不耐受的表现。待纵隔引流管引流液无渣时,行胃造影+上消化道造影检查,评估吻合口漏愈合情况,本例患者术后20 d 开始行经口流质饮食合并肠内营养,术后35 d 携带纵隔引流管、鼻胃管出院。通过定期门诊随访,护士实施“互联网+”随访模式,指导患者最终顺利恢复并拔管。

综上,对于贲门癌后继发血性心包积液的患者,应密切监测血氧饱和度、血气分析、肺部CT平扫等指标,积极行超声引导下经皮心包积液置管引流术、抗感染、加强引流、加强营养支持是本例患者救治成功的关键。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Perez SA, Amastha J, Vincent L, et al. Severe right ventricular failure following pericardiocentesis: a case report of pericardial decompression syndrome[J]. JACC Case Rep, 2021, 3(1): 58-63. DOI: 10.1016/j. jaccas. 2020. 11.037.
- [2] Adi O, Fong CP, Ahmad AH, et al. Pericardial decompression syndrome: a complication of pericardiocentesis[J]. Am J Emerg Med, 2021, 45: 688.e3-688.e7. DOI: 10.1016/j. ajem.2021.01.022.
- [3] 刘雪梅, 顾玉琴, 于红静, 等. 经皮心包引流管护理的最佳证据总结[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(32): 4453-4458. DOI: 10.3760/cma.j.cn115682-20210521-02212.
- [4] 陈宁, 何中元, 赵良柱. 肠内营养支持治疗在食管癌术后吻合口瘘患者中的应用效果[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(9): 1062-1064. DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1671-0274. 2016.09.024.
- [5] 中国抗癌协会胃癌专业委员会, 中华医学会外科学分会胃肠外科学组, 中国医师协会外科医师分会消化专业委员会, 等. 腹腔镜胃癌根治术消化道重建相关并发症防治中国专家共识(2022版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(8): 659-668. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20220712-00302.