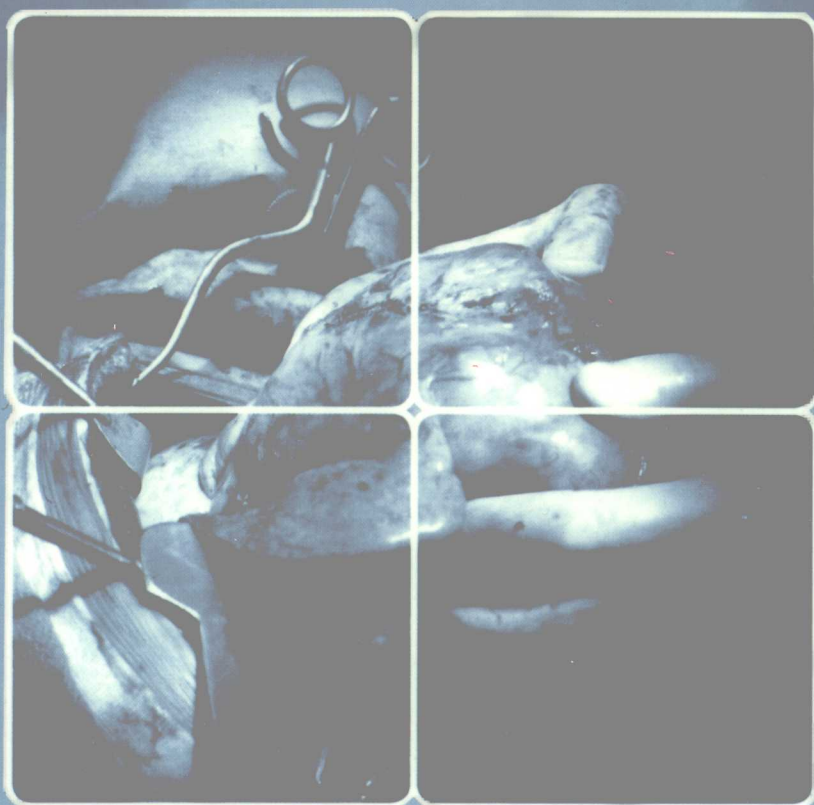


胸外科病例分析

Clinical Scenarios in Thoracic Surgery



原 著 Robert Kalimi
L. Penfield Faber

主 译 支修益

胸外科病例分析

Clinical Scenarios in Thoracic Surgery

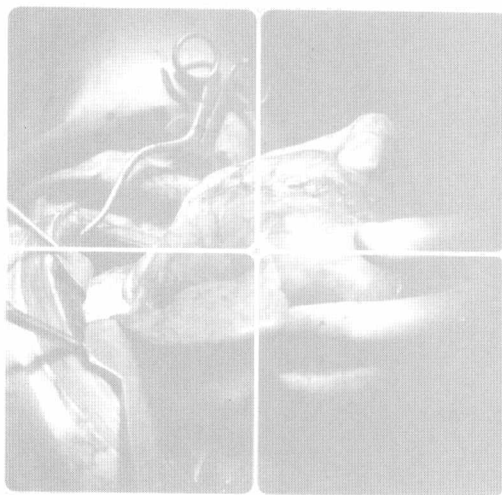
原 著 Robert Kalimi
L. Penfield Faber

主 译 支修益

译 者 (按姓氏笔画排序)

王若天 刘 磊 刘宝东 许庆生
张 毅 苏 雷 陈东红 胡 牧
钱 坤

译者单位 首都医科大学肺癌诊疗中心
首都医科大学宣武医院胸外科



人民卫生出版社

敬告：本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确，并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展，药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时，认真研读药物使用说明书，尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致事故与损失负责。

Clinical Scenarios in Thoracic Surgery

Robert Kalimi, et al.

© 2004 by Lippincott Williams & Wilkins

All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews.

胸外科病例分析

支修益 主译

中文版权归人民卫生出版社所有。本书受版权保护。除可在评论性文章或综述中简短引用外，未经版权所有书者书面同意，不得以任何形式或方法，包括电子制作、机械制作、影印、录音及其他方式对本书的任何部分内容进行复制、转载或传送。

图书在版编目(CIP)数据

胸外科病例分析/支修益主译. —北京:人民卫生出版社, 2008. 8

ISBN 978-7-117-10071-7

I. 胸… II. 支… III. 胸腔外科学-病例-分析
IV. R655

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 041969 号

图字: 01-2006-5480

胸外科病例分析

主 译: 支修益

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 13.25

字 数: 417 千字

版 次: 2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10071-7/R·10072

定 价: 58.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

这本由 Rush 大学医学中心 Robert Kalimi 医生和 L. Penfield Faber 教授编写的《胸外科临床病例分析》是一本很有特色的胸外科专业书籍。两位作者所在的医学中心,胸外科每周六组织主治医师和住院医师进行临床病例讨论。提交讨论的病例具有典型意义,并且资料完整。包括病史、体格检查、实验室检查、影像学资料以及病理诊断。讨论开始时只给出病史、体格检查和初步的影像学检查资料,鼓励参会者进行讨论,提出诊断和鉴别诊断以及需要进行的进一步检查。之后给出详细的影像学检查资料,讨论下一步的处理和注意事项。最后给出病理诊断,以及治疗中并发症的处理。此种模式的讨论影响力逐渐扩大,以至于芝加哥地区其他医院的外科及内科医师受到吸引加入临床讨论,并且踊跃提出需要讨论的病例。

Robert Kalimi 医生和 L. Penfield Faber 教授将所讨论的部分病例加以整理编成了此书。病例选择涉及了胸外科专业的主要疾病,例如胸壁、膈肌、胸膜、气管、支气管、先天性肺部疾病、肺部器质性病变、肺及纵隔的炎性疾病以及食管疾病。对每一疾病的讨论既有历史沿革,又有最新的进展动态,还有现代临床新技术的介绍和运用。所有病例均具有典型的影像学资料,部分病例还有组织学照片。

本书不同于一般的胸外科教科书,不是系统地讲解某一疾病的发病原因、病理改变、诊断标准和处理原则等知识,而是通过一个典型病例的发病、检查、诊断、治疗、并发症处理以及转归等完整过程,辅以典型的影像学资料,使读者在对最终结果一无所知的情况下回顾整个病例,将之前所学的有关该类疾病的知识加以整合。犹如自己亲自参与了整个诊治过程,在头脑中留下极其深刻的印象。另外,阅读本书还可以初步了解美国的医学教育及医疗体系模式,有利于开拓视野,改变固有的思维模式。

为了使读者在阅读中始终保持思考、探索的态度,本书的原目录并未对各章所讨论的疾病予以明确提示,中文版亦保持了原貌;但为了满足不同读者的需求,在本书末亦给出了各章节所讨论的具体疾病,以便于读者在选择性阅读时查找。

本书的译者均是首都医科大学肺癌诊疗中心暨首都医科大学宣武医院胸外科的中青年医生。在紧张的临床工作之余,利用点滴时间进行翻译、校对,基本准确译出了原书内容及作者的写作风格。在此,感谢他们的辛勤劳动和严谨的作风。

由于时间、能力有限,书中难免有疏漏甚至错误。不足之处,敬请同道不吝指正。

支修益

2008 年 7 月 20 日

胸外科临床病例讨论是外科临床教学系列丛书的胸外科专辑。本书采用病例讨论的方式,读者通过这种独特的方式可以更有效的整合信息。本书收集了几乎所有胸外科的常见病例,以影像学图片为依据,提供了诊断及鉴别诊断、治疗计划,并讨论了疾病过程。病例选择涉及了胸外科专业的主要内容,例如胸壁、膈肌、胸膜、气管、支气管、先天性肺部疾病、肺部器质性病变、肺及纵隔的炎性疾病以及食管疾病。另外在临床病例讨论过程中还介绍了一些新技术,如激光、气管梗阻的支架治疗、胸腔镜手术等。

许多年来,Rush 大学医学中心组织了每周六早晨的胸外科主治医师和住院医师的病例讨论会,芝加哥其他地区的外科及内科医师都被邀请参加并且提出需要讨论的病例。按照惯例,先给出影像学图片,引起胸外科住院医师的热烈讨论,然后更加全面的讨论所有信息。星期六晨会的成功在于所提出的病例能够引起大家的兴趣,而影像学图片都具有典型的病理特征,并且参与讨论者在胸外科领域都有广博的知识和经验。

本书的撰写目的在于鼓励和引发读者参与病例讨论。读者可以在对疾病病理知识一无所知的情况下回顾整个病例,然后是胸部 X 线、诊断检查、手术入路及术后处理。读者可以根据目录有针对性的查看自己感兴趣的某个疾病的病例。

我非常荣幸的与我的同事 Dr. L. Penfield Faber 一起编辑这本书。Dr. Faber 在 Rush 大学医学中心胸外科的职业生涯中,培训了近 80 名胸外科医生,他们现在均在美国或国外行医。Dr. L. Penfield Faber 对编辑本书提出了宝贵的意见和建议,我非常感谢他所做出的贡献。

我要感谢本书的作者,他们中的许多人都参加了星期六晨会,提供了大量的影像学图片,细心的收集了相关信息,迅速地为编辑工作提供素材。我也要感谢我的同事 Dr. Robert Bojar,作为 Rush 大学医学中心胸外科培训项目的毕业生,他给了我必要的指导和极大的鼓励。

最后,我要感谢 Lisa McAllister, Lippincott Williams & Wilkins 的主编,由于她的努力本书才得以出版,还要感谢 Dr. Thomas Shields 为本书提出了建设性意见并且作序。

Robert Kalimi

Emile Bacha, M.D.

Assistant Professor of Surgery and Pediatrics
Section of Cardiac and Thoracic Surgery
The University of Chicago
Director
Pediatric and Congenital Cardiac Surgery
Section of Cardiac and Thoracic Surgery
The University of Chicago Hospitals
Chicago, Illinois

L. Penfield Faber, M.D.

Professor
Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery
Rush Medical College
Vice Chairman
Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery
Rush-Presbyterian/St. Luke's Medical Center
Chicago, Illinois

Mark K. Ferguson, M.D.

Professor
Department of Surgery
The University of Chicago
Head
Thoracic Surgery Service
Department of Surgery
The University of Chicago Medical Center
Chicago, Illinois

Jonathan D. Hoffberger, D.O.

Attending Surgeon
Department of Cardiothoracic Surgery
Southeastern Michigan Cardiac Surgeons
Dearborn, Michigan

Lisa Khodadadian Kalimi, M.D., M.S.

Resident
Department of Nuclear Medicine
Albert Einstein College of Medicine/Montefiore
Medical Center
Bronx, New York

Robert Kalimi, M.D.

Attending Surgeon
Minimally Invasive and Robotic Heart Surgery Center
Department of Cardiothoracic Surgery
North Shore University Hospital at Manhasset
Manhasset, New York

Fadi Munir Khoury, M.D.

Fellow
Department of Cardiovascular Surgery
Toronto General Hospital
University of Toronto
Toronto, Ontario, Canada

Jacques Kpodonu, M.D.

Fellow
Department of Cardiothoracic Surgery
University of Illinois Hospitals and Clinics at Chicago
Chicago, Illinois

Robert Gerard Kummerer, M.D.

Attending Surgeon
Department of Cardiothoracic Surgery
Condell Medical Center
Libertyville, Illinois

Rudy Lackner, M.D.

Associate Professor of Surgery
University of Nebraska
Omaha, Nebraska

Vassyl A. Lonchyna, M.D.

Chief
Division of Cardiothoracic and Vascular Surgery
Saint Mary of Nazareth Hospital Center
Chicago, Illinois

Mudiwa Munyikwa, M.D.

Attending Surgeon
Department of Thoracic Surgery
Beebe Medical Center
Lewes, Delaware

Jemi Olak, M.D.

Associate Professor of Clinical Surgery
Department of Surgery
University of Illinois at Chicago
Chicago, Illinois
Staff Surgeon
Department of Surgery
Lutheran General Hospital
Park Ridge, Illinois

Manisha A. Patel, M.D.

Attending Surgeon
Cardiac, Vascular, and Thoracic Surgeons, Inc.
Cincinnati, Ohio

Norman J. Snow, M.D.

Professor of Surgery
Division of Cardiothoracic Surgery
University of Illinois at Chicago
Chief
Section of Thoracic Surgery
Division of Cardiothoracic Surgery
University of Illinois Medical Center
Chicago, Illinois

Ozuru O. Ukoha, M.D.

Assistant Professor
Department of Cardiothoracic Surgery
Rush University
Senior Attending Physician
Division of Cardiothoracic Surgery
Cook County Hospital
Chicago, Illinois

病例 1	1
病例 2	4
病例 3	7
病例 4	10
病例 5	14
病例 6	17
病例 7	21
病例 8	24
病例 9	28
病例 10	31
病例 11	36
病例 12	39
病例 13	42
病例 14	46
病例 15	50
病例 16	53
病例 17	56
病例 18	59
病例 19	62
病例 20	65
病例 21	69
病例 22	72
病例 23	74
病例 24	77
病例 25	81
病例 26	84
病例 27	88
病例 28	91
病例 29	95
病例 30	99
病例 31	103
病例 32	107
病例 33	110
病例 34	114
病例 35	118
病例 36	121

病例 37	124
病例 38	128
病例 39	132
病例 40	136
病例 41	139
病例 42	142
病例 43	145
病例 44	149
病例 45	152
病例 46	155
病例 47	158
病例 48	161
病例 49	164
病例 50	167
病例 51	170
病例 52	173
病例 53	176
病例 54	180
病例 55	183
病例 56	186
病例 57	189
病例 58	192
附录 章节内容索引	195

病史

一名 27 岁的学生因呼吸困难、咳嗽 6 周来就诊。患者没有严重的既往病史，否认吸烟史，无恶性肿瘤家族史，居于美国 20 年，未曾出国远行。体格检查示生命体征平稳，心脏听诊无异常，右肺呼吸音减低。

胸部 X 线片（图 1-1 和图 1-2）

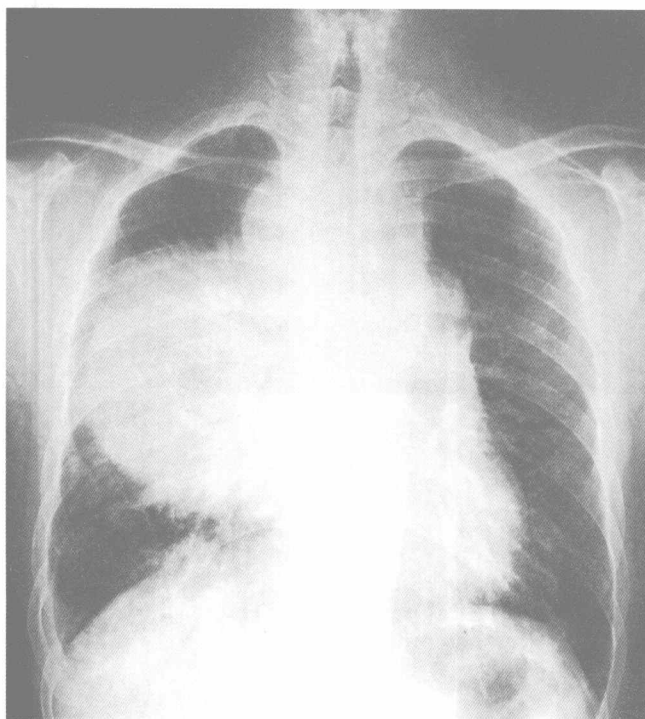


图 1-1

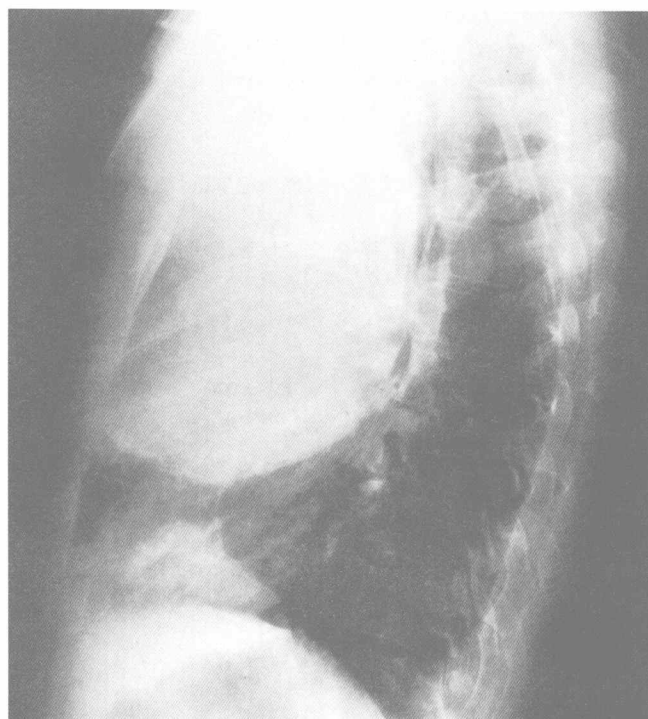


图 1-2

胸部 X 线报告

胸部 X 线提示前纵隔及右肺巨大肿物，心界不大，胸膜无渗出，左肺未见异常。

讨论

前纵隔肿物的鉴别诊断应考虑胸腺瘤、淋巴

瘤、甲状腺肿、生殖细胞瘤。对一个表现为前纵隔肿物的患者，完整的病史和体格检查是非常重要的。上睑下垂，发音困难，肌无力，尤其是活动后肌无力加重，常提示胸腺瘤合并重症肌无力。腋窝、锁骨上、颈部淋巴结肿大提示淋巴瘤。60% 的纵隔生殖细胞瘤患者没有症状，40% 的患者可以表现为呼吸困难和胸痛。

年轻的纵隔肿瘤患者必须做胸部 CT 和肿瘤标志物检查, 肿瘤标志物包括甲胎蛋白 (α -fetoprotein, AFP)、 β -人绒毛膜促性腺激素 (human chorionic gonadotropin beta, β -HCG) 及乳酸脱氢酶 (lactate dehydrogenase, LDH)。

CT 检查 (图 1-3 和图 1-4)

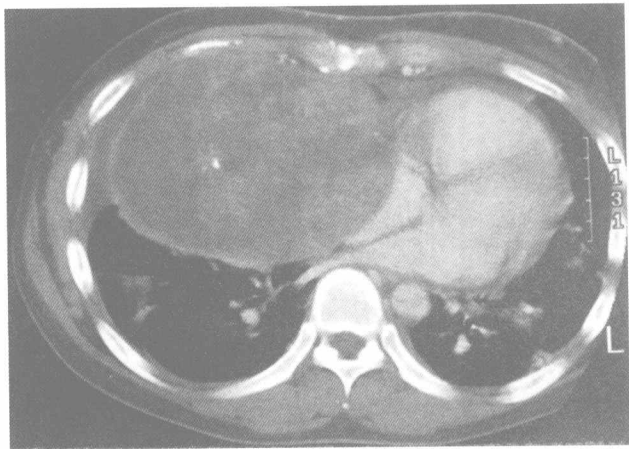


图 1-3

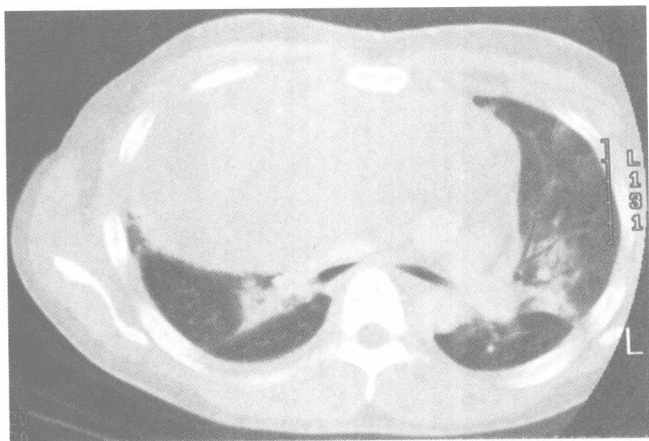


图 1-4

CT 检查报告

胸部 CT 显示非均质的 $18\text{cm} \times 8\text{cm} \times 9.8\text{cm}$ 大小肿物伴有钙化, 其中多处坏死出血。肿物延伸至颈部和右胸膜腔内, 气管及两侧主支气管受压。

病例跟踪

肿瘤标志物检测示 AFP 为 437ng/ml , β -HCG 轻度升高。

讨论

年轻男性的 AFP 及 β -HCG 升高强烈提示生殖细胞瘤。约 10% 的生殖细胞瘤位于性腺以外, 可以是良性的 (如畸胎瘤或表皮样囊肿), 也可以是恶性的。恶性生殖细胞瘤可以分为精原细胞瘤和非精原细胞瘤。肿瘤标志物 AFP 或 β -HCG 的升高提示可能是恶性生殖细胞瘤。大多数恶性精原细胞瘤患者的 AFP 和 β -HCG 处于正常水平。10% 的恶性精原细胞瘤患者血清 AFP 从不升高, 而 β -HCG 仅轻度升高。现认为生殖细胞瘤来源于胸腺中的全能细胞, 而过去有人认为这种肿瘤是隐蔽的性腺肿瘤的转移灶。但是, 对纵隔恶性生殖细胞瘤患者进行阴囊内容物的病理检查并不支持这种理论。因此, 恶性生殖细胞瘤患者如体格检查睾丸正常则没有必要进行睾丸超声检查。良恶性生殖细胞瘤的治疗方法不同, 因此, 要制定治疗方案必须进行组织学诊断。肿瘤标志物 (如 AFP 或 β -HCG) 高于 500ng/ml 可以诊断为非精原细胞瘤, 应马上开始化疗而不必等组织学诊断结果。

组织学和细胞学方法可用于肿瘤标志物升高的肿瘤患者的组织学分型。CT 引导下的针吸活组织检查可以得到适当的标本。如果针吸活组织检查不能诊断, 前纵隔切开活组织检查 (Chamberlain 法) 可以得到充足的组织进行诊断。

病例跟踪

采用 Chamberlain 法沿第二肋软骨上缘切开, 取活组织检查显示为内胚窦 (卵黄囊) 瘤。

讨论

只有 10% 的生殖细胞瘤位于性腺外, 纵隔是性腺外最常见的生殖细胞瘤生长部位。其他部位包括腹膜后间隙和松果体。纵隔肿瘤中有 10% 是生殖细胞瘤, 约 10% 纵隔生殖细胞瘤是良性的 (畸胎瘤), 其余都是恶性的。恶性的生殖细胞瘤可以分为精原细胞瘤和非精原细胞瘤, 分别占纵隔恶性生殖细胞瘤的 30% 和 70%。非精原细胞瘤按组织学分型可分为: (1) 畸胎瘤; (2) 内胚窦 (卵黄囊) 瘤; (3) 绒毛膜瘤; (4) 胚胎性瘤。患有 Klinefelter 综合征 (性腺发育不全, XXY, 无精子症) 的患者发生纵隔恶性生殖细胞瘤的概率较大。这些患者比不伴有 Klinefelter 综合征的患者早 10 年发病。纵隔恶性生殖细胞瘤在女性中不常见。

临床表现与组织学分型有关，良性肿瘤（畸胎瘤）常常由偶然的放射影像学发现，恶性肿瘤常常因肿瘤压迫或侵袭至纵隔组织，如气道、食管或上腔静脉引起症状而被发现。与精原细胞瘤相比，非精原细胞瘤生长迅速，因此，迅速的诊断和初始治疗非常重要。有 85% 的患者可能转移至肺、胸膜、腹膜后淋巴结、肝、骨、脑及肾脏。血液的恶性疾病常常与非精原细胞瘤相关，并且多在非精原细胞瘤诊断后的 1 年内出现。非精原细胞瘤的治疗常常采用以顺铂为基础的化疗。

病例跟踪

腹部及脑部 CT 显示没有转移灶，患者接受了 4 个疗程的化疗，化疗药物采用顺铂、依托泊苷、长春碱、博来霉素静脉注射。

虽然患者血清 AFP 水平降至正常，但肿瘤并没有减小，而且呼吸困难和胸痛进行性加重。患者接受了胸骨正中切开术切除肿物，肿瘤及其包膜被完整切除，术中未损伤喉返神经及膈神经。由于肿瘤已侵及右上肺叶，与肿瘤一起切除了肺边缘的一部分。病理检查为成熟畸胎瘤，而无任何恶性的证据。

术中照片（图 1-5）

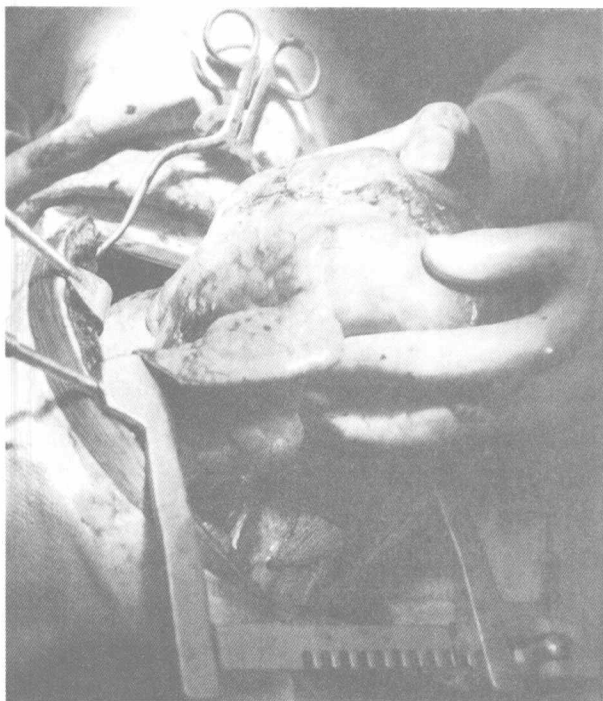


图 1-5 见彩图页

讨论

单纯精原细胞瘤对放疗及以顺铂为基础的化疗都很敏感，而非精原细胞瘤常常采用以顺铂为基础的化疗方案而不辅以放疗。化疗 3 个月后，患者需复查胸部及腹部 CT 及血清学标志物。如果肿瘤标志物正常，并且没有任何影像学证据显示有肿瘤残存，那么则不必进行进一步的干预。在最初的 2 年内，应每月进行体格检查并复查胸部 X 线。如果在化疗后肿瘤标志物仍升高，则应该增加化疗药物的剂量或者更改化疗方案。如果肿瘤标志物正常而影像学证据（如前所述）仍显示有肿瘤，且 CT 显示肿瘤没有减小的迹象，则应行外科手术切除。一般情况下，残余的肿瘤是良性畸胎瘤或者是坏死的肿瘤。由于良性畸胎瘤可能继续生长产生压迫症状，化疗完成后应予以切除。另外，畸胎瘤也可能转变为恶性。最后，如果切除的标本中有存活的生殖细胞肿瘤，应进行进一步的化疗。

病史

一位 85 岁的老年女性因出现支气管炎的症状而就诊，已用抗生素治疗 2 周，患者有吸烟史，每年吸烟 50 包。用抗生素治疗 2 周后，患者仍持续咳嗽，胸部 X 线显示右肺单个小结节影，为了进一步评价患者的病情行胸部 CT 检查。

CT 检查（图 2-1 和图 2-2）

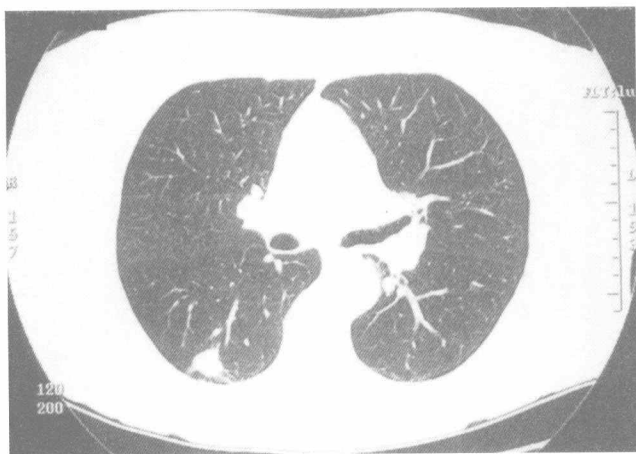


图 2-1

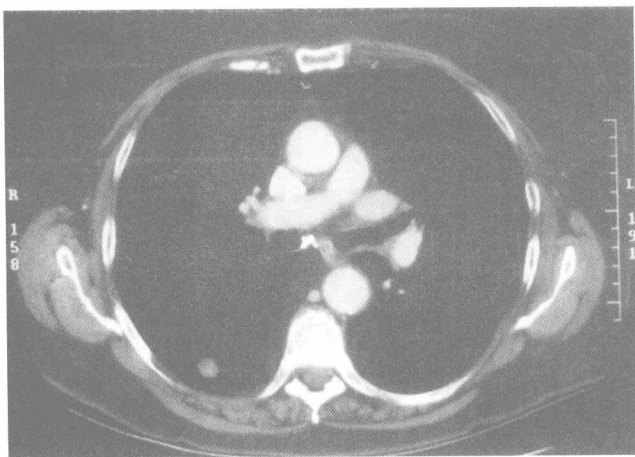


图 2-2

CT 检查报告

胸部 CT 显示右肺下叶背段单个 2cm 大小的实性结节，边缘呈毛刺状，延伸至胸膜。无纵隔淋巴结肿大，轻度肺气肿，胸膜无渗出。

病例跟踪

患者行支气管镜检查，背段支气管刷检显示无恶性病变。肺功能检查（pulmonary function tests, PFTs）显示一秒用力呼气量（forced expiratory volume in 1 second, FEV₁）占预计值的 73%，一氧化碳弥散量（diffusing capacity of lung for carbon monoxide, D_{LCO}）占预计值的 60%。随后又做了胸腔镜活组织检查及冷冻切片。冷冻切片证实为鳞状细胞癌。患者行开胸右肺下叶切除术及纵隔淋巴结清扫术。

术中，肿瘤定为 T₂N₀M₀, IB 期，未进行放疗及化疗。

患者术后戒烟并定期行胸部 X 线及体格检查。术后 3 年，患者体格检查正常，但胸部 X 线显示异常，立即进行了胸部 CT 检查。

CT 检查（图 2-3 和图 2-4）

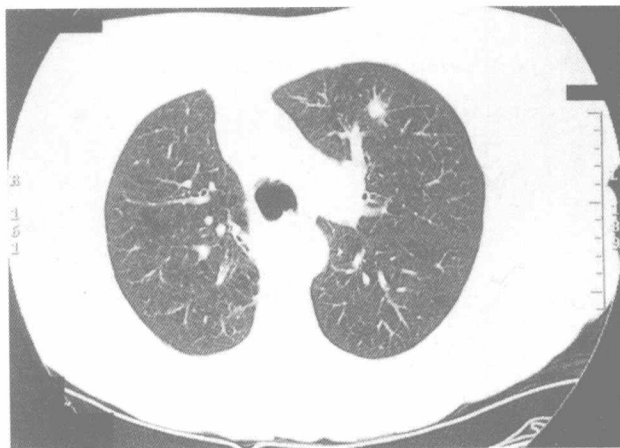


图 2-3

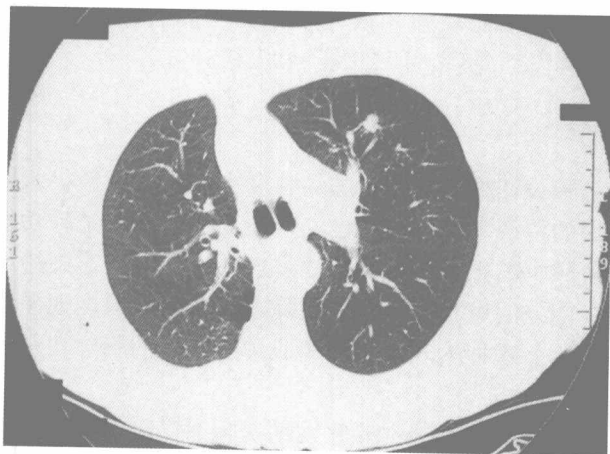


图 2-4

CT 检查报告

CT 显示左肺上叶舌段一直径约 8mm 结节。由于右下肺叶切除，右侧胸廓稍小，轻度小叶中心型肺气肿，无纵隔淋巴结肿大，无胸膜渗出。

鉴别诊断

在原发肿瘤切除数月后，肺部出现的新肿物可能是异时的、转移的、复发的恶性肿瘤或良性的病灶。6%~8% 成功治疗的肺癌患者可能发生第二个原发性肺癌。异时病灶定义为非原发部位新出现的不同或相同组织类型的病灶。治疗后无瘤生存 2 年以上新发现的病灶，如果是原位癌，或发生于与原发肿瘤不同肺叶的病灶，如果与原发肿瘤无共同淋巴引流路径同时无肺外转移，即便组织学类型相同亦可诊断为第二个原发肺癌。

同时或异时病灶若只限于两处，外科手术治疗是可行的。但如果 3 处或以上，尤其患者已有明显的体重减轻和乏力，则很可能已经发生转移，不能进行手术。复发病灶常常出现在原发部位，但应作为新发病灶来对待。当肿瘤处于 I 期或 II 期时，如果患者有足够的肺功能储备并且心功能可以耐受，应考虑手术切除。Lung-sparing 手术尤其适用于这种情况。

建议

患者术后 3 年在对侧肺出现新的病灶提示异时性肺癌。PET 扫描 (positron-emission tomography, PET) 可以发现局部淋巴结及身体其他部位的转移灶，需要的时候可以检查脑部 CT。通过 PFTs、功能性分流通

气血流比值 (V/Q) 及心功能评价可以评估患者的生理状况。通过支气管镜检查评估先前的手术部位并除外支气管内病变。

PET 扫描 (图 2-5)

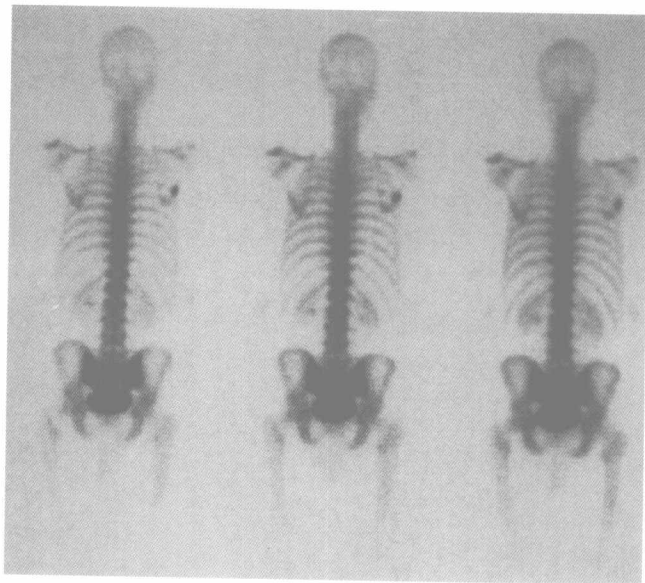


图 2-5

PET 报告

PET 扫描显示，左肺可见一个放射性摄取增高病灶，SUV 3.2。其余部位未发现代谢增强。

病例跟踪

患者独自生活，生活完全自理。每天步行去食品杂货店，爬一层楼梯到家。患者食欲很好，体重也保持稳定。PET 扫描仅显示左肺一个放射性摄取增高影。实验室检查均正常。PFTs 示 FEV₁ 为 1.35L。V/Q 功能性分流右肺 35%，左肺 65%。支气管镜检查阴性。多巴酚丁胺负荷试验提示不可逆性下壁心肌缺血改变。

建议

患者无瘤生存 3 年，生理状况良好，可以耐受手术。由于患者已年过八旬，应尽量保留肺实质，限制性切除比较适当。对良性病灶或转移灶，楔形切除比较合适；对恶性病灶，解剖性肺段切除更为合适。肺

癌行肺段切除或肺叶切除的长期生存率是相同的，但肺段切除后局部复发率较高。

手术方法

行左侧胸廓切开术，分离背阔肌，左肺萎陷，可触及左上肺舌叶段小结节，行针吸活检，冰冻切片报告为腺癌。

暴露斜裂，使用 GIA 吻合器充分地分离斜裂，同时解剖肺远端动脉，分离上、下支气管及舌叶动脉。在切除肺段前，先摘除第 11 和 12 站淋巴结，冷冻切片显示无肿瘤组织。分离结扎肺支气管动脉，分离舌段支气管，用可吸收缝线结扎。分离、结扎并切

断舌叶的静脉。确认段间平面，用闭合器切断肺实质。肺段切除后，清扫纵隔淋巴结。

讨论

肺段切除术是治疗肺结核和支气管节段性扩张所采用的传统术式。同时也适用于肺癌，尤其是肺功能储备减少的患者和第二个原发性肺癌患者。对高龄或心功能差的患者采用肺段切除术可以最大限度地保留肺实质。这种术式通过分离肌肉或局部的胸廓切开即可完成。

肺段切除术的主要并发症是肺漏气时间延长和支气管-肺痿。用组织覆盖可以减少肺断面处的空气泄漏。肺段切除后局部复发率高达 15%。

病史

一位 64 岁老年男性,4 个月来吞咽固体食物困难,体重减轻 12 磅。患者诉饭后 1 小时内反酸、暖气。有吸烟史,每年 40 包,无酗酒史。已做胸部 X 线检查。

胸部 X 线片 (图 3-1)

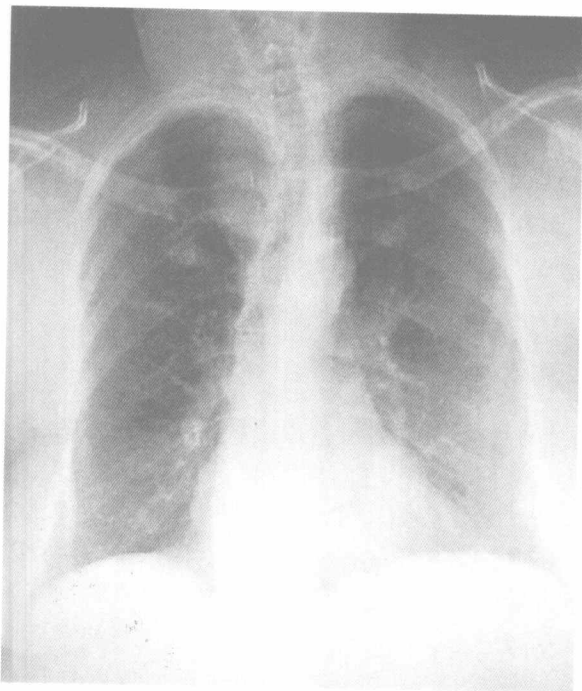


图 3-1

胸部 X 线报告

胸部 X 线提示肺内无肿物,胸膜无渗出。气管右偏,心界大小正常。

讨论

吞咽困难的鉴别诊断包括食管梗阻及食管的神经肌肉功能障碍。食管梗阻可以由食管癌、Schatzki 环、消化道狭窄等引起。食管的神经肌肉功能障碍包括贲

门失弛缓症、食管痉挛及胡桃钳食管。其他病因的食管吞咽困难较少见,包括食管的受压,如血管系统的偏离、淋巴结病及纵隔肿物等。

病史及体格检查对评估患者吞咽困难非常重要。详细的询问病史和细致的体格检查可以发现患者的许多症状和体征,对作出最可能的诊断很有帮助。表现为吞咽困难和食管梗阻体征的患者,上消化道造影可以得到较准确的诊断。这种检查还能观察食管的活动情况。双重对比造影可以更好地显示食管粘膜。上消化道造影检查后,可能需要通过其他的检查,如消化道内镜、食管测压、24 小时 pH 值监测,进一步获得食管的病理学特征。

上消化道造影 (图 3-2 和图 3-3)

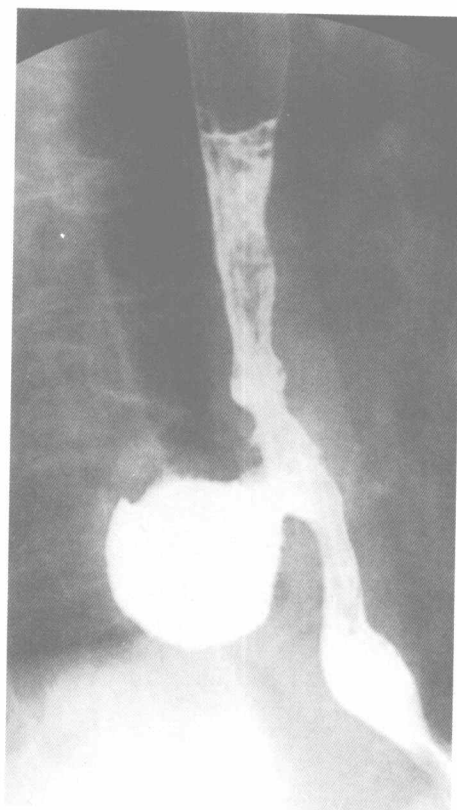


图 3-2



图 3-3

上消化道造影报告

上消化道造影显示一口径为2cm的5cm×5cm大小的膈上食管憩室。动态观察可见食管的第三收缩，同时可见胃食管反流至胸廓入口水平。

建议

行上消化道内镜检查憩室内有无溃疡及炎症，有无食管炎及食管裂孔疝。虽然膈上憩室合并恶性肿瘤很少见，但也应用内镜检查加以排除。

病例跟踪

上消化道内镜检查证实了接近胃食管连接部（gastroesophageal junction, GEJ）有一宽口憩室。食管粘膜正常，可见一较小的食管裂孔疝。胃及十二指肠未见异常。

建议

需要进行食管测压评估食管活动紊乱程度，并制

定手术干预方案。食管测压对于决定手术干预时肌层切开的长度很重要。

食管测压结果

在直视下插入灌满水的测压导管，避免导管在憩室内发生卷曲。用X线检查确定导管在胃中，缓慢退出导管，观察胃、食管下段括约肌（lower esophageal sphincter, LES）、食管及食管上段括约肌（upper esophageal sphincter, UES）。食管下段括约肌的特征如下：LES长3.7cm，LES腹内长度2.0cm，LES静息压力48.4mmHg（1mmHg=0.133kPa）。

LES吞咽反射存在（部分完全松弛，部分50%~75%松弛）。静息LES压力高于正常值（14.3~34.5mmHg）。

食管远端1/3出现高幅蠕动波（高达320mmHg）强烈提示胡桃钳食管。食管近段2/3蠕动波正常。UES静息压力为38.4mmHg（正常范围70~94mmHg），吞咽时能正常松弛。

病例跟踪

基于以上结果，建议患者行左侧胸腔切开，憩室切除，扩大肌层切开及局部胃底折叠术（Belsey Mark IV）。

手术方法

术中，置硬膜外导管以缓解术后疼痛。患者行双腔支气管插管术，胃内放置18-F鼻胃管，患者取右侧卧位，从左后侧切开胸腔，经第7肋间进入胸腔。分离下肺韧带至下肺静脉水平，在同水平环绕食管置一烟卷式引流管。采用锐性和钝性分离食管远端至烟卷式引流管处，应避免损伤迷走神经。将憩室从周围组织中分离出来。然后将一50-F探针放入食管内引导，用TA-60吻合器在探针上方切除憩室。吻合线上用4-0聚二恶烷酮（polydioxanone, PDS）缝线缝合。在距吻合线180°的位置，从肺静脉以下至胃上1.5cm行扩大食管肌层切开。在接近针脚处穿Ethibond 1号线，不打结。然后行Belsey Mark IV胃底折叠术。剔除GEJ周围的脂肪，在胃距GEJ远端2cm处和GEJ近端2cm处用2-0线行第一层水平褥式缝合。用2-0线在横膈处行水平褥式缝合，然后缝合胃距第一道缝合线远端2cm处，再缝合食管距第一道缝合线远端2cm处，最后缝合至横膈上。这种方法