

临床并发症丛书

Linchuang Bingfazheng Congshu

消化系统疾病 并发症

鉴别诊断与治疗

主编 罗和生

 科学技术文献出版社

XiaoHuaXi Jibing Bingfazheng

消化系疾病并发症 鉴别诊断与治疗

主 编	罗和生				
副 主 编	丁一娟	邓 涛	谭诗云		
编 委	罗和生	丁一娟	邓 涛	谭诗云	
	周中银	沈 磊	贺 磊	赵 亮	
	周 晶	孙 军	刘 军	谭海燕	
	陈明锴	操寄望	陈丹丹	邹 傲	

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

消化系疾病并发症鉴别诊断与治疗/罗和生主编.-北京:科学技术文献出版社,2009.4

(临床并发症丛书)

ISBN 978-7-5023-6309-3

I. 消… II. 罗… III. 消化系统疾病-并发症-诊疗 IV. R570.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 026738 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 李 洁

责 任 编 辑 李 洁

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 富华印刷包装有限公司

版 (印) 次 2009 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 317 千

印 张 14

印 数 1~4000 册

定 价 28.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

目 录

第一章 食管疾病并发症	(1)
第一节 胃食管反流病并发症	(1)
第二节 食管癌并发症	(5)
第三节 贲门失弛缓症并发症	(11)
第四节 食管裂孔疝并发症	(13)
第五节 食管贲门黏膜撕裂综合征并发症	(17)
第二章 胃疾病并发症	(19)
第一节 消化性溃疡并发症	(19)
第二节 急性胃黏膜病变并发症	(30)
第三节 胃癌并发症	(33)
第四节 胃石症并发症	(36)
第五节 十二指肠淤滞症并发症	(41)
第六节 胃部手术后的近期并发症	(49)
第七节 胃部手术后的远期并发症	(59)
第三章 小肠疾病并发症	(63)
第一节 肠梗阻并发症	(63)
第二节 吸收不良综合征并发症	(65)
第三节 嗜酸性胃肠炎并发症	(66)
第四节 缺血性肠病并发症	(67)
第五节 急性出血性坏死性小肠炎并发症	(69)
第六节 伪膜性小肠炎并发症	(71)
第七节 小肠憩室病并发症	(73)
第八节 小肠肿瘤并发症	(74)
第九节 小肠血管畸形并发症	(75)
第四章 炎症性肠病并发症	(77)
第一节 溃疡性结肠炎并发症	(77)

第二节 克罗恩病并发症	(82)
第五章 结肠疾病并发症	(86)
第一节 感染性肠炎并发症	(86)
第二节 放射性肠炎并发症	(88)
第三节 抗生素相关性肠炎并发症	(90)
第四节 肠结核并发症	(91)
第五节 大肠癌并发症	(93)
第六节 慢性腹泻并发症	(95)
第七节 痔并发症	(96)
第六章 腹膜疾病并发症	(98)
第一节 结核性腹膜炎并发症	(98)
第二节 腹膜肿瘤并发症	(101)
第七章 肝胆疾病并发症	(103)
第一节 病毒性肝炎并发症	(103)
第二节 酒精性肝病并发症	(107)
第三节 药物性肝病并发症	(111)
第四节 脂肪肝并发症	(113)
第五节 肝硬化并发症	(115)
第六节 肝脓肿并发症	(118)
第七节 Budd-Chiari 综合征并发症	(120)
第八节 原发性肝癌并发症	(125)
第九节 急性胆囊炎并发症	(131)
第十节 胆石症并发症	(139)
第十一节 原发性硬化性胆管炎并发症	(145)
第十二节 急性化脓性胆管炎并发症	(148)
第十三节 胆管肿瘤并发症	(153)
第十四节 原位肝移植术后内科并发症	(156)
第十五节 经皮肝穿刺活检并发症	(163)
第八章 胰腺疾病并发症	(166)
第一节 急性胰腺炎的局部并发症	(166)
第二节 急性胰腺炎的全身并发症	(173)
第三节 慢性胰腺炎并发症	(181)
第四节 胰腺癌并发症	(183)

第五节 胰腺假性囊肿并发症	(187)
第九章 消化内镜诊断及治疗并发症	(191)
第一节 消化内镜的常规检查并发症	(191)
第二节 上消化道异物取出术并发症	(193)
第三节 消化道良性肿瘤内镜治疗并发症	(195)
第四节 食管胃底静脉曲张内镜治疗并发症	(198)
第五节 经内镜消化道狭窄扩张术并发症	(200)
第六节 经内镜消化道狭窄支架植入术并发症	(201)
第七节 经皮胃造瘘术并发症	(204)
第八节 双气囊小肠镜检查并发症	(206)
第九节 内镜逆行胰胆管造影术后并发症	(208)
第十节 内镜下乳头括约肌切开后并发症	(211)
参考文献	(214)

第一章

食管疾病并发症

第一节 胃食管反流病并发症

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)指由于胃、十二指肠内容物反流进入食管引起的烧心、胸骨后疼痛等症状,还包括其导致的食管炎和咽、喉、气道等组织损害。其中内镜下食管黏膜发生糜烂、溃疡等炎性病变者称为反流性食管炎。内镜下无反流性食管炎者称为内镜阴性的胃食管反流病。

总的来说,胃食管反流病是消化道动力障碍导致食管抗反流防御功能下降,胃酸、胆酸、胰酶等反流物对食管黏膜造成损伤的结果,其发病机制涉及以下几个环节。

(1)食管下段括约肌(LES)压力下降和一过性 LES 松弛。

(2)食管清除反流物的能力下降。

(3)食管黏膜屏障防御功能削弱。

(4)胃十二指肠功能失调。

胃食管反流病的并发症主要有上消化道出血、食管狭窄和 Barrett 食管等,下面对其并发症进行阐述。

一、上消化道出血

【概述】

少数反流性食管炎因食管黏膜糜烂、溃疡而发生上消化道出血,发生率在 5% 以下。一般为少量出血,表现为少量呕血和(或)黑便、大便潜血阳性。偶有大出血和周围循环衰竭的表现。

【诊断】

符合胃食管反流病诊断标准,患者出现呕血和(或)黑便、大便潜血阳性,内镜检查食

管黏膜出现糜烂、溃疡,能排除其他原因引起的上消化道出血。

【鉴别诊断】

主要与其他引起上消化道出血的原因如急性胃黏膜病变、消化性溃疡、食管静脉曲张破裂出血等相鉴别。符合胃食管反流病诊断标准,内镜检查食管黏膜出现糜烂、溃疡不难与上述原因鉴别。

【治疗】

临床上主要给予抑酸、止血治疗。因大多数病例为少量出血,一般不需要特殊治疗。

【预防】

积极治疗原发病。

二、食管狭窄

【概述】

严重、反复发作的反流性食管炎可使8%~20%的患者发生食管狭窄。这种狭窄较短,一般位于食管下段与胃黏膜连接处的上方,由于炎症的反复发作和胃酸的慢性刺激,食管壁纤维结缔组织增生,最终导致管腔发生瘢痕性狭窄,可引起吞咽困难、呕吐、胸痛等症状。

【诊断】

符合胃食管反流病诊断标准,内镜检查食管下段与胃黏膜连接处的上方出现瘢痕性狭窄,能排除其他原因引起的食管狭窄。

【鉴别诊断】

主要与其他引起吞咽困难和食管狭窄的疾病如食管肿瘤、腐蚀性食管炎、食管损伤、

食管-胃手术、贲门失弛缓症、食管外来压迫等相鉴别。内镜检查、24小时食管pH值检测、测压检查符合胃食管反流病诊断标准,内镜检查食管下段与胃黏膜连接处的上方出现瘢痕性狭窄,不难与上述原因鉴别。

【治疗】

内镜下食管扩张术包括金属探条扩张和气囊扩张,是治疗食管狭窄的主要方法,对大多数患者有效。具体方法为:在内镜下用一根金属导丝通过狭窄部,然后以探条扩张器或气囊通过导丝到达狭窄部进行扩张,保持一定时间和压力致狭窄部管径明显扩大且感吞咽困难明显缓解为止。扩张器械、方式、时间应根据食管狭窄类型、初次扩张效果、患者耐受程度而定。少数扩张术无效或复发的患者可考虑手术治疗。扩张术后给予质子泵抑制剂长期维持治疗或行抗反流手术防止狭窄复发。

【预防】

积极治疗原发病,定期复查胃镜,做到早诊断、早治疗。

三、Barrett食管

【概述】

Barrett食管指食管下段食管胃交界处的上皮发生由含有杯状细胞的特殊肠化生上皮替代正常食管复层鳞状上皮的一种病变,常提示慢性炎症的长期刺激。现在认为这种化生的上皮主要来源于食管下段复层鳞状上皮的多能干细胞。其发生机制尚不完全清楚,可能是食管上皮受到胃酸-胃蛋白酶、胆汁、胰液等反流物的侵蚀发生化学性炎症改变,刺激食管黏膜上皮的多能干细胞的促上

皮生长因子受体活化,导致细胞分化的异常。对上述反流物侵蚀耐受性较强的胃柱状上皮逐渐向上再生,蔓延到达食管下段,取代了原有对反流物耐受性较差的食管复层鳞状上皮。

在内镜下 Barrett 食管的形态一般分为三型。

(1)全周型:病变红色黏膜向食管延伸累及全周,其游离缘距食管下括约肌在 3cm 以上。病变与胃黏膜无明显界限。

(2)岛型:表现为齿状线 1cm 以上出现斑片状红色黏膜或红色黏膜内残留岛状灰白色黏膜。

(3)舌型:病变黏膜与齿状线相连,伸向食管近端,呈舌状或半岛状。

此外,根据 Barrett 食管的长度还可以将其分为长节段和短节段 Barrett 食管。长节段 Barrett 食管指红色病变黏膜长度在 3cm 及 3cm 以上。病变长度在 3cm 及 3cm 以下的为短节段 Barrett 食管。短节段 Barrett 食管的发病率明显高于长节段达 6~20 倍。在描述 Barrett 食管内镜下形态时应注意明确食管鳞状上皮和胃柱状上皮的交界线(SCJ)和食管-胃交界线(EGJ)的位置,病变近端、远端距门齿的位置。内镜下染色结合放大内镜有助于提高 Barrett 食管的内镜下的诊断和辨别率。如美蓝染色对肠化上皮有选择性染色作用,卢戈碘液染色对鳞状上皮有选择性染色作用,靛胭脂染色能显示绒毛样肠化上皮。其效果受到染色时间、染料浓度、冲洗时间、糜烂、溃疡和残留鳞状上皮的影响。

Barrett 食管在病理组织学上定义为含有杯状细胞的特殊肠上皮取代正常食管鳞状上皮,其主要组织病理学模式是以黏液细胞、杯状细胞和绒毛结构为特征的特异性的柱状肠上皮。这种特异性化生柱状肠上皮在表层主要由杯状细胞、浅蓝色柱状上皮、透明柱状

上皮和带有刷状边缘的肠细胞样细胞组成,缺乏真正小肠细胞的超微结构和吸收能力,是不完全性小肠组织化生的一种例证。其中杯状细胞被公认是 Barrett 食管的特点,在 HE 染色组织中较容易辨认,也可用 pH 2.5 的 Alcian 蓝染色深染后辨认。肠上皮化生按病理学特点和分泌的黏蛋白分为 I、II、III 型。II、III 型为不完全化生肠化生,和反流性食管炎相关,是 Barrett 食管的特点。其他少见的病理学类型还包括贲门型和胃底型。贲门型上皮含有小凹及上皮腺,可分泌黏液,类似胃贲门上皮。胃底型上皮类似胃底胃体上皮,有小凹、黏液腺、壁细胞及主细胞,但腺体较少。

Barrett 食管的内镜诊断和病理诊断符合率一般为 50%。为减少漏诊,内镜检查时应从食管-胃交界线(EGJ)开始到食管鳞状上皮和胃柱状上皮的交界线(SCJ)对全节段 Barrett 食管的粉红色黏膜进行每 2cm 四个象限各一块组织的活检,并放在同一蜡块中。高度异型增生的病例活检密度应增加到 1cm。可疑 Barrett 食管应在病灶的四周多取组织活检以提高诊断率。

Barrett 食管可发生消化性溃疡,亦是食管腺癌的主要癌前病变。其腺癌的发生率为 2%~9%,每年发生率为 1/208~1/50,较正常人高 30~50 倍。

一般认为,Barrett 食管癌变的发展顺序为:正常食管—胃食管反流病—鳞状上皮食管炎—肠上皮化生—Barrett 食管—异型增生—食管腺癌。其中异型增生是癌变发展的关键,在组织病理学上定义为局限于基底膜以内由恶性构造上皮和细胞学异常变化所组成。恶性构造上皮腺体多不规则,拥挤在一起,呈多层扭曲状,失去极化性,腺体细胞核变得大而圆,深染,核仁增大,染色质呈块状,核分裂活跃并出现异常核分裂像。临床上将

其分为低度异型增生和高度异型增生两类。

【诊断】

内镜检查食管下段粉红带灰白的食管黏膜出现类似胃黏膜的橘红色病灶,呈环周、舌状、岛状分布,病灶组织检查含有杯状细胞的特殊肠上皮取代正常食管鳞状上皮。

【鉴别诊断】

主要与胃贲门黏膜肠上皮化生相鉴别,后者多见于胃窦、胃体部慢性炎症并伴有幽门螺杆菌感染,pH 2.5 的 Alcian 蓝染色阴性,角蛋白 CK7、CK20、DAS-1 蛋白免疫组织化学染色阴性。Barrett 食管则多不伴有幽门螺杆菌感染,pH 2.5 的 Alcian 蓝染色阳性,角蛋白 CK7、CK20、DAS-1 蛋白免疫组织化学染色阳性。

【治疗】

其治疗应兼顾治疗基础疾病(胃食管反流病)、预防 Barrett 食管的发生和阻止 Barrett 食管向腺癌的发展两方面。尽量减少胃食管反流及合理治疗胃食管反流是预防 Barrett 食管发生的主要手段。

目前内、外科各种治疗方法尚无一种方法能完全逆转 Barrett 上皮的化生改变,取得满意的治疗效果。研究发现长期质子泵抑制剂维持治疗可减少 Barrett 溃疡的发生,缩短 Barrett 食管黏膜长度,使复发率下降。其他方法如抗反流手术、氩光凝固(APC)、多极电凝、激光和光动力治疗的效果尚有待进一步观察。为预防 Barrett 食管癌变,应加强内

镜随访和注意早期识别异型增生。

内镜下的 Barrett 食管组织活检确定是否伴有异型增生、癌变及其程度对制定治疗方案至关重要。内镜检查时应沿中轴线对全节段 Barrett 食管的粉红色黏膜进行每 2cm 四个象限各一块组织的活检。怀疑高度异型增生的病例活检密度应增加到 1cm。对不伴有异型增生的病例主要给予抑酸治疗,可降低 Barrett 食管发展为异型增生的危险性。内镜下治疗的必要性和效果尚不完全清楚。建议患者每 6 个月进行一次内镜随访检查。对伴有轻度异型增生的病例在重复组织活检证实后,应给予较强的抑酸治疗 12 周。此后每 6 个月进行一次内镜随访检查。联合氩光凝固术和抑酸治疗有望逆转异型增生,其疗效仍在评估之中。对伴有高度异型增生的病例,首选食管切除手术治疗,病变广泛和多病灶高度异型增生者可考虑加用光动力治疗。老年患者或不能耐受手术患者可选择内镜黏膜切除术(EMR)或氩光凝固术,术后密切复查和随访。伴早期癌的病例则视同食管癌,首选食管切除手术治疗。

【预防】

- (1)应用抗酸药物使食管酸暴露正常化。
- (2)必要时抗反流外科治疗。
- (3)内镜切除化生上皮。
- (4)采用 NSAIDs 抑制 COX 及其对细胞增殖的影响。
- (5)规律的内镜监测。

(赵 亮)

第二节 食管癌并发症

食管癌主要指起源于食管鳞状上皮的恶性肿瘤,小部分为起源于食管 Barrett 上皮的腺癌。食管癌的发生与亚硝胺、霉菌、营养不良、微量元素缺乏、食管损伤和慢性炎症、遗传因素等多种原因有关,发病机制较为复杂。鳞癌组织发生学上表现为食管上皮基底细胞单纯增生—不典型增生—原位癌连续过程。腺癌则表现为食管 Barrette 上皮或食管异位胃黏膜—不典型增生—原位癌的过程。

食管癌的诊断要点如下。

(1) 吞咽困难等典型症状。

(2) 影像学检查如 X 线检查、内镜检查、CT 扫描发现典型食管癌征象。

(3) 组织病理学检查证实发现食管癌细胞。

食管癌一般在手术、放射治疗结束后容易出现并发症。下面就食管癌的并发症进行阐述。

一、术后并发症

(一) 吻合口瘘

【概述】

食管癌食管重建术后由于感染、吻合口部血供不良可引起吻合口裂开,形成吻合口瘘,是术后严重并发症,其死亡率可达 50%。多在术后 4~6 天发生,发生者多表现为胸痛、发热并伴有中毒症状。X 线胸片检查可见液气胸或包裹性液气胸,胸腔穿刺可抽出浑浊发臭的稀薄脓液,口服美蓝后胸腔穿刺则可抽出蓝色脓液。也有延迟至术后 10 天

后或更晚出现的吻合口瘘,由于瘘口一般较小,且肺已膨胀粘连,常在吻合口周围形成局限性脓肿,多以低热、胸痛,一般恢复缓慢。X 线胸片检查可见吻合口部位纵隔阴影增宽或纵隔旁密度增高阴影。口服造影剂可见造影剂自瘘口处漏出。

【诊断】

食管癌手术后 X 线胸片检查可见液气胸、包裹性液气胸、吻合口部位纵隔阴影增宽或纵隔旁密度增高阴影,胸腔穿刺可抽出浑浊发臭的稀薄脓液,口服美蓝后胸腔穿刺则可抽出蓝色脓液。口服造影剂可见造影剂自瘘口处漏出。

【鉴别诊断】

食管癌术后吻合口瘘容易诊断,无需鉴别。

【治疗】

吻合口瘘的处理应根据其发生的时间、瘘口大小、吻合部位以及患者全身情况采取不同处理方法。颈部吻合口瘘经及时切开排脓及抗菌治疗多可自行愈合。对于胸内高位吻合口瘘,则应视其瘘口大小及患者一般情况采取胸腔引流、大剂量抗生素应用及营养支持等保守治疗。如瘘口较大应争取时间再次行手术治疗,对瘘口缝合修补。

【预防】

术中对手术野进行严格保护,尽量减少胸腔污染,术后注意胸腔引流彼此通畅,术前与术后应用足量抗生素,可预防吻合口瘘的

发生。

（二）乳糜胸

【概述】

乳糜胸亦是食管癌术后较为严重的并发症之一,多发生在食管中、下段癌的切除,死亡率可高达 50%。乳糜胸多在术后立即发生,与进食有明显关系。患者进食后胸腔引流量可由每日 500ml 左右增加到 2000~3000ml。胸腔穿刺可抽出大量液体,最初乳糜液为血性或淡黄,进食后则呈典型的乳白色,苏丹Ⅲ染色可见脂肪滴。如拔出胸腔引流管,患者则出现为胸闷、脉搏及呼吸增快等症状,继而血压下降甚至休克。早期乳糜液不伴细菌感染时,患者可无发热症状。随着乳糜液的大量丢失,可导致血容量降低及水电解质平衡的失调,引发呼吸和循环功能紊乱。X 线透视或胸片示胸腔内大量积液,纵隔向对侧移位。

【诊断】

食管癌手术后胸腔穿刺可抽出大量乳糜样液体,苏丹Ⅲ染色可见脂肪滴。X 线透视或胸片示胸腔内大量积液,纵隔向对侧移位。

【鉴别诊断】

外伤性胸导管损伤较早出现症状,早期易被误诊为血胸,控制出血后胸腔引流液由清变混浊,由淡红色变为乳白色,且随着进食量的增多(尤为高脂食物)而增多。

【治疗】

已确诊的乳糜胸患者应早期立即行胸腔闭式引流,使肺复张以促进胸导管愈合。若严密观察 2~3 天后乳糜液漏出并未减少,则应再次开胸对胸导管破裂处进行结扎,不可

拖延过久使患者因为衰竭而失去手术机会。手术时机应选择在术后 1 周内胸膜腔尚未形成严重粘连时由原切口进胸。对术后晚期出现乳糜胸或有胸腔感染者、胸膜腔粘连严重者,可在对侧开胸,在第 8、9 胸椎平面找到胸导管进行结扎。

【预防】

乳糜胸是由于胸导管堵塞或破裂引起乳糜液积聚于胸腔,食管癌术后乳糜胸多由于手术损伤胸导管导致,预防措施主要在于手术时尽量避免损伤胸导管。

（三）吻合口狭窄

【概述】

食管癌术中由于食管胃吻合时对口不齐、吻合口局部感染在愈合过程中可产生过多瘢痕而致吻合口狭窄,一般在术后 2~3 周发生,也有延迟至 2~3 个月后出现症状者。主要表现为吞咽困难,严重狭窄者进食流质食物也感困难。

【诊断】

食管癌术后出现吞咽困难,内镜检查可见吻合口瘢痕增生产生吻合口狭窄,经病理组织学检查排除残留癌或癌肿复发。

【鉴别诊断】

需与食管癌复发鉴别。

【治疗】

吻合口狭窄可在内镜下进行扩张治疗,每 2 周扩张 1 次,经过 4~5 次扩张后多数患者狭窄均有明显减轻或治愈。多次扩张无效者应考虑手术治疗,切除吻合口狭窄,重行胃食管吻合术或转流手术。

【预防】

避免食管癌术中食管胃吻合时对口不齐,术后加强抗感染。

(四)肺部并发症

【概述】

肺部并发症包括支气管炎、肺炎、肺水肿、肺不张等肺部并发症,多由于在长年吸烟而患有慢性支气管炎或不同程度肺气肿的患者,尤其是食管上、中段癌患者,术中对肺挤压和牵拉时间较长,在食管游离中损伤了肺门及气管,术后因胃置入胸腔压迫肺脏,而患者因切口疼痛不敢咳嗽排痰,造成痰液在气管内潴留,且术中气管插管亦可造成气管黏膜的损伤,从而引起一种或几种肺部并发症同时存在。近年来随着麻醉方法的改进和手术前后抗生素的广泛应用,其发生率有了显著降低。肺部并发症的主要临床表现有呼吸困难、缺氧发绀、脉搏增快、体温升高,患者痰液很多,肺部布满湿性啰音。X线检查示肺内有炎性片状阴影,肺不张时可见气管及纵隔向患侧移位,肺部有不张阴影。

【诊断】

食管癌术后出现呼吸困难、体温升高,痰液增多,体检发现肺部湿啰音。X线检查示肺内有炎性片状阴影,气管及纵隔向患侧移位或肺部不张阴影。

【鉴别诊断】

需与食管癌肺部转移以及慢性阻塞性肺病鉴别。

【治疗】

肺部并发症治疗的关键在于促使呼吸道

潴留痰液的排出,并给予足量抗生素治疗。对严重肺部并发症,祛痰效果欠佳,应及时采用气管镜吸痰或气管切开排痰。

【预防】

保持气道通畅,加强抗感染治疗。

(五)脓胸

【概述】

由于食管癌术后胸腔引流不畅可引起胸腔积液感染所致脓胸。X线检查可见胸腔积液,部分病例为包裹性积液,胸腔穿刺液体由混浊变为脓性液。患者可出现体温升高、呼吸和脉搏增快,白细胞数增高。

【诊断】

食管癌术后出现呼吸困难、体温升高,X线检查可见胸腔积液,胸腔穿刺液体为混浊脓性,白细胞数增高。

【鉴别诊断】

需与胸膜病变、肺部肿瘤、膈下脓肿、肝脓肿鉴别。

【治疗】

应给予足量抗生素控制感染,并在积液最低位置行闭式引流。

【预防】

手术时充分引流胸腔。

(六)膈疝

【概述】

食管癌术后由于剧烈咳嗽引起腹压增高或部分膈肌切口的缝线开裂,可发生膈疝。

【诊断】

食管癌术后出现为胸闷、呼吸困难、脉搏增快及肠梗阻症状,X线检查可见疝入胸腔内充满气体的肠管阴影。

【鉴别诊断】

应与液气胸、膈膨升等鉴别。

【治疗】

膈疝确诊后应立即开胸或开腹回纳肠管,再加固缝合膈肌裂口。

【预防】

术后胃肠减压及肛管排气极为重要。

二、放疗的并发症

(一)放射性皮炎

【概述】

主要表现为干性上皮炎,患者出现为皮下点状出血、皮肤局部潮红伴有强烈的瘙痒感。

【诊断】

食管癌放射治疗后出现干性上皮炎,皮下点状出血、皮肤局部潮红伴有强烈的瘙痒感。

【鉴别诊断】

需与过敏性皮炎、荨麻疹、湿疹等皮肤疾病鉴别。

【治疗】

在治疗中及治疗后应保持照射部位皮肤

干燥,避免摩擦损伤,以防止发展为湿性上皮炎。

【预防】

应严格掌握放射治疗的指征及应用剂量,详细观察放疗后的皮肤改变,如已发生皮炎,应停照,并定期随访观察。

(二)放射性食管炎

【概述】

常规剂量下食管的反应多不严重。一般接受 40Gy 剂量放疗后患者可感到吞咽时疼痛,与患者治疗前的吞咽困难有所不同,治疗结束 2~3 周后症状可自行消失。食管造影亦无显著狭窄。对少数食管炎症状严重者可采取分段治疗以缓解症状。腔内放疗所引发的食管炎通常症状较严重,可引起局部溃疡或糜烂出血。

【诊断】

食管癌放射治疗时出现吞咽疼痛,食管造影无显著狭窄,内镜检查可见局部溃疡或糜烂出血,治疗结束 2~3 周后症状可自行消失。

【鉴别诊断】

放射性食管炎需与以下一些疾病鉴别。

(1)化脓性食管炎:化脓性食管炎以异物所致机械损伤最为常见。细菌在食管壁繁殖,引起局部炎性渗出、不同程度的组织坏死及脓液形成,也可呈较为广泛的蜂窝织炎。

(2)食管结核:食管结核患者一般多有其他器官结核的先驱症状,特别是肺结核。食管本身症状往往被其他器官症状混淆或掩盖,以至不能及时发现。按照结核的病理过程,早期浸润进展阶段可有乏力、低热、血沉

增快等中毒症状,但也有症状不明显者。继之出现吞咽不适和进行性吞咽困难,常伴有持续性咽喉部及胸骨后疼痛,吞咽时加重。溃疡型的病变多以咽下时疼痛为其特征。食物溢入气管应考虑气管食管瘘的形成。吞咽困难提示病变纤维化引起瘢痕狭窄。

(3)真菌性食管炎:真菌性食管炎的临床症状多不典型,部分病人可以无任何临床症状。常见症状是吞咽疼痛、吞咽困难、上腹不适、胸骨后疼痛和烧灼感。重者胸骨后呈刀割样绞痛,可放射至背部酷似心绞痛。念珠菌性食管炎可发生严重出血但不常见。未经治疗的病人可有上皮脱落、穿孔甚至播散性念珠菌病。食管穿孔可引起纵隔炎、食管气管瘘和食管狭窄。对持续高热的粒细胞减少病人应检查有无皮肤、肝脾、肺等播散性急性念珠菌病。

(4)病毒性食管炎:食管的 HSV 感染常同时有鼻唇部疱疹。主要症状为吞咽疼痛。疼痛常于咽下食物时加剧,患者吞咽后食物在食管内下行缓慢。少数病人以吞咽困难为主要症状,轻微感染者可无症状。

【治疗】

一般无须特殊治疗;少数食管炎症状严重者可采取分段治疗以缓解症状。腔内放疗所引发的食管炎治疗则比较困难,少数可能需手术治疗。

【预防】

应严格掌握放射治疗的指征及应用剂量,出现吞咽困难后及时行胃镜检查。

(三)食管穿孔

【概述】

已有外侵的晚期食管癌患者若接受照射

过快,剂量过大,周围正常组织难以修复因肿瘤组织坏死脱落后形成的缺损,可引起食管穿孔。患者可出现剧烈胸痛、咳嗽、呕血等症状。

【诊断】

食管癌放射治疗后出现剧烈胸痛、咳嗽、呕血,内镜检查发现食管穿孔。

【鉴别诊断】

根据病史容易确诊,无需鉴别诊断。

【治疗】

确诊发生食管穿孔应进行手术治疗。

【预防】

在放疗过程中应经常行 X 线检查,发现较深溃疡应及时调整放射剂量。

(四)放射性肺炎

【概述】

接受照射时肺部出现不同程度的充血、水肿及大量血性渗出,引发放射性肺炎。主要表现为咳嗽、气短、发热及白细胞增加。

【诊断】

食管癌放射治疗后出现咳嗽、气短、发热,X 线胸片检查肺部可见均匀的致密阴影。

【鉴别诊断】

急性放射性肺炎应与下列疾病相鉴别,要点是结合病因、病史、临床表现、多项检查等综合判断。

(1)非放射性肺炎:包括肺炎支原体肺炎、肺炎球菌性肺炎、葡萄球菌肺炎、克雷伯杆菌肺炎以及某些抗癌药物如博来霉素等所

致药物性间质性肺炎等。

(2)肺结核。

(3)肺部肿瘤:包括原发性支气管肺癌和肺部转移性肿瘤。

【治疗】

在放疗过程中避免上呼吸道感染,增强机体免疫力及防止局部照射剂量过高是预防放射性肺炎的主要措施。一般认为,在照射面积小于 100cm^2 时剂量不应超过 $50\sim 60\text{Gy}/5\sim 6$ 周,大于 100cm^2 时不应超过 $40\text{Gy}/4$ 周,否则可能超过肺组织正常耐受量引起放射性肺炎。

【预防】

放射性肺炎的防治关键,在于“防”。“防”的关键在于以下三点。

(1)严格掌握放射剂量:一般在5周内放射量为 2500rad 的常规剂量较为安全。

(2)控制放射野,放射野越大,发生率越高。

(3)选择适当的照射速度,以每周剂量 $800\sim 1000\text{rad}$ 为宜。

一旦发现本病,应尽早开始治疗,阻断病程的进展。如已发生广泛肺纤维化,则预后不良。

(五)放射性脊髓炎

【概述】

接受照射时脊髓受量较高可出现放射性脊髓炎,一般临床上较为少见。出现症状较晚,多在放疗结束后发生。初期主要表现为肢体麻木不适或疼痛,症状逐渐加重,可出现运动障碍及截瘫。

【诊断】

食管癌放疗治疗后出现肢体麻木不适或疼痛、运动障碍、截瘫,排除脊髓转移。

以下几点有助于放射性脊髓炎的诊断。

(1)有原发肿瘤放射治疗史。

(2)病灶在放疗野内,脊髓出现的受损症状和特征与放疗部位相符。

(3)急性期 MRI 表现的在照射部位出现的大片状边缘模糊的略长 T_1 , 长 T_2 异常信号,增强时呈大片状明显强化是放射性脊髓炎的特征性表现。

(4)慢性期和晚期 MRI 表现为脊髓内不规则的软化灶和脊髓萎缩,其内可见斑片状略低 T_1 , T_2 异常信号或小囊状长 T_1 , 长 T_2 异常信号,增强时呈斑点状强化或不强化。

(5)排除肿瘤复发和转移。

(6)激素治疗有效。

【鉴别诊断】

需与脊髓肿瘤、椎间盘突出等疾病鉴别。

【治疗】

在照射野的设计上应尽量避免脊髓是预防放射性脊髓炎的主要措施。一般认为脊髓受量不超过 $40\sim 50\text{Gy}/6$ 周发生放射性脊髓炎的机会较小,应该比较安全。

【预防】

放射性脊髓炎是肿瘤放射治疗中不可逆的严重并发症,预防措施主要在于使放射治疗达到更高的精确度。

(赵 亮)

第三节 贲门失弛缓症并发症

贲门失弛缓症是食管神经肌肉功能障碍性疾病,其主要特征是食管缺乏蠕动,食管下端括约肌高压和对吞咽动作的松弛反应障碍。其病因尚不完全清楚。一般认为贲门失弛缓症是神经源性疾病,其食管壁肌间神经丛和食管壁内迷走神经及其背核中神经节细胞变形、减少,甚至完全缺如。因此本病是食管神经肌肉功能障碍所引起的贲门不能弛缓,食管张力和蠕动减低,上段管扩张。

贲门失弛缓症的诊断要点有如下几点。

(1)具有吞咽困难、食物反流及胸骨后疼痛等典型症状6个月以上,一般情况好。

(2)X线检查可见食管扩张,无蠕动,远侧食管光滑变细呈鸟嘴状,排除食管贲门处的其他器质性病变。

(3)内镜检查可见食管腔口径扩大,大量食物潴留,正常蠕动消失,贲门口狭窄,排除食管贲门处的其他器质性病变。

(4)食管压力测定可见食管下括约肌压力增高,且吞咽时食管下括约肌不松弛,在X线检查、内镜检查无典型表现时具有确诊价值。

贲门失弛缓症的并发症主要有吸入性呼吸道感染、食管黏膜病变、癌变和食管憩室等,下面就其并发症进行阐述。

一、吸入性呼吸道感染

【概述】

贲门失弛缓症患者由于食管扩张可有相当量的食物和唾液潴留在食管内,平卧时可反流进入口腔,被吸入呼吸道可引起支气管

和肺部感染,发生吸入性肺炎、肺脓肿、支气管扩张、肺不张及肺结核等并发症。尤其在熟睡时更易发生,夜间反流可引起窒息而惊醒,一般发生率在10%左右。临床上多表现为咳嗽,有时为夜间阵发性咳嗽,严重时可出现胸闷、发热、呼吸困难等症状。

【诊断】

符合贲门失弛缓症的诊断标准,具有食管扩张和食物潴留、反流的证据,患者出现咳嗽、胸闷、发热、呼吸困难等症状,胸片检查发现吸入性肺炎、肺脓肿、支气管扩张、肺不张等表现。

【鉴别诊断】

应与其他原因引起的呼吸道感染相鉴别,结合病史一般不难鉴别。

【治疗】

吸入性呼吸道感染可给予抗感染治疗。

【预防】

治疗基础疾病,尽量减少食管扩张和食物潴留。晚期患者因食管极度扩张导致食物潴留,应每晚睡前作食管引流灌洗,并酌情禁食,通过输液,给予必要的热量、维生素,及时纠正水电解质和酸碱平衡紊乱。

二、食管黏膜病变

【概述】

本病患者长期潴留于扩张的食管内的食