

个案报道

脊髓型颈椎病前路手术后并发咽瘘 1 例报告

唐华民, 肖增明, 黄成彬

(广西医科大学第一附属医院脊柱骨病外科 530021 南宁市)

中图分类号: R681.5, R619 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-02-0160-01

咽瘘是颈椎前路内固定手术的严重并发症,其特点是手术后伤口逐渐破溃渗出,颈部出现皮下气肿,吞咽困难,声嘶,颈痛,吞咽时伤口有唾液或食物残渣流出。一旦发生,处理比较棘手,会直接影响到对原发疾病的治疗。我们遇到 1 例,报告如下。

临床资料 患者男,43 岁。因四肢麻木 2 年,加重伴双下肢行走不稳 1 年,于 2006 年 4 月 17 日入院。专科检查:双手、双足痛温觉减退,双手握力 3 级,肱二、三头肌肌力 3 级,双下肢肌力 4 级,双侧 Hoffmann 征(+),四肢腱反射亢进,Babinski 征(-)。颈椎 MRI 示 C4/5、C5/6 椎间盘突出伴脊髓受压(图 1,封三)。诊断为脊髓型颈椎病。

于 2006 年 4 月 20 日在颈丛+局麻下前路行 C4/5、C5/6 椎间盘切除,C5 椎体次全切除,自体髂骨植骨钛板内固定术(图 2,封三)。术后予抗炎、止血、对症治疗。术后第 5 天患者出现颈部切口周围皮下气肿并发热、颈痛、咽痛,于 2006 年 4 月 25 日在局麻下行颈部皮下气肿切开减压闭式引流术,术后患者又出现颈部伤口溢出大量分泌物及食物残渣,考虑合并食道瘘,经胃镜检查,未见食道瘘口。给予禁食、抗炎、静脉营养治疗,颈部伤口换药,并请耳鼻喉科会诊,行电子喉镜及食道碘水造影检查,发现会厌部右侧梨状窝底部瘘(图 3a,b,封三)。于 2006 年 6 月 5 日在全麻下清创并行咽瘘修补术,术中见钛板固定稳固,植骨块无松动和脱出,右侧咽后下壁有 2cm 长的瘘口,瘘口周围的粘膜已上皮化,用洗必泰及双氧水反复冲洗术野,切除瘘口周围的粘膜上皮,使之形成新的创面,用 1 号线间断缝合关闭瘘口,外加内翻缝合,用咽缩肌加强。术后继续予抗炎、静脉营养、鼻饲治疗,术后第 6 天颈部原胶片引流口溢出白色粘液及气体,于 2006 年 6 月 13 日重新放置胶管引流并连接水封瓶,于 2006 年 6 月 19 日转耳鼻喉科继续换药,伤口碘仿纱条引流,抗感染、营养支持、对症等处理,2006 年 8 月 20 日伤口闭合,复查电子喉镜未见瘘口(图 4,封三)。患者精神状态好转,进食正常,能下床扶拐杖行走。

讨论 颈椎前路减压植骨内固定手术是治疗脊髓型颈椎病的有效手段,正在逐渐普及、推广,相应的

手术并发症报道也越来越多,其中食道瘘的发生率为 0.04%~0.25%^[2],但咽瘘却少见报道。本例患者发生的损伤是在会厌部右侧梨状窝底部,位置隐蔽,诊断困难。分析其发生的原因可能有以下几点:(1)术前未作充分的气管、食管牵拉训练,术中患者对牵拉的耐受性差,助手拉钩位置、方向、力度不当或牵拉时间过长,造成咽壁局部的缺血、坏死、穿孔而形成瘘管。(2)电刀对咽壁直接的热灼伤或通过金属镊子、拉钩传导热能导致间接的咽壁损伤。(3)钢板等内置物位置不当,塑形不佳,钢板太厚,在吞咽时与咽壁摩擦导致咽壁坏死形成瘘口。(4)食管入口上方环咽肌上间隙为三角形的肌纤维薄弱区,损伤后易发生穿孔。本例患者发生原因不甚明确。

由于颈椎周围有重要的神经血管,解剖结构复杂,暴露范围小,手术操作空间狭窄,既要达到充分减压,重建脊柱的稳定性,又要保障患者的安全,尽量减少并发症的发生,对术者提出了较高的要求。因此,对脊髓型颈椎病的治疗必须慎重,选择具有明确手术指征的患者,严格遵守操作程序。必须在一定技术条件下开展此种手术,术者必须手术操作熟练,对颈椎的解剖非常熟悉。围手术期的准备工作一定要到位,术前行气管、食管牵拉训练,一般患者对牵拉的耐受时间应不少于 40min^[3]。术中助手拉钩应轻柔到位,避免对咽壁和食道壁的直接压迫,避免长时间牵拉使咽壁受压而导致缺血性损伤。依据患者个体选择合适的内置物,注意钢板塑形以适应颈椎的生理曲度,内固定稳定。充分暴露术野,直视下操作,避免电刀的直接或间接损伤,可不时冲水降低术野温度,选择不传导热量的器械来代替金属拉钩或镊子。

参考文献

1. 贾连顺,袁文,倪斌,等.脊髓型颈椎病的早期诊断和手术时机[J].中华外科杂志,1998,36(4):224-226.
2. 王少波,王圣林,马庆军,等.颈椎前路手术并发食管瘘的诊断和治疗[J].中华外科杂志,2004,42(21):1319-1321.
3. 靳安民,刘成龙,朱立新,等.颈椎前路内固定术后食管瘘[J].颈腰痛杂志,2006,27(2):106.

(收稿日期:2006-10-26 修回日期:2006-11-06)

(本文编辑 卢庆霞)