

· 案例报道 ·

食管癌术中奇静脉破裂出血致死医疗损害1例

殷雯婷^{1,2}, 沈恂怡², 马士东²

1. 南京江北医院司法鉴定所, 江苏 南京 210048; 2. 南京金陵司法鉴定所, 江苏 南京 210000

关键词: 法医病理学; 食管癌根治术; 奇静脉; 失血性休克; 医疗损害

文章编号: 1004-5619(2024)04-0397-03

中图分类号: R89; DF795.4; D919.4

doi: 10.12116/j.issn.1004-5619.2023.430404

文献标志码: B



1 案 例

1.1 简要案情

陈某, 男, 56岁, 某年1月5日因“进食后有哽噎感半个月余”入院治疗, 临床诊断为“食管恶性肿瘤”, 于1月14日行“经左胸食管癌根治术”。术毕缝合切口时, 陈某出现血压进行性下降并继发心搏骤停, 医方立即予心脏复苏, 请心脏大血管外科台上会诊并行“临时起搏导线置入、主动脉球囊反搏置入术”, 给予大剂量升压药物抢救, 陈某病情无明显好转, 经抢救无效于1月15日00:03死亡。

陈某家属认为医方的诊疗行为存在过错, 陈某死亡系医方术中操作不当所致, 医方应承担全部责任, 并申请法医学鉴定。

1.2 病史摘要

某年1月5日, 陈某以“进食后有哽噎感半个月余”入院, 收住普胸外科。1月7日胃镜检查结果显示: 食管下段癌。1月8日病理检验结果显示: 中分化鳞状细胞癌(Ⅱb期)。临床诊断为“食管肿瘤”, 拟行“胸腹腔镜联合食管癌根治术”。手术知情同意书中记载有术中大出血、损伤周围组织、改变手术方式等可能产生的不良后果和术中意外情况。

1月14日, 陈某在全身麻醉下行“经左胸食管癌根治术”。取左侧第6肋间后外侧切口进胸, 探查见左下肺与心包及膈肌稍粘连, 肿瘤位于食管下端, 大小约5.0 cm×3.0 cm, 侵及全层, 质硬; 游离食管至胸主动脉弓上水平; 打开膈肌, 游离胃大弯至幽门下方, 用CDH25号吻合器行食管胃端端吻合, 吻合口位于主动脉弓上。手术顺利, 出血较少, 于第9肋间腋后线置

36号胸腔引流管1根, 逐层缝合切口。关胸缝合伤口至皮下组织时, 陈某动脉血压低[9.3~10.0/4.0~5.3 kPa (70~75/30~40 mmHg)], 行升压处理后血压仍持续下降至测不出, 继发心脏停搏。

1月14日抢救记录: 从原切口进胸, 无自主心搏, 立即行胸内心脏按压, 按压下心脏恢复搏动, 血压仍低, 心电图示房室传导阻滞, 请心脏大血管外科台上会诊, 打开心包, 行“临时起搏导线置入、主动脉球囊反搏置入术”, 心率呈起搏心律, 血压5.3~6.7/4.7~5.3 kPa (40~50/35~40 mmHg)。术后转入重症医学科继续监护及救治, 给予大剂量升压药物维持血压。23:45血氧饱和度测不出, 大动脉搏动不能触及, 再次抢救至1月15日00:03, 心搏停止, 血压测不出, 宣告临床死亡。

1.3 尸体检验

于死后16 d行尸体检验。

尸表检查: 尸斑浅淡, 心前区见皮肤挫伤(抢救所致); 左乳头下方至左腋下见长21.0 cm斜行手术缝合切口, 左季肋下见长1.5 cm手术缝合切口, 左侧腹股沟见长7.0 cm手术缝合切口, 右侧腹股沟见长3.0 cm手术缝合切口; 双足十趾甲床苍白。

尸体解剖: 食管下端奇静脉破裂(图1), 破裂口长3.0 cm、边缘不整齐; 胸腔大量积血, 左侧胸腔积血约1 200 mL, 右侧胸腔积血约800 mL, 双肺水肿; 腹腔、盆腔内见大量积血, 量约1 000 mL; 脑、心、肺、脾、肾等器官颜色浅淡, 呈贫血状; 余未见明显异常。

组织病理学检验: 食管下端组织见奇静脉破裂口, 破裂口周围散在红细胞, 局部见血肿形成(图2A); 食管下端见片状、巢状排列的上皮细胞, 异型性明显, 核

作者简介: 殷雯婷(1983—), 女, 主要从事法医临床和法医病理鉴定; E-mail: 502338015@qq.com

引用格式: 殷雯婷, 沈恂怡, 马士东. 食管癌术中奇静脉破裂出血致死医疗损害1例[J]. 法医学杂志, 2024, 40(4): 397-399.

To cite: YIN W T, SHEN X Y, MA S D. Medical damage identification of death caused by azygos vein rupture and bleeding during esophageal cancer surgery: A case report[J]. Fayixue Zazhi, 2024, 40(4): 397-399.

大深染并可见核分裂象,局灶可见异常角化(图2B);淋巴结结构破坏,淋巴结内出现片状、巢状排列的异型上皮细胞,核大深染;脑、心、肺、脾、肾等组织器官含血量少,余未见明显异常。

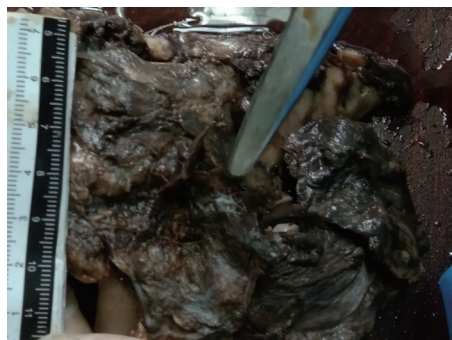
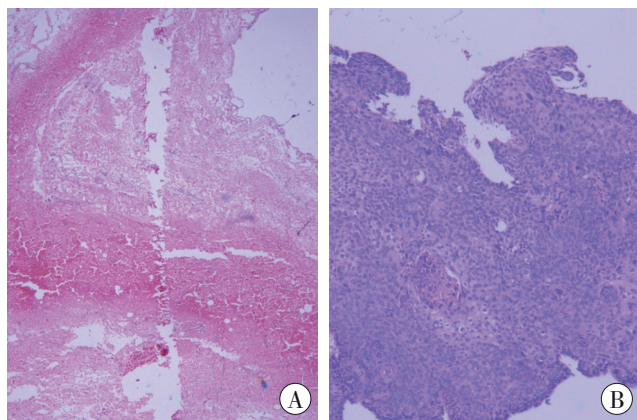


图1 奇静脉破裂

Fig. 1 Azygos vein rupture



A:破裂口周围散在红细胞,局部见血肿形成;B:食管鳞状细胞癌。

图2 组织病理学检验结果(HE×100)

Fig. 2 Results of histopathological examination (HE×100)

法医病理学诊断:奇静脉破裂,胸腔、腹腔、盆腔积血(量约3 000 mL),多器官贫血状,食管鳞状细胞癌(Ⅱb期),肺水肿。

1.4 鉴定意见

被鉴定人陈某符合奇静脉破裂出血致失血性休克死亡。医方对陈某的诊疗行为存在过错,该过错与陈某死亡后果之间存在直接因果关系,原因力大小为主要作用。

2 讨论

奇静脉起自右腰升静脉,沿食管后方和胸主动脉右侧上行,平第4胸椎椎体高度向前勾绕至右肺根上方,沿途收集右侧肋间静脉、食管静脉、支气管静脉和半奇静脉的血液,是沟通上腔静脉系统和下腔静脉系统的重要通道^[1]。奇静脉管壁薄、弹性差,受牵拉容易破裂^[2],破裂后可致胸腔内进行性出血,病情急速恶

化,诊断困难,早期恰当治疗(剖胸探查止血)可以迅速并完全扭转病情^[3],如不及时救治,患者可在短期内死亡。

本例陈某因“进食后有哽噎感半个月余”就诊,行胃镜检查提示食管下段癌,病理报告提示中分化鳞状细胞癌(Ⅱb期),临床诊断为食管恶性肿瘤,术式选择“经左胸食管癌根治术”,医方根据陈某的临床表现、辅助检查结果为其实施经左胸食管下段肿物根治术符合临床诊疗常规。陈某于术中病情突变后,医方立即予以胸内心脏按压、心肺复苏、请心脏大血管外科台上会诊、行“临时起搏导线置入、主动脉球囊反搏置入术”、转入重症医学科继续监护及救治、大剂量升压药物维持血压等积极抢救措施未违反诊疗规范。但是,审查医方的诊疗过程,结合尸体检验结果,发现医方存在手术操作不当、认识程度和预见性不足、未充分尽到注意义务等医疗过错,具体表现为:(1)尸体解剖见食管下端奇静脉破裂,破裂口长3.0 cm、边缘不整齐,胸腔、腹腔、盆腔积血(量约3 000 mL),说明破口较大,根据奇静脉的解剖位置(位于脊柱右前方,右侧有肋间静脉固定,纵向有纵隔胸膜保护^[4])及手术选择切口位置(左侧第6肋间隙进胸),此类手术难以损伤奇静脉,故陈某奇静脉破裂应为医方在分离、提取肿瘤病变组织时操作不当(过度牵拉)所致。(2)食管下段组织薄弱^[5],以平滑肌为主,纵行肌纤维少,且周围缺少其他组织支持,故行此类手术时医方应高度注意、谨慎,尽可能避免血管的损伤,本例医方在切除食管下段肿物后,没有认真检查是否伤及周围神经或血管以及是否存在安全隐患,对该区域的解剖关系认知欠缺,手术风险防范意识不足。(3)陈某出现心搏骤停后,医方在经积极抢救仍效果不佳的情况下,未及时进行相应的胸腹腔探查,对持续大剂量升压药物仍然不能维持血压以及可能存在活动性、持续性出血等严重病情未能做出及时、全面、客观的分析及应对,是未及时发现病情突变的根本原因,医方未在较短时间内正确识别持续性出血的原因,延误了抢救时机,最终导致抢救无效并引起严重后果。综上,本例医方没有完全探明食管下段解剖关系,依据固有的操作习惯造成奇静脉损伤,若医方术中操作认真、细致并能复查验证,可以避免因操作不当、验证不足等因素造成严重损害,医方存在手术操作不当、认识程度和预见性不足、未充分尽到注意义务等医疗过错。

食管癌是常见的上消化道恶性肿瘤,我国新发病例和死亡病例的数量均居世界之首,手术切除是食管癌的首选治疗方法,目前食管癌的手术切除率为58%~92%,手术并发症发生率为6.3%~20.5%^[6]。刘晓等^[7]

对581例Ⅱ期食管癌术后患者进行生存统计分析,其中Ⅱa期患者5年生存率为62.6%,Ⅱb期患者5年生存率为55.2%。本例结合病理检验结果,陈某的食管癌属于中分化鳞状细胞癌(Ⅱb期),肿瘤已侵犯肌层、外膜,加之奇静脉具有管壁薄、弹性差、受牵拉容易破裂等特点,医方行经左胸食管下段肿物根治术有一定难度,抢救时也难以发现出血部位,即使发现奇静脉破裂出血,抢救难度亦较大。结合医方在术前与患方充分沟通,告知术中可能出现大出血、致肿物周围神经和血管损伤等危及生命的异常情形,且任何手术都有一定的风险及难以绝对避免并发症的发生,综合分析认为,医方对被鉴定人陈某的诊疗行为存在过错,该过错与陈某目前的死亡后果之间存在直接因果关系,原因力为主要原因。

参考文献:

- [1] 丁文龙,刘学政. 系统解剖学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:221.
DING W L, LIU X Z. Systematic anatomy[M]. 9th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018:221.
- [2] 吴铁城,杨洪生,李东辉,等. 外伤性食管破裂合并奇静脉破裂一例[J]. 中国全科医学,2004(19):1397. doi: 10.3969/j.issn.1007-9572.2004.19.035.
WU T C, YANG H S, LI D H, et al. Traumatic esophageal rupture with rupture of azygos vein: A case report[J]. Zhongguo Quanke Yixue, 2004(19): 1397.
- [3] 熊胜春,刘建伟,李唯. 胸部闭合性损伤中剪切力致奇静脉破裂1例[J]. 广东医学,2017,38(21):3256. doi: 10.13820/j.cnki.gdyx.2017.21.033.
- XIONG S C, LIU J W, LI W. Rupture of azygos vein caused by shear force in closed thoracic trauma: A case report[J]. Guangdong Yixue, 2017, 38(21): 3256.
- [4] 张升,于亮,何进喜. 胸部钝挫伤致奇静脉破裂1例[J]. 宁夏医科大学学报,2018,40(8):990-991. doi: 10.16050/j.cnki.issn1674-6309.2018.08.034.
ZHANG S, YU L, HE J X. Rupture of azygos vein caused by blunt thoracic trauma: A case report[J]. Ningxia Yike Daxue Xuebao, 2018, 40(8): 990-991.
- [5] 周建清,朱新菊,夏叶,等. 扼颈致食管合并奇静脉破裂1例[J]. 法医学杂志,2009,25(1):5. doi: 10.3969/j.issn.1004-5619.2009.01.002.
ZHOU J Q, ZHU X J, XIA Y, et al. Rupture of esophagus and azygos vein caused by manual strangulation: A case report[J]. Fayixue Zazhi, 2009, 25(1): 5.
- [6] 陈孝平,汪建平,赵继宗. 外科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:273-275.
CHEN X P, WANG J P, ZHAO J Z. Surgery[M]. 9th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018:273-275.
- [7] 刘晓,章文成,于舒飞,等. $T_{2-3}N_0M_0$ 期食管癌 R_0 术后失败模式分析——术后放疗潜在价值与意义[J]. 中华放射肿瘤学杂志,2015,24(1):19-24. doi: 10.3760/cma.j.issn.1004-4221.2015.01.006.
LIU X, ZHANG W C, YU S F, et al. Patterns of failure after radical surgery among patients with stage $T_{2-3}N_0M_0$ esophageal squamous cell carcinoma — Potential value of postoperative radiotherapy[J]. Zhonghua Fangshe Zhongliuxue Zazhi, 2015, 24(1): 19-24.

(收稿日期:2023-04-11)

(本文编辑:邹冬华)