

- imaging, 2002, 12: 55 - 58.
- [2] The Warfarin Aspirin Symptomatic Intracranial Disease(WASID) Study Group. Prognosis of patients with symptomatic vertebral or basilar artery stenosis[J]. Stroke, 1998, 29: 1389 - 1392.
- [3] 刘建民, 邓本强, 洪波, 等. 血管内支架成形术治疗椎动脉狭窄[J]. 介入放射学杂志, 2003, 12: 82 - 85.
- [4] 王峰, 刘永晟, 纪东华, 等. 腔内支架成形术治疗症状性椎动脉狭窄[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 3 - 5.
- [5] 王大明, 孙福成, 李金, 等. 支架置入术治疗颅内椎动脉粥样硬化性狭窄一例[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35: 957 - 958.
- [6] 马如均, 刘建民, 黄清海, 等. 药物洗脱支架治疗椎基底动脉狭窄[J]. 介入放射学杂志, 2006, 15: 643 - 647.
- (收稿日期:2008-04-11)

·临床研究 Clinical research·

新“三管法”介入治疗胸内食管胃吻合口瘘

尹国文, 陈世晔, 冯纯伟, 张勤, 胡振东, 席玮, 吴建达, 余明峰

【摘要】 目的 探讨新“三管法”治疗食管癌术后食管胃吻合口瘘的价值。**方法** 透视下对 27 例明确诊断为胸内食管胃吻合口瘘患者, 用介入方法经鼻置入空肠营养管, 瘘腔引流管, 同时保留胸腔引流管。经空肠营养管进行肠内营养支持, 瘘腔引流管, 胸腔引流管行负压吸引, 充分引流瘘腔脓液。**结果** 27 例患者均一次置管成功, 瘘口平均愈合时间 23 d。**结论** 介入方法经鼻置入空肠营养管, 瘘腔引流管, 同时保留胸腔引流管的新“三管法”治疗胸内食管胃吻合口瘘安全、有效、经济。

【关键词】 食管-胃吻合口; 瘘; 引流, 介入放射学

中图分类号: R735.1 文献标识码: B 文章编号: 1008-794X(2008)-11-0812-03

The new “3-tube” interventional therapy for gastroesophageal anastomotic fistula YIN Guo-wen, CHEN Shi-xi, FEN Chun-wei, ZHANG Qing, HU Zheng-dong, XI Wei, WU Jian-da, YU Ming-feng. Department of Interventional Radiology, Jiangsu Tumor Hospital, Nanjing 210009, China

【Abstract】 Objective To evaluate the efficacy of “3-tube” interventional therapy for gastroesophageal anastomotic fistula. **Methods** Under the fluoroscopic guidance, the nutritious tube and the drainage tube for gastroesophageal anastomotic abscess were inserted through nasal cavity, with simultaneously retaining the negative pressure drainage tube of thoracic cavity in 27 patients with confirmed gastroesophageal anastomotic fistula in order to have a complete drainage effect. **Results** The drainage tube of thoracic abscess, nutritious tube of jejunum were placed once successfully in all 27 patients with gastroesophageal anastomotic fistula. The average healing time of fistula cavity was 23 days. **Conclusions** The new placing nutritious tube of jejunum, drainage tube of fistula cavity through nasal cavity combined with retaining the drainage tube of thoracic cavity; is safe, effective and economic. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 812-814)

【Key words】 Gastroesophageal anastomosis; Fistula; Drainage; Interventional radiology

食管-胃吻合口瘘是食管和贲门癌切除术后常见而严重的并发症, 其发生率为 1.8% ~ 20%, 病死率高达 38.1% ~ 53.6%^[1,2]。一旦发生吻合口瘘, 治疗困难, 患者生活质量严重下降, 常因严重感染和营养缺乏而衰竭死亡。相比较传统胃肠减压管、空肠造瘘管和胸腔引流管的“三管”法, 我们采用介入方

法经鼻置入空肠营养管, 瘘腔引流管, 同时保留胸腔引流管“新三管”法治疗食管癌术后胸内食管胃吻合口瘘 27 例, 取得了较满意的疗效。

1 材料和方法

1.1 病例资料

1.1.1 一般资料 2005 年 5 月-2007 年 12 月共诊治食管贲门癌术后胸内食管胃吻合口瘘 27 例, 其中男 20 例, 女 7 例, 年龄 45 ~ 78 岁, 平均 66 岁。患

作者单位: 210009 南京 江苏省肿瘤医院介入科 (尹国文, 陈世晔, 席玮, 吴建达); 胸外科 (冯纯伟, 张勤, 胡振东, 余明峰)
通讯作者: 尹国文

者食管上段癌 18 例,中下段癌 9 例,均有明确手术病理证实。27 例患者中,食管胃吻合口胸腔瘘 20 例,纵隔瘘 5 例,胸腔纵隔混合瘘 2 例。

1.1.2 临床表现和诊断 全部病例在术后 5 ~ 13 d 出现发热、胸闷或胸骨后疼痛不适、气胸、一侧或两侧呼吸音减弱,胸腔引流管见含有胃液的脓性分泌物流出或口服美蓝后见有美蓝流出,口服对比剂可见对比剂经食管胃吻合口瘘口进入胸腔或纵隔内,瘘口大小 0.4 ~ 1.7 cm。部分患者行 CT 检查可见胸腔食管胃吻合口与胸腔相通的确切证据。其中 3 例虽然是左侧胸腔胃,术后出现发热,胸闷,口服对比剂,甚至稀钡均未发现瘘口(一般情况下,对高度怀疑吻合口有瘘者不用钡剂造影),最后在透视下将介入导管置于吻合口部位注射对比剂仔细探索,发现瘘口位于吻合口右侧,出现右侧胸腔瘘。2 例患者口服和经导管注射对比剂出现纵隔和胸腔混合瘘,且两者相通,瘘腔较大。

1.2 方法

经鼻腔食管空肠营养管和瘘腔负压引流管置入技术和治疗方法

1.2.1 经鼻腔食管胃吻合口瘘腔负压引流管置入技术 患者仰卧于 DSA 检查床上,透视下采用猎人头或其他适宜导管与亲水膜导丝相互配合,经一侧鼻腔插入食管。经食管胃吻合口瘘口进入胸腔或纵隔脓腔内。经导管抽取适量的脓腔液体送细菌培养及药敏试验。经导管适量加压注射对比剂以显示瘘腔全貌和部分分隔的腔室。引入交换导丝,将引流管(10 号 Flocare 鼻肠管,长 130 cm,管径 0.035 英寸,其头端有 2 ~ 3 侧孔,Nutricia Export BV 生产)置入瘘腔中,其头端放置于瘘腔下极,充分抽吸腔内脓液,并以甲硝唑反复冲洗脓腔直至抽出液变得较为清亮。外固定引流管并接负压球以 8 ~ 10 mmHg 的负压吸引。如负压太大,易将消化液吸入瘘腔内。返回病房后,每次用 100 ~ 150 ml 生理盐水和 20 ~ 40 ml 甲硝唑或庆大霉素的混合液反复缓慢冲洗回抽,直至回抽瘘腔液体不浑浊后接负压球,每天 1 ~ 2 次。每天观察引流液颜色,浑浊程度和总量,待引流液量逐步减少后,透视下后撤引流管。当引流液每天仅 2 ~ 5 ml 时,此时其远端肺与胸壁已粘连封闭,脓腔造影呈柱状或线状时即可拔出引流管。

1.2.2 经鼻腔食管空肠营养管置入技术 经同侧鼻腔再次引入猎人头导管和亲水膜导丝,两者相互配合依次进入残留食管,过吻合口,进入胸内胃腔,越过幽门进入十二指肠和空肠上段,引入交换加强

导丝,退出导管,沿导丝送入 10 号 Flocare 鼻肠管,将此细软管插至上段空肠后退出导丝,注射对比剂证实其头段位于空肠区后外固定,建立肠内营养通道,经此通道灌注温度适中的营养液。如肉汤、鱼汤、鸡汤和各种果汁或能全素液等人体所需的各种营养物质,每次 1 ~ 3 h,每次 50 ~ 200 ml,每天 2 000 ~ 3 000 ml。每次灌注后用温水冲洗该管,以防堵塞。刚开始灌注时,量要少一些,灌注速度宜稍慢,以防腹泻。

1.2.3 胸腔引流管放置 食管贲门癌手术患者,术后常规放置胸腔引流管,对造影证实为包裹分隔性脓腔,引流不畅或纵隔瘘腔患者可在建立经鼻瘘腔的引流后拔除该管。

2 结果

本组患者均一次置管成功,经鼻-残留食管胃吻合口瘘所置瘘腔引流管和经鼻空肠营养管位置准确,合适。瘘腔引流量 30 ~ 400 ml/d,引流量逐渐减少,引流液由浑浊逐渐变得清亮,体温经 2 ~ 5 d 基本恢复正常,精神状态明显好转。三管置入后 13 ~ 39 d,胸腔和纵隔之脓腔闭合,瘘口愈合,治愈时间平均 23 d(纵隔瘘愈合时间平均为 22 d,胸腔瘘愈合时间平均为 35 d)。

3 讨论

食管贲门癌术后食管胃吻合口瘘的发生原因复杂^[3]。一旦出现吻合口瘘,传统手术治疗难度大,病死率高,故成为外科难题;内科保守治疗花费高,感染不易控制,瘘口难以愈合,生活质量差。江志伟等^[4]采用胸腔引流管,空肠造瘘管和胃造瘘管或鼻胃管的传统“三管”疗法治疗食管胃吻合口瘘,瘘腔和瘘口虽均能愈合,但均具有创伤性,愈合时间长,而我们采用新“三管”法治疗食管胃吻合口瘘,瘘口和瘘腔愈合时间明显缩短,纵隔瘘愈合时间平均为 22 d,胸腔瘘愈合时间平均为 35 d,较之老“三管”法平均愈合时间 42 d 明显缩短,生活质量明显提高。近年来,有作者报道使用覆膜支架治疗食管癌术后吻合口瘘^[5,6],但使用支架治疗患者费用相对较高,支架为体内异物,也存在反流,移位滑脱,置入后患者胸骨后疼痛等,而且食管贲门刚术后的胸内吻合口瘘为良性瘘,部分患者面临再次取出支架,既烦琐又增加患者痛苦。对瘘口较低的患者,还须实行口角挂线治疗,以防支架滑脱入残胃内。我们也用此法治疗部分患者,但挂线经常会对口角和咽喉部

切割,甚至嵌入正常组织内。也有作者报道使用支架治疗后,因支架和吻合口反复摩擦而易导致患者大出血死亡^[7]。

胸内食管-胃吻合口瘘治疗的关键是瘘腔的充分、有效引流,愈合脓腔和瘘口。而食管胃吻合口常位于胸腔的后上方,紧靠纵隔,其前外方有肺的阻挡,外侧还有肩膀,后有肩胛骨,位置深,如果作弓下吻合,吻合口更是被包入纵隔内。发生吻合口瘘后,普通的胸腔引流瘘口与引流管之间距离长而迂曲,引流管管口无法被便捷准确地送到瘘腔或瘘口附近,难以实现持续通畅的引流,易造成瘘与胸腔粘连分隔,而此时瘘口仍不断有漏出液(包括消化液,脓液)进入瘘腔,致使腔内感染难以控制,瘘腔、瘘口难以愈合,而经鼻-瘘口的瘘腔引流直接将引流管放在瘘的源头,截断了脓液,消化液对瘘腔的持续灌注,降低了形成致死脓腔的可能。同时,引流管外接负压吸引,吸尽瘘腔液后,肺在负压下复张并贴紧胸壁,肺与胸壁即可相互粘连,并覆盖瘘口,此时,消化液不再能进入胸腔,缩短了吻合口愈合时间。本组根据食管胃吻合口瘘的解剖特点和病理基础,采用介入方法将细小,柔软且不易堵塞的 10 F 鼻肠管(管径仅 0.035 英寸)经鼻-瘘口插入瘘腔,此种引流管相较采用的 5 F 多侧孔引流导管,顺应性好,患者易耐受,能到达瘘腔的各部位,管腔相对较大,易引流通畅且不易堵塞,能快速充分引流瘘腔液,加速瘘腔愈合^[8]。

足够的营养支持是瘘腔闭合,瘘口愈合和患者体质恢复的基础。而食管-胃吻合口瘘患者必须禁食禁水,长期禁食禁水可导致肠黏膜萎缩和肠功能障碍,机体处于负氮平衡,而早期肠道营养可消除肠道生理死腔,防止肠黏膜萎缩,恢复肠蠕动功能,有助于改善能量平衡,提高抵抗力,加速吻合口瘘的愈合。传统的空肠造瘘管进行肠内营养支持是创伤性治疗,患者痛苦大不易接受。本组患者均在透视下经放置瘘腔引流管的同侧鼻腔,经过残留食管,胸腔胃,将营养管放置于空肠上段,并注射造影剂证实。使用经鼻空肠营养管进行肠内营养支持,既避免了空肠造瘘的创伤,又节省了放置支架的费用和风险,而且技术简单。根据患者需要经空肠营养管注射各种营养物质,每次 50 ~ 200 ml,每天 2 000 ~ 3 000 ml,滴注结束后用水冲洗。刚开始肠内营养

支持时,量须由少到多,浓度低到高,以减少患者腹泻的可能。

经鼻-瘘口的瘘腔引流主要在瘘口周围起作用,普通胸腔引流起到消灭周边局部胸腔积液的作用,并对经鼻-瘘口的瘘腔引流作补充引流,可进一步加快瘘腔的迅速闭合。开始时,经鼻-瘘口的瘘腔引流与普通的胸腔引流区域往往是重叠的;随着治疗的进展,两者引流区域逐渐缩小,并发生分隔,普通胸腔引流管先出现引流液减少,并渐无引流,这时就可将其拔除。此时,“三管”变成“二管”,进一步减少患者的痛苦,提高了患者的生活质量。

新“三管”法介入治疗食管贲门癌术后胸内食管-胃吻合口瘘操作简单安全,费用低,无创伤,无明显并发症,患者均能接受,值得进一步推广应用。但目前治疗食管-胃吻合口瘘方法众多,如何进一步比较各种技术方法的疗效,科学、合理地指导治疗,值得进一步研究探讨。

[参考文献]

- [1] 张世伟,沙正布,刘 新.带膜支架置入治疗胸内食管-胃吻合口瘘 3 例[J].中国综合临床,2002,18:108.
- [2] Baulieux J, Aolham M, Delaroche E, et al. Carcinoma of the esophagus: Anatomic leaks after manual sutures incidence and treatment[J]. Int Surg, 1998, 83: 4277 - 4279.
- [3] 韩新巍,吴 刚,王艳丽,等.蘑菇状覆膜内支架置入治疗食管-胃吻合口瘘 5 例[J].郑州大学学报医学版,2004,39:319.
- [4] 江志伟,汪志明,黎介寿,等.经皮内镜下胃造口,空肠造口及十二指肠造口 120 例临床分析[J].中华外科杂志,2005,43:18.
- [5] 韩新巍,吴 刚,马 南,等.蘑菇状覆膜内支架的设计和在食管胃吻合口胸腔瘘中的应用[J].介入放射学杂志,2003,12:428 - 430.
- [6] 韩新巍,吴 刚,赵高峰,等.暂时性蘑菇状内支架与经鼻经食管腔引流管置入治疗食管-胃吻合口瘘[J].介入放射学杂志,2005,14:156 - 159.
- [7] Roy-choudhury SH, Nicholson AA, Wedgwood KR, et al. Symptomatic malignant gastroesophageal anastomotic leak: management with covered metallic esophageal stents [J]. Am J Roentgenol, 2001, 176: 161 - 165.
- [8] 赵 明,吴 刚,韩新巍,等.经鼻腔“三管法”介入治疗食管-胃吻合口瘘 12 例[J].郑州大学学报医学版,2007,42:1193 - 1195.

(收稿日期:2008-04-22)

新“三管法”介入治疗胸内食管胃吻合口瘘

作者：[尹国文](#)，[陈世晔](#)，[冯纯伟](#)，[张勤](#)，[胡振东](#)，[席玮](#)，[吴建达](#)，[余明峰](#)，[YIN Guo-wen](#)，[CHEN Shi-xi](#)，[FEN Chun-wei](#)，[ZHANG Qing](#)，[HU Zheng-dong](#)，[XI Wei](#)，[WU Jian-da](#)，[YU Ming-feng](#)

作者单位：[尹国文,陈世晔,席玮,吴建达,YIN Guo-wen,CHEN Shi-xi,XI Wei,WU Jian-da\(江苏省肿瘤医院介入科,南京,210009\)](#)，[冯纯伟,张勤,胡振东,余明峰,FEN Chun-wei,ZHANG Qing,HU Zheng-dong,YU Ming-feng\(江苏省肿瘤医院胸外科,南京,210009\)](#)

刊名：[介入放射学杂志](#)[ISTIC](#)[PKU](#)

英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年，卷(期)：2008，17(11)

被引用次数：0次

参考文献(8条)

1. [张世伟,沙正布,刘新](#) 带膜支架置入治疗胸内食管-胃吻合口瘘3例[期刊论文]-[中国综合临床](#) 2002
2. [Baulieux J,Aolham M,Delaroche E](#) Carcinoma of the esophagus:Anatomtc leaks after manual sutures incidence and treatment 1998
3. [韩新巍,吴刚,王艳丽](#) 蘑菇状覆膜内支架置入治疗食管-胃吻合口瘘5例[期刊论文]-[郑州大学学报（医学版）](#) 2004
4. [江志伟,汪志明,黎介寿](#) 经皮内镜下胃造口,空肠造口及十二指肠造口120例临床分析[期刊论文]-[中华外科杂志](#) 2005
5. [韩新巍,吴刚,马南](#) 蘑菇状覆膜内支架的设计和在食管胃吻合口胸腔瘘中的应用[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003
6. [韩新巍,吴刚,赵高峰](#) 暂时性蘑菇状内支架与经鼻经食管脓腔引流管置入治疗食管-胃吻合口瘘[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2005
7. [Roy-choudhury SH,Nicholson AA,Wedgwood KR](#) Symptomatic malignant gastroesophageal anastomotic leak:managment with covered metallic esophageal stents 2001
8. [赵明,吴刚,韩新巍](#) 经鼻腔“三管法”介入治疗食管-胃吻合口瘘12例[期刊论文]-[郑州大学学报（医学版）](#) 2007

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [韩新巍,吴刚,高雪梅,王艳丽,马南,李永东](#) 食管胃吻合口-胸腔瘘的影像学诊断和介入治疗 -[医学影像学杂志](#)2003, 13(11)
目的:探讨食管胃吻合口-胸腔瘘的影像学特征及其介入治疗方法. 方法:回顾性分析6例具有完整临床资料的食管胃吻合口-胸腔瘘的口服碘水造影及CT表现:透视下,置入蘑菇状覆膜内支架封堵瘘口. 结果:6例口服碘水造影显示对比剂均经吻合口溢入胸腔;6例螺旋CT检查,其中5例显示吻合口与胸腔相通,1例瘘口小而未显示. 全部病例顺利置入内支架,既完全封堵了瘘口,又解决了进食问题. 结论:根据口服碘水造影和螺旋CT征象可以诊断食管胃吻合口-胸腔瘘,置入蘑菇状覆膜内支架封堵瘘口操作简单、安全、近期疗效明显,是一项值得推广的新技术.
2. 期刊论文 [韩新巍,吴刚,马南,高雪梅,李天晓,王艳丽](#) 蘑菇状覆膜内支架的设计和在食管胃吻合口-胸腔瘘中的应用 -[介入放射学杂志](#)2003, 12(6)
目的设计封堵食管胃吻合口-胸腔瘘的覆膜内支架. 方法根据食管胃吻合口区的特殊解剖结构和吻合口胸腔瘘的病变特点,设计蘑菇状覆膜内支架. 透视下,5例吻合口巨大胸腔瘘患者置入6枚蘑菇状覆膜内支架. 结果蘑菇状覆膜内支架能有效封堵食管胃吻合口巨大胸腔瘘,解决了进食问题,改善了营养状况. 结论蘑菇状覆膜内支架结构设计合理,操作简单、安全,近期疗效明显,是一项值得推广的新技术.
3. 期刊论文 [毛建山,杜勤,何忠良](#) 经内镜医用生物蛋白胶封闭治愈食管胃吻合口胸腔瘘 -[中华消化杂志](#)2006, 26(5)
患者男,54岁,因进食梗噎感2个月余入院. 胃镜及病理检查提示食管中段中分化鳞状细胞癌. 患者既往体健,无慢性疾患史. 在我院胸外科行食管中段癌根治、胃代食管弓上吻合术,术中用管型消化道吻合器缝合,常规放置胸腔闭式引流管. 术后第8天患者左侧胸痛,发热(体温最高38.9℃),左胸腔引流液增多且混浊,每日可引流出混浊液体250~350 ml. 术后第11天口服亚甲蓝见左胸腔引流液呈蓝色,证实已发生吻合口胸腔瘘,继续予禁食,放置胃管、全静脉营养、左胸腔灌洗及加强抗感染等处理. 术后第32天左胸腔引流液仍混浊,每日50~150 ml,体温波动于37.7~38.3℃,遂行胃镜检查,发现食管胃吻合口左前壁可见直径约0.3 cm瘘口(图1),周边黏膜轻度充血水肿,用造影导管经内镜活检通道对准瘘口插入,导管可无阻力插入深约1.5 cm左右,先用10 ml生理盐水冲洗瘘管并吸干,改变患者体位使瘘口处于重力低位,然后注入医用生物蛋白胶(广州倍绣生物技术有限公司提供),同时缓慢退出导管,直至瘘口及周边被乳白色胶浆完全封闭(图2). 让患者保持体位30 min后改左侧卧位,再次进镜,小心经内镜引导将鼻空肠管放入空肠上段,退镜时见生物蛋白胶封闭瘘口满意. 患者平卧推回病房. 之后患者胸腔引流液逐渐减少变清,体温逐渐趋向下降,经内镜瘘口生物蛋白胶封闭术后第5天患者体温正常并平稳;经内镜瘘口封闭术后第20天食管碘油造影吻合口未见造影剂溢出;胸片检查无液体;胸腔闭式引流管无液体流出,予拔管. 出院后随访2个月,进食如常,体温正常,复查胸片示“食管癌术后,左侧胸腔胃,左侧胸膜反应”,证实食管胃吻合口胸腔瘘愈合.

4. 期刊论文 [施开炯. 赵璐. 王衡. 高从荣 食管及贲门癌切除术后吻合口主动脉瘘5例报道 -中国肿瘤临床](#)

2006, 33 (10)

吻合口主动脉瘘是食管及贲门癌切除术后引起致死性内出血或大呕血的极其严重而凶险的并发症. 自Maguire1947年首例报道以来, 国内外陆续有零星报道. 作者收集1990年以来的国内外部分文献记载共58例. 我院近17年共发生5例, 现结合文献报道如下.

5. 期刊论文 [张祖艮. 胡晓民. 王国辉. 周建峰 机械吻合致食管胃吻合口晚期瘘1例 -南京军医学院学报2001, 23 \(4\)](#)

食管、贲门癌术后食管胃吻合瘘是影响手术效果的严重并发症之一, 其死亡率高达50%以上[1]. 近年来, 我院对1例贲门癌手术中采用Proxi-mateLKS吻合器对食管胃吻合口进行操作, 术后第17天发生胸内吻合口瘘, 病情十分重笃, 经积极救治, 终使瘘口闭合, 现报告如下.

6. 期刊论文 [张泉. 吴华民. 冯爱强. 白相春 膜性金属支架治疗食管胃吻合口支气管瘘 -中国煤炭工业医学杂志](#)

2001, 4 (3)

1995年8月—1999年9月我们采用食管内膜性金属支架治疗食管癌术后食管胃吻合口支气管瘘4例, 置入支架9次, 收到良好的效果, 报告如下. 1 临床资料1.1 一般资料 男3例, 女1例, 年龄52~66岁, 平均60岁. 食管下段癌3例, 1例为食管下段癌并发贲门癌. 肿瘤长度3~7cm. 采用左径路食管癌根治术, 食管胃主动脉弓下吻合, 吻合口支气管瘘发生时间12~16d, 平均13d. 1.2 使用材料 采用江苏淮阴西格玛公司生产的CES-I型带膜金属支架, 该支架用317L钢丝制成V字型环形排列, 若干个环叠加成管状, 两端呈喇叭状, 表面有倒刺, 覆盖塑料膜. 内径1.4~1.8cm, 长度8.0~16.0cm.

7. 期刊论文 [韩新巍. 吴刚. 赵高峰. 赵松. 高雪梅. 马南. 王艳丽. HAN Xin-wei. WU Gang. ZHAO Gao-feng. ZHAO Song.](#)

[GAO Xue-mei. MA Nan. WANG Yan-Li 暂时性蘑菇状内支架与经鼻经食管胸腔引流管置入治疗食管-胃吻合口瘘 -介入](#)

[放射学杂志2005, 14 \(2\)](#)

目的探讨暂时性蘑菇状覆膜内支架与经鼻经食管胸腔引流管置入治疗食管-胃吻合口瘘的疗效. 方法对8例食管-胃吻合口瘘患者透视下, 经鼻腔和食管向胸腔内置入引流管, 负压抽取脓液, 再经食管置入蘑菇状覆膜内支架封堵瘘口. 定时经引流管冲洗腔, 适时复查腔造影, 及时调整后退引流管的位置, 直至引流管完全拔出; 在置入术后1个月左右 (约在引流管拔出后1周) 取出支架. 结果 8例蘑菇状覆膜内支架和引流管置入技术操作全部成功, 放置位置合适. 经鼻经食管胸腔引流14~21 d, 腔腔消失, 引流管完全拔出. 置入术后1个月内以介入技术顺利取出支架, 复查造影瘘口均愈合, 腔腔消失. 结论暂时性蘑菇状覆膜内支架与经鼻经食管胸腔引流管置入治疗食管-胃吻合口瘘, 操作简单安全、无严重并发症、花费低、创伤小, 是一项值得推广的新技术.

8. 会议论文 [刘志才. 管福顺. 赵献君. 马中州. 郭见庄 胸内食管胃吻合口早期瘘的再手术治疗 2004](#)

胸内食管胃吻合口瘘是食管外科的严重并发症之一. 作者曾对3例食管癌术后胸内食管胃吻合口早期瘘进行了再手术治疗. 胸内食管胃吻合口瘘多由于吻合技术不熟练, 局部血供差和胃张力较大所致. 舌状浆肌瓣理盖-食管胃粘膜吻合术是一种预防吻合口并发症较好的手术方法, 曾报道使用该方法治疗1515例食管癌病例, 吻合口瘘的发生率为0.33%, 尽管如此, 由于该术式吻合口左侧壁是胃粘膜与食管全层吻合, 尤其在胃的粘膜较薄时, 或张力较大时, 若术者用力过大, 极易导致胃粘膜层的切割, 发生吻合口瘘. 因此, 充分游离胃, 食管保留长度恰当, 确保吻合口无张力, 缝合时用力适中预防吻合口瘘极为重要. 本文探讨了胸内食管胃吻合口瘘的早期诊断, 以及胸内食管胃早期吻合口瘘的再手术治疗.

9. 期刊论文 [王骏. 丁孔裕. 谢贞波. 张明星 预防食管胃吻合口并发症250例手术体会 -武警医学2002, 13 \(8\)](#)

食管胃吻合口瘘、狭窄及返流是食管贲门癌切除食管胃吻合术后三大并发症, 随着医疗技术的发展, 其发生率明显下降. 结合我院1995年以来250例食道癌手术体会, 我们对食管胃吻合口并发症的预防提出讨论. 现报告如下.

10. 期刊论文 [张希全. 刘海军. 董戈. 郭峰. 朱伟. 张清. Zhang Xiquan. Liu Haijun. Dong Ge. Guv Feng. Zhu Wei.](#)

[Zhang Qing 个体化全覆膜支架封堵食管-胃吻合口瘘、胸腔胃-气道瘘、化学灼伤后食管瘘 -实用医学影像杂志](#)

2009, 10 (4)

置, 选定下端为大喇叭口径可取式覆膜支架63枚; 气管-支气管分叉型全覆膜支架11枚; 全覆硅胶膜长管状“Z”型支架18枚. 结果 63例食管-胃吻合口瘘及11例胸腔胃-气道瘘和17例化学灼伤后食管瘘, 共植入支架92枚. 支架植入后分别于2、7、12、17、22、30d. 口服碘水DSA下透视检查, 所有病例均堵瘘成功. 支架取出无一例消化道出血、食管破裂、瘘口复发等并发症出现. 结论 设计个体化可取式覆膜支架, 封堵食管-胃连接部吻合口瘘和胸腔胃-气道瘘及化学灼伤后食管瘘临床疗效肯定, 具有临床推广应用价值.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200811016.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 6dec660-6d27-43ca-a795-9df70180bc92

下载时间: 2010年9月20日