

## ·临床研究 Clinical research·

## 透视下双导丝置管法在食管癌术后吻合口瘘治疗中的应用

朱桥华, 陈 勇, 曾庆乐, 赵剑波, 李彦豪

**【摘要】 目的** 探讨透视下双导丝置管法在食管癌术后吻合口瘘患者置管及治疗中的应用价值。**方法** 12 例食管癌手术切除术后出现吻合口瘘的患者, 在透视下采用双导丝引导经鼻分别置入十二指肠营养管和胃肠减压管, 统计其技术成功率、平均置管时间、并发症以及吻合口愈合情况。**结果** 所有患者均成功置入十二指肠营养管和胃肠减压管, 技术成功率为 100%。单个患者置管时间为 5 ~ 8 min, 平均 6 min。操作及置管使用过程中未出现心律失常、误插、吸入性肺炎、会厌功能紊乱等并发症。10 例治愈, 愈合时间为 17 ~ 37 d, 平均 28 d。2 例死亡。**结论** 透视引导下双导丝置管法操作简单、安全、成功率高, 置入十二指肠营养管和胃肠减压管可提高食管癌术后吻合口瘘的治愈率。

**【关键词】** 食管癌; 吻合口瘘; 治疗; 置管; 透视

中图分类号: R735.7 文献标识码: A 文章编号: 1008-794X(2008)-11-0815-03

**Fluoroscopy guided double-guidewire tube placement in treating anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer** ZHU Qiao-hua, CHEN Yong, ZENG Qing-le, ZHAO Jian-bo, LI Yan-hao. Department of Interventional Radiology, Nanfang Hospital, Nanfang Medical University, Guangzhou 510515, China.

**【Abstracts】 Objective** To evaluate the clinical application of double-guidewire tube placement under fluoroscopy in treating the anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer. **Methods** Naso-intestinal feeding tube and gastrointestinal decompression tube were placed through double-guidewire under fluoroscopic guidance for 12 patients with anastomotic leakage after esophagectomy. The technical success rate, average time for the procedure, complications and the cure rate of leakage were evaluated. **Results** All tubes were placed successfully in 100% technically, together with procedure time from 5 to 8 min (mean 6 min) for each patients. Complications related to procedure and tube placement such as arrhythmia, malpositioning, aspiration pneumonia and epiglottic dysfunction did not occur. Of the 12 patients, 10 were cured at 17 ~ 37d (mean 28 d) and 2 died. **Conclusion** Fluoroscopy guided double-guidewire tube placement is easy and safe; promoting the cure rate of anastomotic leakage after esophagectomy. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 815-817)

**【Key words】** Esophageal carcinoma; Anastomotic leakage; Treatment; Fluoroscopy

吻合口瘘是食管癌术后的严重并发症, 亦是术后死亡最常见的原因之一。胃肠减压、积极的营养支持和置管冲洗引流是主要的保守治疗措施。我科于 2005 年始采用透视引导下双导丝置管法置入胃肠减压管和十二指肠营养管治疗食管癌术后吻合口瘘, 取得良好疗效, 现报道如下。

## 1 材料与方法

### 1.1 一般资料

12 例患者, 男 11 例, 女 1 例, 年龄 43 ~ 73 岁, 平均 57 岁。上段食管癌 1 例, 中段 7 例, 中上段 1 例, 下段 1 例, 贲门胃底癌 2 例。行颈、胸(二切口)食管癌根治术 1 例, 弓上器械吻合 6 例, 颈、胸、腹(三切口)根治术 2 例, 弓下器械吻合 2 例, 颈部吻合 1 例。术中常规放置胃肠减压管和胸腔闭式引流管。术后 2 ~ 4 d 拔除胸腔闭式引流管者 10 例, 4 ~ 6 d 拔除胃肠减压管者 8 例。发现吻合口瘘时间为术后 6 ~ 22 d, 平均 9 d。患者均经口服美蓝、上消化道造影或开胸探查(2 例)证实为吻合口瘘, 其中颈部吻合口瘘 1 例, 胸腔胃吻合口瘘 8 例, 食管吻合口旁纵隔瘘 2 例, 贲门残端瘘 1 例。所有患者均在

作者单位: 510515 广州 南方医科大学南方医院介入治疗科

通讯作者: 陈 勇

透视下放置胃肠减压管和十二指肠营养管后,再在透视下由导丝引导经吻合口瘘口置管至瘘口外脓腔行反复冲洗或引流。胸腔瘘患者置入静脉留置管,直径为 1.7 mm,长度 70 cm(德国贝朗生产);纵隔瘘或颈部瘘患者需冲洗和引流,因此置管类型和直径应视脓腔大小及脓液黏稠程度决定,一般选择胃管。胸腔瘘患者需再次放置胸腔闭式引流管行负压吸引。本组 12 例患者均在透视下采用双导丝引导经鼻分别置入十二指肠营养管和胃肠减压管。

## 1.2 方法

**1.2.1 术前准备** 所有患者在置管前均口含少量 5%利多卡因以降低咽反射敏感度。口服泛影葡胺进一步明确吻合口、瘘口及幽门口的位置。留置胃管者经胃管注入泛影葡胺明确幽门口位置。胃肠减压管(外径 4.7 mm,长 145 cm,)和十二指肠营养管(外径 2.9 mm,内径 1.9 mm,长 145 cm, Nutricia Healthcare S.A, Switzerland)外涂石蜡油。剪去十二指肠营养管前方盲端,保留其侧孔。

**1.2.2 置管方法** 患者仰卧位,清洁一侧鼻腔。置管过程主要分 3 步:①置入双导丝:无留置胃管者,在 DSA (Siemens AXIOM Artis dTA, Germany) 透视下将第 1 导丝(180 cm, 0.035 英寸,日本 Terumo)在 5 F 椎动脉导管(日本 Terumo)配合下由鼻腔引入,经会厌达吻合口附近时,旋转导丝使其头端偏向瘘口对侧后缓慢插入胃内,撤出导管并沿导丝将胃管送入胃内,再将第 2 导丝(180 cm, 0.035 英寸,日本 Terumo)经胃管引入胃内。留置胃管者,直接经胃管送入双导丝。②置入十二指肠营养管:沿第 1 导丝送入导管,两者配合旋转通过幽门口后将导丝送至十二指肠降段以远,撤出导管,沿第 1 导丝送入十二指肠营养管至十二指肠降段以远,或直至空肠内。③置入胃肠减压管:沿第 2 导丝再次送入胃肠减压管送入胃腔。插管完毕后经留置管注入泛影葡胺再次证实管头位置满意。术后经十二指肠营养管注入肠内营养,经胃管行胃肠减压。

## 2 结果

### 2.1 技术成功率、并发症

所有患者均成功置入十二指肠营养管和胃肠减压管,技术成功率为 100%,亦均成功置管至瘘口外脓腔行反复冲洗和引流。所有营养管头端均成功置入十二指肠降部以远,10 例进入空肠。胃肠减压管均成功置入胃内。操作时间为 5 ~ 8 min,每例平均 6 min。X 线曝光时间为 2 ~ 5 min,平均 2.5 min。

操作过程中未出现心律失常、误插等并发症。

### 2.2 留置管使用情况

所有营养管和胃肠减压管在使用过程中均未出现移位。作冲洗及引流脓腔的留置管在引流干净及脓腔缩小后拔除。营养管单次置管使用时间为 11 ~ 38 d,其中 1 例多次出现堵塞,以导丝疏通,后因再次堵塞无法疏通而更换。在使用过程除患者诉鼻咽部不适外,未出现吸入性肺炎、会厌功能紊乱等。

### 2.3 吻合口瘘愈合情况

本组 12 例患者中,10 例瘘口愈合,愈合时间为 17 ~ 37 d,平均 28 d。2 例分别在术后 9 d 和 7 d 死亡,前者因消化道大出血抢救无效死亡,后者因术后胸腔大出血行开胸探查止血,死于全身衰竭。治愈率为 83.3%。

## 3 讨论

### 3.1 双导丝置管法的优缺点

经鼻腔置入十二指肠营养管或胃肠减压管可在透视或内镜引导下完成,还可床边盲插<sup>[1,4]</sup>。床旁盲插成功率仅为 17%<sup>[5]</sup>,且可引起穿孔、气胸、黏膜损伤等并发症。食管癌和贲门癌术后吻合口瘘的患者,食管正常的解剖结构被破坏,吻合口炎症导致狭窄和瘘口存在,均给置管带来更大的困难和危险。内镜引导下置管成功率虽较高,但不适合于食管癌术后吻合口瘘需置多管的患者。透视引导下置管,方法简单、安全,成功率高。本研究采用双导丝置管法,可同时置入十二指肠营养管和胃肠减压管,与单导丝置管法相比,具有下列优点:①因吻合口炎症导致狭窄和瘘口存在,常规置入单管后其间隙减小,造成导丝再次通过困难,且容易进入瘘口。本法经第 1 导丝送入胃管后建立了第 2 导丝通道,使其能够顺利通过吻合口,从而提高了技术成功率。本组 12 例中均成功置入“二管”,成功率为 100%,较其他报道略高<sup>[6,7]</sup>。②引入双导丝后,连续置入“二管”,显著缩短了置管操作时间及 X 线曝光时间。本组置管时间为 5 ~ 8 min,平均 6 min。③本组 12 例在置管过程中均未出现心律失常、误插等。但本法与单导丝置管法相比,需二次插入胃管,相对烦琐。

### 3.2 同时置入营养管和胃管的重要性

食管癌术后吻合口瘘多主张保守治疗,包括早期禁食、胃肠减压、积极的营养支持、置管冲洗引流及抗感染等。研究表明,食管癌术后食管的抗反流及抗酸能力下降,术后胃-食管反流次数、每次反流

持续时间以及食管和吻合口的酸暴露时间均高于正常人<sup>[8]</sup>。对已发生吻合口瘘的患者,持续胃肠减压可减少胃-食管反流,缩短吻合口酸暴露时间,减轻胃扩张,降低吻合口张力,保证吻合口处良好的血液循环,促进吻合口瘘的愈合。同时还减少了经瘘口漏入胸腔或纵隔的胃液量,减轻中毒症状。食管癌患者术前病程较长,存在不同程度的营养不良、贫血或低蛋白血症,加上手术创伤、应激状态及并发吻合口瘘后,营养不良状况进一步加重,因此积极的营养支持是吻合口瘘治疗成功的关键<sup>[9]</sup>。早期的肠内营养提供了机体基本代谢所需的能量氮量,保证了机体代谢呈正氮平衡,纠正低蛋白血症,从而改善患者营养状况。留置十二指肠营养管则是早期提供肠内营养的重要措施。如上所述,同时置入胃肠减压管和十二指肠营养管可缩短瘘口愈合时间,提高吻合口瘘治愈率。王相臣等<sup>[10]</sup>仅采用持续胃肠减压,治愈率为 62.5%。本组患者疗效显著,平均愈合时间为 28 d,治愈率为 83.3%,另 2 例也是因为大出血死亡。纵隔和胸腔外脓肿的置管冲洗及引流亦尤为重要,这可避免瘘口的继续扩大,中止胸腔、纵隔污染和毒素吸收,促进瘘口愈合<sup>[11]</sup>。

总之,透视引导下双导丝法置入十二指肠营养管和胃肠减压管操作简单,成功率高,可建立肠内营养及胃肠减压通道,是食管癌术后出现吻合口瘘患者首选的置管方法。

#### [参考文献]

- [1] Fang JC, Hilden K, Holubkov R, et al. Transnasal endoscopy vs. fluoroscopy for the placement of nasoenteric feeding tubes in critically ill patients[J]. *Gastrointest Endosc*, 2005, 62: 661 - 666.
- [2] Byrne KR, Fang JC. Endoscopic placement of enteral feeding catheters[J]. *Curr Opin Gastroenterol*, 2006, 22: 546 - 550.
- [3] Mahadeva S, Malik A, Hilmi I, et al. Transnasal endoscopic placement of nasoenteric feeding tubes: outcomes and limitations in non-critically ill patients[J]. *Nutr Clin Pract*, 2008, 23: 176 - 181.
- [4] 邵国良, 陈玉堂, 冯海洋, 等. 鼻肠减压管插入技术及其在小肠梗阻治疗中的应用[J]. *介入放射学杂志*, 2008, 17: 41 - 43.
- [5] Baskin WN. Acute complications associated with bedside placement of feeding tubes[J]. *Nutr Clin Pract*, 2006, 21: 40 - 55.
- [6] 耿明飞, 周福有, 苏文中, 等. 食管癌和贲门癌患者术后经 X 线监视金属导丝置入鼻十二指肠营养管 15 例[J]. *郑州大学学报(医学版)*, 2004, 39: 358 - 359.
- [7] 李小兵, 郑世营. X 线监视金属导丝引导置入鼻十二指肠营养管在食管癌和贲门癌术后并发症中的应用[J]. *苏州大学学报(医学版)*, 2005, 25: 686 - 687.
- [8] 刘琨, 王云杰, 范萌, 等. 食管胃吻合口的组织学功能及临床研究[J]. *中华胸心血管外科杂志*, 1994, 10: 71 - 721.
- [9] Han-Geurts IJ, Hop WC, Verhoef C, et al. Randomized clinical trial comparing feeding jejunostomy with nasoduodenal tube placement in patients undergoing oesophagectomy[J]. *Br J Surg*, 2007, 94: 31 - 5.
- [10] 王相臣, 刘建华, 郑勇, 等. 持续胃肠减压防治食管癌术后吻合口瘘的临床研究[J]. *肿瘤基础与临床*, 2006, 2: 54 - 55.
- [11] 蒋明, 俞明峰, 许林, 等. 介入置管法在食管癌术后吻合口瘘治疗中的应用[J]. *河北医药*, 2006, 28: 809 - 810.

(收稿日期:2008-06-10)

## ·临床研究 Clinical research·

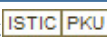
### 经皮椎体成形术治疗椎体转移瘤的临床应用

刘建新, 李彪, 武红斌

**【摘要】目的** 探讨经皮椎体成形术(PVP)治疗椎体转移性肿瘤的骨水泥灌注量、灌注方法及临床疗效。**方法** 对 150 例共 218 个椎体行椎体成形术,其中胸椎 73 个椎体,腰椎 138 个椎体,骶椎 7 个椎体,共 218 个椎体。手术在 DSA 监视下进行。根据椎体形态、破坏范围及穿刺点位置选择进针途径。**结果** 150 例 218 个椎体手术全部成功,手术成功率 100%,胸椎注入骨水泥 2 ~ 5 ml,平均 3.5 ml;腰椎注入 3 ~ 8 ml,平均 5.5 ml;骶椎 4 ~ 7 ml,平均 5.5 ml。术后疼痛完全缓解 134 例,89.3%;部分缓解 15 例,

作者单位:046204 山西潞安集团总医院  
通讯作者:刘建新

# 透视下双导丝置管法在食管癌术后吻合口瘘治疗中的应用

作者: 朱桥华, 陈勇, 曾庆乐, 赵剑波, 李彦豪, ZHU Qiao-hua, CHEN Yong, ZENG Qing-le, ZHAO Jian-bo, LI Yan-hao  
作者单位: 南方医科大学南方医院介入治疗科, 广州, 510515  
刊名: 介入放射学杂志   
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(11条)

1. Fang JC, Hilden K, Holubkov R [Transnasal endoscopy vs. fluoroscopy for the placement of nasoenteric feeding tubes in critically ill patients](#) 2005
2. Byrne KR, Fang JC [Endoscopic placement of enteral feeding catheters](#) 2006
3. Mahadeva S, Malik A, Hilmi I [Transnasal endoscopic placement of nasoenteric feeding tubes: outcomes and limitations in non-critically ill patients](#) 2008
4. 邵国良, 陈玉堂, 冯海洋 [鼻肠减压管插入技术及其在小肠梗阻治疗中的应用](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2008
5. Baskin WN [Acute complications associated with bedside placement of feeding tubes](#) 2006
6. 耿明飞, 周福有, 苏文中 [食管癌和贲门癌患者术后经X线监视金属导丝置入鼻十二指肠营养管15例](#) [期刊论文] - [郑州大学学报\(医学版\)](#) 2004
7. 李小兵, 郑世营 [X线监视金属导丝引导置入鼻十二指肠营养管在食管癌和贲门癌术后并发症中的应用](#) [期刊论文] - [苏州大学学报\(医学版\)](#) 2005
8. 刘琨, 王云杰, 范萌 [食管胃吻合口的组织学功能及临床研究](#) 1994
9. Han-Geurts IJ, Hop WC, Verhoef C [Randomized clinical trial comparing feeding jejunostomy with nasoduodenal tube placement in patients undergoing oesophagectomy](#) 2007
10. 王相臣, 刘建华, 郑勇 [持续胃肠减压防治食管癌术后吻合口瘘的临床研究](#) [期刊论文] - [肿瘤基础与临床](#) 2006
11. 蒋明, 俞明锋, 许林 [介入置管法在食管癌术后吻合口瘘治疗中的应用](#) [期刊论文] - [河北医药](#) 2006

## 相似文献(10条)

1. 期刊论文 苏文中, 耿明飞 [食管癌切除颈部食管胃吻合口瘘的治疗](#) - [医药论坛杂志](#) 2003, 24(9)  
目的:探讨食管癌切除颈部食管胃吻合口瘘的治疗。方法:回顾分析1999~2002年12月底494例食管癌切除颈部食管胃吻合手术及56例颈部食管胃吻合口瘘的临床资料。结果:494例食管癌切除颈部食管胃吻合手术共发生56例颈部吻合口瘘,发生率为11.3%。经过治疗全部治愈,愈合时间因瘘口大小、胃壁坏死面积不同而异。无围手术期死亡。结论:胃肠道维持营养、伤口敞开引流(对瘘口较大的患者采用塑料管负压引流)是治疗颈部食管胃吻合口瘘的主要方法。
2. 会议论文 刘涌, 付强, 李钦 [15例食管癌、贲门癌切除术后吻合口瘘的临床分析](#) 2007  
目的:探讨食管癌、贲门癌切除术后发生吻合口瘘诊断、吻合口瘘的原因及治疗方法。  
方法:对54例食管癌、贲门癌切除术的临床资料进行回顾性分析。54例术后发生吻合口瘘15例,颈部吻合口瘘6例,均行保守治疗,胸部吻合口瘘9例,保守治疗7例,再次开胸手术治疗2例。  
结果:15例吻合口瘘治愈13例,死亡2例(13.33%),颈部吻合口瘘全部治愈。胸部吻合口瘘9例保守治疗7例,治愈5例(71.43%),死亡2例(28.57%)。2例再次开胸行瘘口修补术,均治愈。  
结论:手术操作技巧、肿瘤大小、部位及吻合口张力、血运是影响吻合口愈合的重要因素,应及时诊断和治疗吻合口瘘,早期发现,及时手术对治疗是有利的。
3. 期刊论文 张卫东, 陈健, 张佩文 [食管癌贲门癌术后吻合口瘘27例临床分析](#) - [西部医学](#) 2005, 17(5)  
目的:探讨食管癌、贲门癌术后吻合口瘘发生的原因及防治。方法:回顾性分析我院近十年来1362例食管癌、贲门癌术后发生27例吻合口瘘的临床资料。结果:全组共发生胸内吻合口瘘18例,颈部吻合口瘘9例,发生率1.98%。治愈24例,死亡3例,治愈率88.9%。结论:食管癌、贲门癌术后发生吻合口瘘的原因是多方面的;充分的术前准备、提高手术技巧、加强术后管理是降低吻合口瘘的关键;早期诊断、早期治疗是减低死亡率的有效方法。
4. 期刊论文 刘青, 王学东 [胸段食管癌切除术后食管胃吻合口瘘8例分析](#) - [现代临床医学](#) 2006, 32(3)  
目的:分析食管癌手术治疗后吻合口瘘发生情况,探讨吻合口瘘的预防及处理方法。方法:回顾性分析189例胸段食管癌根治性切除食管胃吻合术,其中机械吻合102例,手工吻合87例,共发生吻合口瘘8例(4.2%)。结果:机械吻合时间145±16 min,手工吻合170±22 min,机械吻合手术时间明显缩短( $P<0.05$ ),而机械吻合与手工吻合发生率无显著性差异( $P>0.05$ )。对8例吻合口瘘的病例与无吻合口瘘的营养状况作出比较分析,吻合口瘘组血红蛋白( $36.0\pm7.1\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ )较无吻合口瘘组( $38.7\pm7.1\text{ g}\cdot\text{L}^{-1}$ )低,但无统计学差异( $P>0.05$ )。结论:手术操作不当是造成吻合口瘘的主要原因,通畅引流和有效的营养支持治疗是吻合口瘘的主要治疗手段。延误诊断和不能有效及时地治疗是导致死亡的原因,对于无临床症状的吻合口瘘,一般瘘口较小且局限,经抗炎、禁食、营养支持等治疗多可治愈。

5. 期刊论文 [潘铁成, 刘超, 胡敏, 张良华, 汤应雄, 严华, 李军, 潘友民, 魏翔, 宋定伟 食管癌切除术后食管胃吻合口瘘](#)

[的临床分析 - 华中华医学杂志2002, 26 \(4\)](#)

目的:探讨食管癌术后吻合口瘘发生的原因, 并分析手工吻合和器械吻合在食管癌切除术后食管胃吻合口瘘中的临床差异. 方法:回顾性分析1994年1月~2001年3月589例食管癌根治性切除病例, 并按手工吻合和器械吻合两种不同吻合方式分组比较. 结果 589例病例中, 手工吻合组术后发生吻合口瘘15例(6. 5%), 器械吻合组术后发生吻合口瘘23例(6. 4%), 发生率无显著性差异( $P>0. 05$ ). 但器械吻合组手术时间为(145±16)分钟, 手工吻合组为(170±22)分钟, 有极显著性差异( $P<0. 01$ ). 吻合口瘘组血浆白蛋白为(36. 9±7. 1) g/L, 无吻合口瘘组为(38. 7±7. 2) g/L, 两组比较无显著性差异( $P>0. 05$ ). 结论器械吻合方便、快捷, 明显地缩短了手术操作时间, 但并未能降低吻合口瘘的发病率.

6. 期刊论文 [朱逸, 方良伟, 田小峰, 巩力 食管癌、贲门癌术后吻合口瘘的治疗体会 - 中国当代医药2009, 16 \(25\)](#)

目的:探讨食管癌、贲门癌术后吻合口瘘发生的原因及防治. 方法:回顾性分析我院2004年1月~2009年6月共手术治疗的689例食管癌、贲门癌病例, 总结术后并发吻合口瘘的发生原因、临床表现、诊断与治疗体会. 结果:共发生吻合口瘘12例(1. 7%), 其中颈部吻合口瘘4例, 无一例死亡. 胸腔内吻合口瘘8例, 死亡3例. 死亡率为25%. 结论:食管癌、贲门癌术后发生吻合口瘘的原因是多方面的, 充分的术前准备、提高手术技巧、加强术后管理是降低吻合口瘘的关键;早期诊断、积极治疗是减少死亡率的有效方法.

7. 期刊论文 [李德生, 张铸, 张昌明, 吴明拜, 伊力亚尔·夏合丁, 库尔班·赛来, 张力为, 朱辉, 邓彦超 37例食管癌和贲](#)

[门癌切除术后吻合口瘘临床分析 - 新疆医科大学学报2005, 28 \(11\)](#)

目的:探讨食管癌、贲门癌切除术后发生吻合口瘘的原因及吻合口瘘的诊断和治疗方法. 方法:对1 452例食管癌、贲门癌切除术后吻合口瘘的临床资料进行回顾性分析. 1 452例术后发生吻合口瘘37例, 颈部吻合口瘘16例均行保守治疗, 胸部吻合口瘘21例, 保守治疗17例, 再次开胸手术治疗4例. 结果:37例吻合口瘘治愈30例, 死亡7例(23. 33%), 颈部瘘16例全部治愈. 胸内瘘21例保守治疗17例, 治愈12例(70. 59%), 死亡5例(29. 41%), 2例二次瘘口修补, 治愈1例(50. 00%), 死亡1例(50. 00%), 2例二次吻合口切除再吻合, 治愈1例(50. 00%), 死亡1例(50. 00%). 结论:手术操作技术和肿瘤大小、部位及吻合口张力是影响吻合口愈合的重要因素, 应及时诊断和处理吻合口瘘, 根据病情尽早争取再次手术或保守治疗是治疗成功的关键.

8. 期刊论文 [许金生, 宋继东, 付天泽 食管癌吻合口瘘11例分析 - 河南外科学杂志2008, 14 \(5\)](#)

目的 探讨食管癌术后吻合口瘘发生的原因及诊断和治疗. 方法 1998年1月至2007年12月我们共诊治8例食管癌胸内吻合口瘘, 3例颈部吻合口瘘病人, 对其发生的原因及诊断和治疗结果进行回顾性分析. 结果 10例痊愈出院, 1例吻合口瘘愈合后吻合口闭锁带空肠造瘘管出院. 结论 针对吻合口瘘应预防为主, 胸内吻合口瘘应早诊断早治疗, 对于中毒症状轻、一般状况较好、胸腔积液有局限可能的患者, 采用相应有效的保守治疗方法可获得满意效果. 颈部吻合口瘘发生后对全身的影响较轻, 一般通过局部引流和加强营养支持治疗, 瘘口多会自行愈合.

9. 期刊论文 [曲静波, 盖玉杰, 寇建明, 宁瑞花 食管癌根治术后并发吻合口瘘病人的观察与护理 - 中华现代护理杂志](#)

[2008, 14 \(15\)](#)

目的 探讨食管癌根治术后吻合口瘘病人的观察与护理方法. 方法 对2006年1月~2008年3月, 经手术治疗的食管癌病人216例, 其中术后并发吻合口瘘的病人21例, 对其术后早期病情观察, 全面了解病情, 积极处理, 根据病情, 采取相应的护理干预措施. 结果 明显改善了吻合口瘘病人的预后, 21例吻合口瘘的病人全部治愈出院. 结论 食管癌根治术后并发吻合口瘘的观察及护理尤为重要, 护理质量的高低与治愈率有着密切的关系.

10. 期刊论文 [汪志荣, 王端焱 食管癌、贲门癌切除术后并发吻合口瘘的临床分析 - 中国医师进修杂志2007, 30 \(24\)](#)

目的 探讨食管癌、贲门癌手术切除后并发吻合口瘘的临床特点、治疗及预防方法. 方法 对1990~2006年收治的食管癌、贲门癌手术切除后并发吻合口瘘的7例患者的临床资料进行回顾性分析. 结果 根据患者的临床表现和实验室、影像学检查可以确诊, 并决定治疗方案:4例患者保守治疗, 2例死亡;3例行手术治疗, 2例死亡. 结论 食管癌、贲门癌切除术后并发吻合口瘘与多种因素有关:吻合口瘘的早期诊断主要依据患者的临床表现;吻合口瘘的治疗根据不同情况分别采取保守治疗、修补术、吻合口重建术;改善全身状况, 精细的吻合技巧, 熟练轻柔的操作, 最大限度地创造有利于愈合的条件, 是预防吻合口瘘的决定因素.

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200811017.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200811017.aspx)

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: a5d3df4c-d908-40a9-b0a1-9df70180c104

下载时间: 2010年9月20日