

· 非血管介入 ·

# 食管-纵隔瘘:食管覆膜内支架与经鼻经食管引流管置入治疗

韩新巍, 吴 刚, 李永东, 马 南, 王艳丽, 高雪梅

【摘要】 目的 探索食管覆膜内支架与经鼻经食管引流管置入治疗食管-纵隔瘘的价值。方法 10 例食管-纵隔瘘采用 5F 直头侧孔导管经鼻腔经食管和瘘口置入纵隔脓腔, 并利用食管覆膜内支架封堵瘘口。经引流管定时冲洗脓腔, 复查脓腔造影, 及时调整引流管的位置和拔出引流管。结果 进食顺利, 引流 10~25 d 引流管完全拔出, 脓腔消失。结论 食管覆膜内支架与经鼻经食管引流管置入治疗食管-纵隔瘘, 可有效治疗纵隔脓肿, 操作技术简单、费用低、创伤小, 患者易于接受, 是值得推广的新技术。

【关键词】 食管 纵隔 瘘 覆膜内支架 引流

Treating mediastinoesophageal fistula with covered stent through nasal esophagus drainage tube HAN Xin-wei, WU Gang, LI Yong-dong, MA Nan, WANG Yan-li, GAO Xue-mei. Department of Radiology, the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China

【Abstract】 Objective To investigate the value of treating mediastinoesophageal fistula with covered stent through nasal esophagus drainage tube. Methods Ten patients with mediastinoesophageal fistula were treated by 5F catheter inserting into the abscess cavities through nasal esophageal fistula, with stent placement in the esophagus. The abscess cavities were washed and angiographed through drainage tube and the sites of the drainage tube were adjusted in time untill withdrawal of the tube. Results The drainage tubes were pulled out within 10-25 days with disappearance of the abscess cavities and normal diet intake without difficulty. Conclusions Treating mediastinoesophageal fistula with covered stent through nasal esophagus drainage tube is safe, microinvasive economic and acceptable, worthy to be recommended. (J Intervent Radiol 2005, 14:167-170)

【Key words】 Esophagus; Mediastinum; Fistula; Covered stent; Drainage

覆膜内支架置入治疗食管良恶性狭窄、食管-气管瘘、食管-胃吻合口瘘、胸腔胃-气道瘘, 已有大量成功的文献报道<sup>[1-4]</sup>。食管-纵隔瘘一旦形成, 往往合并纵隔脓肿, 单纯食管内支架置入治疗并发症多, 患者可于短期内死于顽固性纵隔感染、大出血或形成新的纵隔-气管瘘。我们根据食管-纵隔瘘的特殊病理和解剖特点, 食管覆膜内支架与经鼻经食管引流管置入治疗食管-纵隔瘘 10 例, 效果满意。

## 材料与方 法

### 一、临床资料

2000 年 8 月至 2003 年 10 月诊治 10 例食管-纵隔瘘患者, 男 7 例, 女 3 例, 年龄 46 岁~73 岁, 平均 64 岁。食管癌放疗后 10 d~6 个月出现纵隔瘘 5 例, 放疗中出现纵隔瘘 2 例, 化疗后 2 周出现纵隔瘘

1 例, 放化疗期间出现纵隔瘘 1 例, 食管癌进展期纵隔瘘 1 例。本组除有不同程度的吞咽困难外(Ⅱ级吞咽困难 2 例、Ⅲ级 6 例、Ⅳ级 2 例), 均有严重的胸骨后或剑突下疼痛不适。发热, 体温 37.8~39.7℃, 消瘦, 乏力。实验室检查提示水、电解质紊乱, 白细胞升高 $(11.6\sim22)\times 10^9/L$ 。食管碘水造影显示纵隔阴影增宽或基本正常, 食管不规则狭窄, 狭窄段长 4~8 cm, 狭窄段管壁僵硬、黏膜紊乱中断, 狭窄段以上食管扩张, 对比剂经食管瘘口溢入纵隔, 形成团状对比剂充填区, 形态不规则, 境界不清, 瘘口距脓腔下极 4~9 cm。口服碘水后胸部 CT 扫描能清楚显示纵隔脓腔的部位、范围和毗邻器官关系。

### 二、治疗方法

(一) 术前准备 检查血常规和食管碘水造影, 了解瘘口位置、大小、纵隔脓肿范围、食管病变长度, 有条件者再行口服碘水后胸部 CT 扫描等。积极纠正水、电解质紊乱, 加强静脉营养支持治疗, 抗感染治疗, 对症处理。选择食管内支架直径 18~22 mm,

支架长于狭窄段 40 mm 以上,覆膜双喇叭口编织型内支架。

(二)技术操作 透视下,先将猎人头导管与亲水膜导丝相互配合经鼻腔插入食管,通过食管瘘口进入纵隔脓腔,交换 5F 直头多侧孔导管于脓腔内,经导管抽吸脓腔内容物送细菌培养。经导管造影确认导管头端位于脓腔下极,并反复利用抗菌药物和生理盐水冲洗脓腔后,外固定导管,保留导管便于连接负压鼓负压抽吸引流(图 1)。

置开口器,透视下导管、导丝再相互配合经口腔、食管狭窄段进入胃腔,经造影证实导管位于胃腔内,交换加强导丝(图 2),沿导丝送入食管支架递送

系统,于原病变下方 20 mm 处开始缓慢释放支架,支架上端至少位于瘘口上 30 ~ 40 mm,支架覆盖引流管(图 3)。食管狭窄严重而支架递送系统无法通过时,可使用直径 10mm 的球囊导管预扩张狭窄段。复查造影了解支架膨胀程度和食管通畅情况,有无对比剂外溢等现象(图 4)。也可经引流管注入对比剂后行胸部 SCT 检查,确定脓腔的具体位置、大小以及周围脏器的毗邻关系(图 5)。

(三)术后处理 术后根据脓腔大小使用 10 ~ 50 ml 抗菌药物和生理盐水,经引流导管反复缓慢冲洗回抽脓腔,直至回抽脓腔液体不浑浊,然后注入甲硝唑注射液或阿米卡星 0.2 g 与生理盐水混合液 5



图 1 食管中段不规则狭窄,纵隔内呈一团状对比剂充填区(白箭头),5F 直头多侧孔导管经鼻经食管置入纵隔脓肿内(黑箭头)

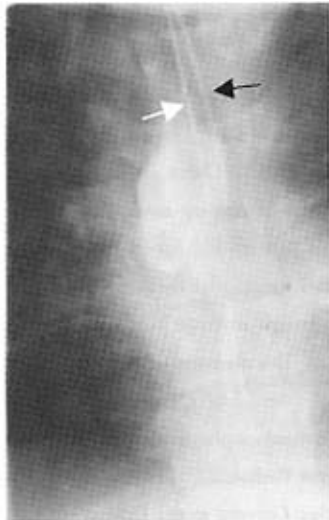


图 2 通过口腔、食管狭窄段插入加强导丝至胃腔内(白箭头)

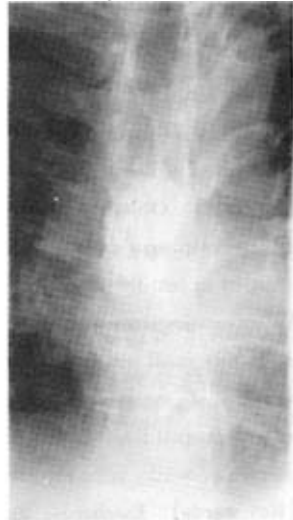


图 3 置入覆膜双喇叭口编织型 20 mm × 100 mm 食管内支架



图 4 复查造影显示对比剂经食管、内支架顺利进入胃腔,未见对比剂外溢现象

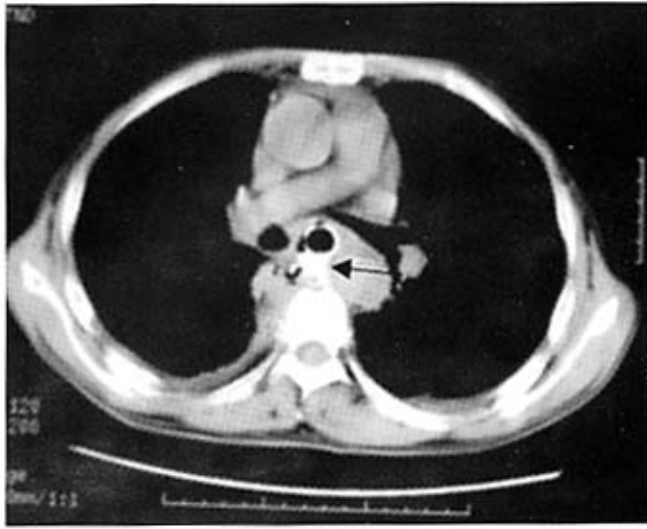


图 5 支架置入后经导管推注少量对比剂,胸部 SCT 扫描显示隆突下方食管内有支架影,脊柱前与食管之间有对比剂充填区(即纵隔脓肿部位)(黑箭头)

~ 15 ml, 保留 30 min 后连接负压抽吸, 也可反复冲洗后直接负压抽吸, 1~2 次/d。观察引流液的颜色、浑浊程度, 记录 24 h 引流量。适时经引流管造影观察脓腔缩小程度, 待引流管下段脓腔完全闭锁后及时调整后撤引流管位置, 使其下端位于尚未闭锁的脓腔下段, 直至引流物消失脓腔闭锁, 引流管完全拔出。待患者体质恢复, 积极治疗原发肿瘤。

## 结 果

10 例均一次性置入引流管和内支架成功, 瘘口完全封堵, 即刻解除吞咽困难(0~Ⅰ级)。所有患者内支架置入后均有不同程度胸骨后疼痛加重, 给予生理盐水 250 ml + 2% 利多卡因 10 ml + 庆大霉素 16 万 U 配制液间歇口服, 疼痛减轻或消失。患者精神明显好转, 体温逐渐恢复正常。每天引流量 25~60 ml, 引流液逐渐由浑浊脓性变澄清。引流 7~20 d 脓腔消失, 平均引流 11 d。复查造影显示支架完全膨胀, 位置合适, 对比剂经食管内支架顺利进入胃腔, 未见对比剂外溢。CT 显示纵隔脓肿完全消失。患者机体恢复后根据肿瘤生物学特性及原治疗计划继续放疗、化疗或其他综合治疗。

随访 3~24 个月, 1 例引流管、食管内支架置入后 2 周拔出引流管, 患者引流管拔出后 1 周死于胃溃疡穿孔; 5 例分别于 4~20 个月死于肿瘤晚期全身衰竭。余患者进食顺利, 无支架移位、大出血、无纵隔脓肿复发, 体重增加, 生活质量明显提高。

## 讨 论

癌组织浸润食管全层, 当癌组织坏死破溃时, 自然病程中即可形成食管-纵隔瘘。本组有 1 例属于食管癌进展期纵隔瘘形成。放化疗可使肿瘤组织急性坏死, 正常组织修复障碍时亦可形成瘘<sup>[5, 6]</sup>, 本组 8 例与放、化疗有关。由于瘘的存在, 食管分泌物和食物进入纵隔引起纵隔炎、纵隔脓肿。食管-纵隔瘘是食管癌的严重并发症, 易误诊误治, 尤其放化疗过程中应注意与放射性气管炎相鉴别<sup>[7]</sup>。如果患者突然出现胸背部或上腹部难以忍受的疼痛, 吞咽时加重, 呼吸困难, 发热, 要高度警惕该病。

食管癌性食管-纵隔瘘缺乏特效治疗方法, 以往多采用手术修补、食管切除重建食管通道、手术切开引流、胃造瘘等, 手术操作复杂、创伤大、并发症多、生活质量差、生存期短<sup>[8, 9]</sup>, 况且患者长期不能进食, 营养状况差, 再合并严重感染, 往往失去手术治疗机会。内科治疗主要是禁食、禁水, 控制感染, 纠

正水、电解质紊乱以及静脉高营养和(或)空肠造瘘供给能量, 但无法阻止口腔和食管分泌物继续进入纵隔脓腔, 瘘口难以愈合, 患者最终衰竭而死亡。

近年来, 随着介入放射学的发展, 食管内支架的临床应用越来越广泛<sup>[10]</sup>。食管覆膜内支架置入治疗食管-纵隔瘘, 虽然能支撑食管解除狭窄, 封堵瘘口, 防止食物及食管分泌物继续进入纵隔脓腔, 恢复正常进食, 提高患者生活质量, 但是覆膜内支架封堵瘘口后, 纵隔开放性窦腔或瘘腔变成一个密闭的脓腔, 脓肿难以吸收、愈合, 并且渗出物及脓液无法排出, 细菌大量繁殖, 脓肿有可能进一步扩大压迫和侵犯纵隔内大血管、心包、气道、胸腔等, 危及生命。我们曾遇到 1 例食管-纵隔瘘单纯性食管内支架置入者, 术后急剧进行性脓肿扩大、纵隔增宽而压迫气管窒息死亡; 1 例单纯性食管内支架置入后大剂量应用广谱抗生素治疗纵隔脓肿, 患者短期内死于细菌和霉菌双重感染。

根据食管-纵隔瘘的病理和解剖学特点, 我们经鼻腔和食管瘘口插入引流管, 再置入食管覆膜内支架封堵瘘口, 借引流管充分负压抽吸引流, 促使脓液及时排出。由于本技术通过自然腔道和食管瘘口置管, 不需外科切口或经皮穿刺置管引流。引流管细小、柔软, 既能充分引流脓液, 又无创伤, 不损伤脓腔周围的血管、神经以及毗邻重要脏器, 操作简单安全、无明显并发症和禁忌证。只要引流通畅, 体温迅速降低, 胸骨后疼痛减轻、消失。

本病治疗体会: ①发现食管-纵隔瘘形成, 即刻禁食、禁水, 抗感染, 及时采用本方法治疗, 疗程短, 恢复快。②引流管头端应放置于脓腔下极, 确保充分引流。置管时可利用导丝轻柔探查脓腔大小, 尽量放置引流管于脓腔最低点。③抽取引流液做细菌培养和药物敏感试验, 以便选择敏感抗生素。患者脓毒症明显减轻, 血象及体温恢复正常后应及时停用抗生素, 防止霉菌感染。我们建议只要引流通畅, 不必全身应用抗生素。④及时调整引流管的位置, 确保引流有效和定时冲洗脓腔, 能够加速脓腔愈合。⑤加强肠内外营养支持治疗, 达到正氮平衡, 患者精神好转, 体质恢复快, 也能促使脓腔愈合。⑥引流管拔出后, 待患者体质恢复, 根据原发肿瘤生物学特性及治疗方案, 及时进行放化疗治疗原发病变, 能够进一步提高患者生活质量, 延长患者生命。

食管-纵隔瘘采用食管覆膜内支架置入结合经鼻经食管的引流管治疗, 可有效治疗纵隔脓肿, 操作技术简单安全、无明显并发症、花费低、微创伤, 患者



易于接受,并且为下一步继续治疗原发病挽回了时间,是一种值得推广的新技术。

[ 参 考 文 献 ]

[ 1 ] 童乾纲,樊树峰,李波,等.自膨胀式带膜食管支架在恶性食管狭窄患者中的应用.介入放射学杂志,2002,11:439-441.  
[ 2 ] 陈振华,邵先玉,卜令秀.内镜直视覆膜支架置入术治疗难治性食管癌(附23例报告).山东医药,2002,42:3-4.  
[ 3 ] 王剑云,乔德林.内支架置入结合化疗治疗食管癌并发食管气管瘘.介入放射学杂志,2003,12:224-226.  
[ 4 ] 韩新巍,李天晓,王瑞林,等.癌性食管-气管瘘的被膜自膨胀式金属内支架植入治疗.中华放射学杂志,1997,31:741-743.  
[ 5 ] 刘德鑫,李华东,李平,等.被膜食管自扩内支架治疗食管纵隔瘘或气管瘘的疗效观察.齐齐哈尔医学院学报,2003,24:

262-263.  
[ 6 ] 余国政,任炜,梁秀芬,等.国产被膜金属内支架治疗癌性食管纵隔瘘和气管瘘(附16例报告).陕西医学杂志,2002,31:993-994.  
[ 7 ] 李茂钦,吕登平.食管癌放疗并发食管纵隔瘘误诊一例.河南肿瘤杂志,1999,12:482.  
[ 8 ] 张改琴,曹明发,邵伟庆,等.钛镍记忆合金支架治疗食管癌致食管-气管纵隔瘘24例.河南医学研究,2001,10:57-58.  
[ 9 ] 朱洪连,杜伟,徐由锁,等.带膜食管支架治疗食管-纵隔、胸腔瘘8例.中国煤炭工业医学杂志,2000,3:1112.  
[ 10 ] Richard R, Katherine EM, Paul CL, et al. Malignant esophageal and esophagorespiratory fistula: palliation with polyethylene covered Z-stent. Radiology, 1997, 202: 349-354.  
(收稿日期 2004-10-22)

· 消息 ·

第四届西部介入放射学术大会征文通知

为响应国家西部大开发的号召,推动西部介入放射的发展,加强学术交流,经西部介入放射学全体委员会议决定,2005年在甘肃兰州举行第四届西部介入放射学术大会,会议将邀请国内介入著名专家进行专题讲座,会议包括继续医学教育讲座,学术交流,影像设备和器械展示,希望各省、市、自治区专家、学者、教授和工作人员积极投稿,参加会议,与会者可获国家级继续医学教育学分。

一、征文内容

1. 血管性和非血管性介入放射学 2. 介入影像学 3. 介入放射学规范化、标准化 4. 介入放射学新技术、新方法 5. 介入放射学有关基础研究 6. 介入放射学病房管理和临床护理 7. 介入放射技术。

二、征文要求

(一) 论文要求 1. 专题讲座全文(约稿) 2. 论著要求1200字的标准论文摘要(包括目的、材料与方法、结果、结论四要素) 3. 综述、经验交流、短篇、个案报道限1000字以内 4. 稿件一律要求电脑打印(文字格式WORD文稿)并附软盘或发E-mail 5. 论文需标明题目、作者姓名、单位、详细地址、邮编、电话、稿件中附单位介绍信或加盖公章。

(二) 会议形式 1. 专题报告 2. 继续医学教育讲座 3. 学术交流及手术演示 4. 影像设备和器械展示。

(三) 其他要求 1. 第一轮征文截止日期2005年6月31日 2. 会议时间拟定2005年8月,具体时间详见第二轮通知 3. 会议地址甘肃省兰州市 4. 会务费600元,资料费100元 5. 食宿统一安排费用自理。

三、联系方式

稿件寄甘肃省人民医院介入放射科 车明 柴文晓 收

联系人:车明 水新富 柴文晓

电话:0931-8281701 8281512 邮编:730000 E-mail:CSjieru@163.com

主办单位:中华医学会介入放射分会 中华放射学杂志 介入放射杂志 甘肃省医学会放射医学专业委员会

承办单位:甘肃省人民医院

作者: 韩新巍, 吴刚, 李永东, 马南, 王艳丽, 高雪梅, HAN Xin-wei, WU Gang, LI Yong-dong, MA Nan, WANG Yan-li, GAO Xue-mei  
作者单位: 450052 郑州大学第一附属医院放射科  
刊名: 介入放射学杂志   
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY  
年, 卷(期): 2005, 14(2)  
被引用次数: 9次

## 参考文献(10条)

1. 童乾纲, 樊树峰, 李波. 自膨胀式带膜食管支架在恶性食管狭窄患者中的应用[期刊论文]-介入放射学杂志 2002
2. 陈振华, 邵先玉, 卜令秀. 内镜直视覆膜支架置入术治疗难治性食管瘘(附23例报告)[期刊论文]-山东医药 2002
3. 王剑云, 乔德林. 内支架置入结合化疗治疗食管癌并发食管气管瘘[期刊论文]-介入放射学杂志 2003
4. 韩新巍, 李天晓, 王瑞林. 癌性食管-气管瘘的被膜自膨胀式金属内支架植入治疗 1997
5. 刘德鑫, 李华东, 李平. 被膜食管自扩内支架治疗食管纵隔瘘或气管瘘的疗效观察[期刊论文]-齐齐哈尔医学院学报 2003
6. 余国政, 任炜, 梁秀芬. 国产被膜金属内支架治疗癌性食管纵隔瘘和气管瘘(附16例报告)[期刊论文]-陕西医学杂志 2002
7. 李茂钦, 吕登平. 食管癌放疗并发食管纵隔瘘误诊一例 1999
8. 张改琴, 曹明发, 邵伟庆. 钛镍记忆合金支架治疗食管癌致食管-气管纵隔瘘24例[期刊论文]-河南医学研究 2001
9. 朱洪连, 杜伟, 徐由锁. 带膜食管支架治疗食管-纵隔\胸腔瘘8例[期刊论文]-中国煤炭工业医学杂志 2000 (03)
10. Richard R, Katherine EM, Paul CL. Malignant esophageal and esophagorespiratory fistula: palliation with polyethylene covered Z-stent 1997

## 相似文献(10条)

1. 期刊论文 陈大朝, 林煊斌, 陈华燕, 许孟君, CHEN Da-chao, LIN Huan-bin, CHEN Hua-yan, XU Meng-jun. 食管癌放疗后并发食管-纵隔瘘的多层螺旋CT诊断 -CT理论与应用研究2007, 16 (1)  
目的: 分析食管癌放疗后食管-纵隔瘘的CT表现, 探讨螺旋CT对食管癌放疗后继发食管-纵隔瘘的诊断价值. 方法: 对10例临床确诊为食管癌, 经放射治疗后发生食管瘘患者行CT扫描, 并进行多平面重建和仿真内镜, 总结其CT表现, 并与内窥镜检查作比较. 结果: CT成功显示了食管-纵隔瘘的瘘口, 并显示了瘘口的并发症: 纵膈炎, 仿真内镜显示了瘘口的形状, 并与消化内镜相符合. 结论: 螺旋CT断层扫描与仿真内镜能显示食管瘘的瘘口及其并发的纵膈炎症, 为食管癌放疗后并发食管-纵隔瘘的治疗提供可靠的影像学依据.
2. 期刊论文 吴永友, 邢春根, 大山繁和, 山口俊晴. 胃癌累及食管伴纵隔淋巴结转移患者的临床病理特征分析 -苏州大学学报(医学版) 2008, 28 (3)  
目的: 分析胃癌累及食管伴纵隔淋巴结转移的临床病理特征. 方法: 回顾1970年至1999年30年间收治的胃癌累及食管下段同时伴纵隔淋巴结转移的手术患者63例, 进行单变量与多变量分析, 确定其预后因素. 结果: 1、3、5年生生存率分别为47.3%、10.6%、8.0%. 除纵隔以外的淋巴结转移情况、肿瘤浸润深度与肝脏转移是独立的预后因素. 结论: 胃癌累及食管伴纵隔淋巴结转移预后非常差, 但只要条件允许, 对该类患者进行保证切缘的切除加包括下纵隔在内的适当淋巴结清扫, 可能使部分患者, 特别是没有肝脏转移及浆膜浸润、不合并除纵隔以外远处淋巴结转移的患者受益.
3. 期刊论文 张改琴, 曹明发, 邵伟庆, 温玉慧. 钛镍记忆合金支架治疗食管癌致食管-气管纵隔瘘24例 -河南医学研究2001, 10 (1)  
目的: 解决晚期食管癌引起的食管-气管瘘病人的进食和营养, 防止纵膈、呼吸道感染. 方法: 胃镜直视下置入带膜钛镍合金支架. 结果: 24例病人均一次置管成功, 准确率、开张率100%. 结论: 食管内置入带膜记忆合金支架是治疗食管-气管纵隔瘘病人的有效方法, 值得推广.
4. 期刊论文 徐美英. 1例食管癌放疗后并发食管纵隔瘘患者的围手术期护理 -四川肿瘤防治2007, 20 (2)  
食管纵隔瘘是食管癌晚期和食管癌放疗后常见的并发症. 而放疗后纵隔瘘常见于放疗开始后30天~100天, 临床表现为发热、进食胸骨后疼痛、吞咽困难、进食呛咳等症状, 可危及患者生命.
5. 期刊论文 食管癌切除胃置纵隔位颈部胃食管吻合20例体会 -基层医学论坛2009, 13 (31)  
目的: 探讨食管癌切除胃置纵隔位颈部胃食管吻合的手术方法及效果. 方法: 对住院手术治疗的20例食管癌患者的临床资料进行回顾性分析总结. 结果: 术后2例发生颈部吻合口瘘, 经局部换药短期内瘘口愈合, 2例发生喉返神经损伤, 无心肺并发症和死亡. 术后存活2年达70%, 存活4年达30%. 3个月后进食基本正常. 结论: 对于食管癌患者的手术操作, 尽量采用创伤小, 减轻心肺干扰, 降低术后并发症的发生, 达到根治效果, 提高术后远期疗效的方法.
6. 期刊论文 刘彦中, 侯灵宝. 食管癌切除胃代食管前纵隔和后纵隔途径的比较 -中国民康医学2009, 21 (19)  
目的: 探讨食管癌切除后胃代食管的合理途径. 方法: 回顾性收集20年间在我科行食管癌切除胃代食管经纵隔重建消化道患者2 319例, 其中胃代食管前纵隔途径106例, 后纵隔途径2 213例, 并对两组的临床资料进行比较和分析. 结果: 前纵隔组肿瘤分期晚、恶性程度高, 但术后心肺并发症发生率低于前纵隔

组( $P<0.05$ ). 后纵隔组拔胸管时间短、胃食管反流率低( $P<0.05$ ). 两组手术时间及吻合口瘘发生率无显著性差异( $P>0.05$ ). 结论:两种胃代食管途径各有其优缺点,应依据肿瘤的特性及患者的体质选择合理的术式.

7. 期刊论文 [谢玉通, 陈登峰, 陈晓伟, 郭占领, 李冰, 李书清, 王珏 应用OB胶黏贴带蒂纵隔胸膜\(或下肺韧带\)包盖预防食管胃吻合口瘘-疑难病杂志2005, 4\(4\)](#)

2001年1月~2005年3月,我们应用OB胶黏贴带蒂纵隔胸膜、下肺韧带包盖吻合口代替食管胃吻合口外膜层治疗食管癌、贲门癌手术患者639例,无吻合口瘘的发生,而1990年1月~2000年12月用传统四排手工吻合的934例同类患者发生吻合口瘘30例,比较前者有明显优势. 现报告如下.

8. 期刊论文 [连丽红 因误吞假牙致食管纵隔瘘1例的教训-四川医学2002, 23\(2\)](#)

患者,女,41岁.因食粽子时不慎误吞假牙及钢丝环后半小时,来我院门诊以食管异物收入耳鼻喉科病房.患者来自感心慌,胸骨处胀痛不适,X线检查示:假牙及金属环横入食管,呈8字形显影.医生立即在局麻内窥镜下将横位变竖位的假牙与金属环一并取出.术毕嘱患者禁食观察,对症处理.患者于术后第3天进食少许流质后感胸痛不适,晚8点,T38C,嘱暂禁食.

9. 会议论文 [王自强, 张元川, 舒晔, 李立, 周总光 腹腔镜下经裂孔远端食管胃切除治疗食管胃交界癌18例体会 2009](#)

食管胃结合部癌(esophagogastric junctioncancer,EGJC)是指以解剖学贲门上下5cm以内为中心发生的癌.目前关于食管胃结合部癌的病因、分类及其治疗仍有不同意见,外科手术入路上是采用经胸、经腹或经胸腹联合还是行Ivor Lewis手术目前上存在巨大的争议.本文探讨腹腔镜下经食道膈肌裂孔进入下后纵隔,切除远端食管及清扫下后纵隔淋巴结,治疗第II、III型食管胃结合部癌的可行性、安全性及有效性.

10. 期刊论文 [赵靖, 张杰 小儿纵隔段食管囊肿致严重呼吸困难1例-临床耳鼻咽喉科杂志2001, 15\(8\)](#)

患儿.男.2岁9个月.因喉鸣2年3个月,呼吸困难1年9个月于2000年4月14日入院.检查:平静吸气时可见明显三凹征并喉鸣,呼吸深长,呼气时颈部偏左侧膨隆明显.有鼾音(气管挤压音).CT示气管前正中中部椎体前后纵隔占位性病变(囊性?).

引证文献(9条)

1. [王太华, 孟昭余, 陈建军, 周国强, 胡晓峰 支架治疗消化道梗阻19例的分析\[期刊论文\]-中国实用医药 2008\(6\)](#)
2. [靳海英, 霍守义, 韩新巍, 张和平, 贺祥, 张杰, 王斌杰, 李长波 暂时性食管覆膜支架治疗食管良性病变的并发症\[期刊论文\]-中国医学影像学杂志 2007\(5\)](#)
3. [笕松波, 董胜利, 姬红波 内镜联合X线下支架植入治疗晚期恶性食管狭窄36例分析\[期刊论文\]-中国误诊学杂志 2007\(23\)](#)
4. [张志恒, 刘长文 覆膜自膨式金属内支架治疗食管狭窄\[期刊论文\]-中国厂矿医学 2007\(4\)](#)
5. [郭金和, 朱光宇, 滕皋军, 何仕诚, 李国昭 经鼻、食管引流及覆膜支架植入术治疗食管-胸腔瘘\[期刊论文\]-介入放射学杂志 2007\(7\)](#)
6. [陈大朝, 林焕斌, 陈华燕, 许孟君 食管癌放疗后并发食管-纵隔瘘的多层螺旋CT诊断\[期刊论文\]-CT理论与应用研究 2007\(1\)](#)
7. [防脱落覆膜支架治疗食管自发性破裂1例报告\[期刊论文\]-实用放射学杂志 2006\(7\)](#)
8. [赵辉, 倪才方 覆膜自膨式金属内支架治疗食管瘘\[期刊论文\]-介入放射学杂志 2006\(2\)](#)
9. [向述天, 赵卫, 余永忠, 罗罡, 刀永功 自膨式覆膜支架封堵治疗食管胃吻合口瘘\[期刊论文\]-介入放射学杂志 2006\(2\)](#)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfjsxzz200502018.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfjsxzz200502018.aspx)  
授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 3b07d046-4952-4500-94d0-9e2f00c0aa30

下载时间: 2010年11月15日