

# 45例食管癌术后吻合口瘘内镜辅助治疗的临床分析

Efficacy of Endoscopy-assisted Treatment of Anastomotic Fistula After Esophagectomy: Analysis of 45 Cases // LIU Chang-hao, ZHU Jia

刘长浩, 朱佳

(中国医科大学肿瘤医院 辽宁省肿瘤医院, 辽宁 沈阳 110042)

**摘要:** [目的] 探讨经内镜治疗食管癌术后吻合口瘘的临床效果。[方法] 对45例食管癌术后吻合口瘘患者的临床治疗资料进行回顾性分析。[结果] 45例患者中, 经内镜直视下放置带膜支架40例, 占88.9%, 放置空肠营养管者5例, 占11.1%; 空肠营养管放置29~40d, 平均放置时间为(34.3±7.4)d; 放置全覆膜支架的40例患者中, 一次封闭成功39例, 占97.5%, 重新置入特制支架后, 1例瘘口闭塞, 所有患者均临床症状好转出院, 无1例出现严重并发症或者死亡。[结论] 临床上对食管癌术后吻合口瘘进行治疗时, 经内镜下放置带膜支架和空肠营养管是比较有效的一种方法, 具有较高的安全性, 值得推广。

**关键词:** 食管肿瘤; 吻合口瘘; 内镜治疗

**中图分类号:** R735.1 **文献标识码:** B

**文章编号:** 1671-170X(2016)12-1078-03

**doi:** 10.11735/j.issn.1671-170X.2016.12.B020

食管癌手术是临床上比较常见的一种胸外科手术, 术后容易出现诸多并发症, 尤其是吻合口瘘, 具有较高的发生率, 约为1%~6%, 并且死亡率较高, 死亡患者在发生吻合口瘘患者中占有较高的比例, 约1%~45%<sup>[1]</sup>。外科治疗是当前临床上治疗食管癌术后吻合口瘘常用的一种方法, 但是成功率不高, 容易再次出现吻合口瘘, 严重的情况下, 甚至危及患者生命安全。因此, 本文对食管癌术后吻合口瘘采用内镜治疗的临床价值进行了探讨, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2013年11月至2015年11月期间辽宁省肿瘤医院收治的45例食管癌术后吻合口瘘患者为研究对象, 年龄50~78岁, 平均年龄为(64.5±8.6)岁, 10例为女性, 35例为男性, 瘘口直径0.5~2.2cm, 平均直径为(1.3±0.2)cm, 均出现于术后5~14d, 高热、血象增高、胸片或CT见胸腔包裹性积液或纵隔影增宽, 全部病例经胃镜检查确诊为食管胃吻合口瘘, 其中25例为食管胸膜瘘, 5例为食管纵隔瘘, 15例为支气管或气管食管瘘, 均予以禁食水、胃肠减压、全静脉营养、超声定位后胸腔闭式引流。

**通讯作者:** 刘长浩, 主治医师, 学士; 辽宁省肿瘤医院胸外二科, 辽宁省沈阳市大东区小河沿路44号(110042); E-mail: 13940222076@139.com

**收稿日期:** 2016-08-21; **修回日期:** 2016-09-12

### 1.2 方法

所有患者接受常规治疗后, 5例食管胸膜瘘患者, 瘘口较小, 直径0.5~0.8cm, 感染症状减轻, 予以内镜引导下放置空肠营养管肠内营养, 逐步停用全静脉营养; 20例瘘口直径1.0~2.2cm食管胸膜瘘患者及5例食管纵隔瘘患者感染中毒症状较重, 15例支气管或气管食管瘘病例同时合并肺内感染, 经常规治疗, 感染症状仍较重, 予以内镜辅助下植入覆膜食管支架封堵瘘口。

#### 1.2.1 内镜引导下放置空肠营养管

选择PANTAX EG1840型鼻胃镜, 运用复尔凯鼻肠管, 对患者的鼻腔黏膜进行表面麻醉后, 经鼻腔一侧依次插入鼻胃镜直到空肠近端, 将导丝插入内镜活检孔通道直到内镜视野远方, 然后逐渐将导丝插入并将内镜等距离退出, 待完全退出内镜后, 对导丝进行固定, 顺着导丝在胃肠道内送入鼻肠管, 对营养管进行固定, 将导丝拔出, 即成功放置空肠营养管。

#### 1.2.2 置入全覆膜支架

选择国产外覆0.2mm硅酮膜的Z型金属弹性网状防返流型支架, 支架直径通常为18~20mm。需要注意的是, 置入前, 要将患者的瘘口距门齿距离、大小以及患者体质作为基本依据, 选择大小和长度合适的内径支架, 支架的下缘和上缘应该大于瘘口下缘、上缘2cm。在内镜的直视下, 将引导钢丝插入, 顺着导丝将输送架插入, 将瘘口上缘距门齿距离作为基本依据, 确定插入输送器的深度, 然后缓慢释放支架, 将输送器和导丝退出, 再次行内镜检查, 明确支架位置。

#### 1.2.3 疗效判定

经内镜辅助支架植入后, 24~48h内发热、胸痛气促和心率增快等症状好转, 48~72h内未调整抗生素, 白细胞逐步降至正常水平, 1~2周内肝功能转氨酶、总蛋白、白蛋白逐步恢复正常, 胸腔引流量较支架植入前逐步减少至50ml/24h, 3~4周内胸部CT见纵隔内积液、积液减少, 胸腔包裹性积液减少, 残腔逐步缩小, 肺内感染好转视为有效。

## 2 结果

本组的45例患者中, 经内镜直视下放置带膜支架40

例,占 88.9%,放置空肠营养管者 5 例,占 11.1%;空肠营养管放置 29~40d,平均放置时间为(34.3±7.4)d,分别于留置营养管后 2 周、4 周、6 周复查胃镜,了解支架与食管壁贴合情况;放置全覆膜支架的 40 例患者中,一次封闭成功 39 例,占 97.5%,重新置入特制支架后,1 例瘘口闭塞,放置支架后患者发热、胸痛气促、心率增快等症状于 12~36h 逐步好转,隔天复查血象,白细胞即有所下降,期间未调整抗生素,术后 1 周内胸腔引流量减少至 100ml/24h 以下,术后 2 周内引流量减少至 50ml/24h 以下,术后每周复查肝功能见转氨酶逐步降至正常,总蛋白、白蛋白逐步增高并维持于正常水平;术后每 2 周复查胸部 CT 见纵隔内积液、积气减少,胸腔包裹性积液减少,残腔逐步缩小,肺内感染好转,患侧呼吸音改善、肺部啰音消失、叩诊浊音范围缩小,胸部体征好转。所有患者均临床症状好转出院,住院期间无 1 例出现严重并发症或者死亡。

随访情况:出院后随访 12 个月,食管胃吻合口瘘愈合良好 30 例;于术后 8~12 周回收支架 18 例;术后疼痛、异物感 26 例,予以止痛对症治疗,症状明显好转;上消化道出血 4 例,予以抑酸、止血对症治疗好转;支架移位 11 例,予以调整支架位置或在原有支架基础上再放置支架封堵瘘口。

### 3 讨论

吻合口瘘是食管癌术后比较严重的一种并发症,如果治疗不及时,容易出现诸多并发症如胸腔感染、纵隔感染、肺部感染等,不仅加重患者病情,严重的情况下,甚至导致患者死亡。当前临床上在对食管癌术后吻合口瘘进行治疗时,有多种多样的方法,其中内镜下治疗具有操作简单、创伤小、疗效好等诸多优点,比较常见的术式包括置入带膜支架、放置空肠营养管、医用蛋白胶封堵等,虽然医用蛋白胶能够杀灭金黄色葡萄球菌、类肠杆菌、大肠杆菌以及脆弱杆菌等,能够被机体吸收,具有较好的组织相容性,并且不存在不良反应,是比较理想的一种治疗方法,但是需要掌握时机和指征,对吻合口瘘的要求较高,需要≤0.3cm,且周围组织没有出现水肿<sup>[2]</sup>。有报道显示,在食管癌吻合口瘘的治疗中,放置空肠营养管能够代替空肠造瘘,减轻患者的痛苦,缩短患者的恢复时间,减少医疗费用,使患者的经济负担减轻<sup>[3]</sup>。在本次研究中,经内镜下放置空肠营养管者 5 例,占 11.1%,选择 PANTAX-EG1840 型鼻胃镜,能够从鼻腔直接进入空肠近端,在导丝的引导下,成功放置营养管,不仅操作简单、创伤小,还能避免运用异物钳对营养管进行钳夹时,诱发营养管脱出、移位等不良事件,在一定程度上有助于治疗有效率的提高。同时,一些患者因为残胃与食管之间的倾斜角度较大、食管吻合口处直径较大或者瘘口较大,无法置入支架或者不能行手术治疗,在充分引流的基础上,放置空肠营养管,不仅不会对患者造成太大的损伤,还能减少并发症,使病程缩短,对感染进行有效控制,促进瘘口愈合,从而达到治疗目的。

临床研究资料表明,运用覆膜支架封堵术对食管癌术后吻合口瘘进行治疗,能够使食物、分泌物等无法从瘘口通过

进入气管、纵隔以及胸膜腔内,使外源性污染消除或者减少,使瘘口处于清洁的环境中,有助于引流和局部换药<sup>[4]</sup>。有报道显示,内镜下置入覆膜支架治疗弓上吻合口瘘可以获得较好的疗效,其原因主要为该段具有紧密的组织结构,胃、食管具有较好的固定性,残胃扩张程度有限,运用覆膜支架对瘘口进行封堵可以获得较好的效果;而弓下吻合口瘘放置支架后,因为其稳定性不高,所以疗效较差,与本次研究结果相结合,在对弓下吻合口瘘进行治疗时,靠近瘘口近端的支架应该留有一定的长度,通常为 4~5cm,胃内残留 2~3cm 即可,能够使稳定性增加。通常情况下,临床上比较常见的支架包括两种,分别是未完全覆膜的网状支架和全覆膜支架,其中未完全覆膜的网状支架两端能够对肉芽生长起到积极的促进作用,使支架网眼内有肉芽增生,形成纤维结缔组织,阻碍支架取出,并且与全覆膜支架相比,未完全覆膜网状支架的再狭窄率较高,所以在食管癌术后吻合口瘘的治疗中,应该首选全覆膜支架<sup>[5]</sup>。本次研究中 20 例瘘口直径较大的食管胸膜瘘患者、5 例食管纵隔瘘患者感染中毒症状较重,15 例支气管或气管食管瘘病例同时合并肺内感染,经常规治疗,感染症状仍较重,故选择内镜辅助下植入覆膜食管支架,以便尽快封堵瘘口,消除感染因素,迅速改善感染中毒症状。结果显示,所有患者均顺利完成治疗,并且住院期间无一例患者死亡或者发生严重并发症,近期疗效显著,这一结果与曾剑等<sup>[6]</sup>研究报道一致。

综上所述,在食管癌术后吻合口瘘的临床治疗中,经内镜下放置空肠营养管和带膜支架能够获得较好的疗效,具有一定的可行性和安全性。

### 参考文献:

- [1] Sun T, Liu CH, Zhao Y. Endoscopic aided treatment for anastomotic fistula in 19 cases with esophageal carcinoma postoperation[J]. Journal of Oncology, 2013, 11(12):918-919.[孙婷,刘长浩,赵莹.内镜下辅助治疗食管癌术后吻合口瘘 19 例[J]. 肿瘤学杂志, 2013, 11(12):918-919.]
- [2] Zhu J, Zhao Y, Sun SY. Clinical application of endoscopic therapy of anastomotic fistula in patients with esophageal carcinoma [J]. Digestive Disease and Endoscopy, 2008, 2(1):13-15.[朱佳,赵莹,孙思予.经内镜治疗食管癌术后吻合口瘘的临床应用 [J]. 中国消化内镜, 2008, 2(1):13-15.]
- [3] Zhang GL, Jiang YN, Zhao W. Fully covered stents for the treatment of esophageal cancer with anastomotic fistula occurring after esophagectomy: its clinical application[J]. Journal of Interventional Radiology, 2013, 19(3):211-215.[张功霖,姜永能,赵卫.全覆膜食管支架治疗食管癌术后吻合口瘘的临床应用 [J]. 介入放射学杂志, 2013, 19(3):211-215.]