

· 临床经验 ·

自膨式金属支架封堵主动脉食管瘘的应用探讨

陈卓然¹, 唐庆林², 苏军凯², 张华玉², 张鸣青^{1,2}

【摘要】 目的 探讨胃镜下置入自膨式金属支架封堵主动脉食管瘘的临床应用。**方法** 采用自膨式金属支架治疗主动脉食管瘘, 分析支架的治疗效果及安全性。**结果** 所有的主动脉食管瘘患者均治愈, 随访至今未复发。**结论** 自膨式金属支架是治疗主动脉食管瘘的简便、快捷、安全有效方法。

【关键词】 主动脉食管瘘; 金属支架; 食管异物

【中图分类号】 R571 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1672-271X(2012)06-0534-02

主动脉食管瘘(aorto-esophageal fistula, AEF)是一种极其少见的, 预后非常凶险的疾病。本病诊断有一定的难度, 病情进展迅速, 抢救成功率低, 病死率高^[1-2]。近年来, 虽然诊断和治疗技术的不断提高, 但病死率无明显下降^[3]。我院 2009 年 7 月至 2010 年 12 月收治 4 例 AEF, 应用自膨式金属支架(self-expanding metal stent, SEMS)封堵 AEF, 获得成功, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 4 例为男性, 年龄 40 ~ 66 岁, 平均 53.75 岁, 均为食管异物取出后 AEF。食管异物 1 例为鸡骨, 3 例为鱼骨。部位分别位于距门齿 20 cm、20 cm、21 cm、25 cm, 分别于吞下异物后 6、72、72、72 h 后就诊。主要症状: 胸骨后及后背部刺痛, 吞咽、咳嗽及进食时加重, 但无胸闷、气喘、呼吸困难及黑便。门诊电子胃镜检查确诊食管异物。

1.2 术前准备 入院后完善术前常规检查、电子胃镜检查、食管 CT 增强扫描、心电图检查。嘱患者禁食, 卧床休息, 勿剧烈活动。术前予抑酸、补液等治疗, 备血并签署手术同意书。

1.3 手术方法 心电监护下, 取左侧卧位, 电子胃镜下, 予食管异物取出术, 见梗卡处食管黏膜充血糜烂, 均能成功取出食管异物, 迅速再次进镜, 见梗卡处食管黏膜活动性涌血, 即置入西格玛 CZES-II 型覆膜自膨式金属支架封堵, 压迫止血, 要求支架上下端分别超过病变部位 2 cm 左右, 覆膜要求完全封堵

住瘘口, 两端直径较常规支架大, 使其可以与食管壁紧密相贴, 镜下观察数分钟, 未见活动性出血退镜, 确保生命体征平稳。

1.4 术后处理 禁食 24 h, 绝对卧床休息, 嘱患者避免剧烈咳嗽及减少翻身等动作, 以防引起支架移位, 密切监测生命体征, 予抗感染、止痛、抑酸及补液支持治疗。术后 24 h, 部分患者出现胸骨后疼痛症状, 予止痛治疗后能缓解, 无消化道出血征象者可予流质饮食, 7 d 后复查胸片, 10 d 后出院, 继续抑酸等对症治疗, 择期行胃镜下食管支架取出术。

2 结果

所有患者经食管异物取出术后置入 SEMS, 生命体征均平稳, 未见明显消化道出血征象。其中 1 例于术后 7d 复查胸片发现支架脱落, 遂行静脉麻醉胃镜下行急诊食管支架调整术。酌情于术后 14 ~ 35 d 行食管支架取出术, 术后镜下未见明显血管显露及出血, 经 33% 泛影葡胺造影, 瘘口愈合无外溢。2 年内定期内镜检查, 未见异常。

3 讨论

食管异物是引起 AEF 最常见的病因之一, 临床表现为呛咳、哽噎或呕吐。若强行进团块状食物试图将异物挤压进胃腔, 则可能加深异物嵌入、穿透食管壁, 易引起 AEF, 往往很凶险, 危及生命^[4]。Kelly 等^[5]回顾分析了 100 例食管异物后 AEF, 发现 1 年后仅仅 7 例患者存活。食管异物引起的 AEF 原因如下: ①食管中段临近主动脉, 食管异物往往容易滞留于此, 引起局部黏膜炎症、糜烂、溃疡等; ②异物滞留食管致食管穿孔后继发感染, 炎症波及主动脉壁引起组织糜烂、溃疡、穿孔; ③既往有食管基础疾病, 如反流性食管炎、食管溃疡等, 发生食管异物后,

作者简介: 陈卓然(1990-), 女, 安徽宣城人, 硕士研究生, 从事消化内科工作

作者单位: 1. 361005 福建厦门, 厦门大学预防医学系;
2. 363000 福建漳州, 解放军 175 医院(厦门大学附属东南医院)消化内科

通讯作者: 张鸣青, E-mail: zmqing8084@sina.com

更易引起 AEF。既往 AEF 的治疗多采取外科手术干预,其中第 2、3 种原因引起的 AEF,因组织修复能力差,即使行手术治疗,成功率不高,采用经口内镜下植入可取式 SEMS,及时迅速封堵食管破溃口,迅速减少大血管出血,消除感染源,促进瘘口愈合,取得良好的效果。SEMS 放置是临时性的,可取性的,其治疗成功率和避免并发症的发生等方面,优于急诊外科手术手术^[6]。

AEF 典型的临床症状为 Chiair 三联征^[4]:胸痛,信号性出血,间歇期后致命性大出血。AEF 最早的临床报道始于 1818 年,但直到 1980 年 Ctercteko 等人第一次报道成功救治 AEF 患者。1990 年德国医生 Domschke 等在《Endoscopy》上首次报道用金属支架治疗食管气管瘘并取得了满意疗效,随后国内外相继报道^[7-8],目前有一些学者将 SEMS 应用于创伤性食管穿孔等非恶性肿瘤的治疗,并取得较好的疗效^[9]。目前 SEMS 治疗食管良性病变及封堵瘘口已经在国内外广泛开展,并将成为上述疾病治疗的有效手段^[10]。SEMS 表面覆有硅胶薄膜,具有良好的生物相容性,能够彻底隔绝金属异物对食管黏膜的刺激,肉芽增生不明显,减少了再狭窄的发生率,同时该支架耐腐蚀,覆膜在外支架扩张的同时能很好地黏贴于食管壁,使消化液、食物等不能通过瘘口,避免了对瘘口周围组织的腐蚀,而且外支架能够刺激周围组织,让新生组织沿支架生长,使瘘口愈合。本组 AEF 患者置入 SEMS 后,于术后 1~3 个月顺利取出支架,观察原瘘口有新生肉芽组织生长并已完全封闭瘘口,避免了外科手术治疗,国外也有类似报道^[2,11-12]。

本文探索 SEMS 封堵 AEF,体会有以下几点:①病例的选择及术前准备至关重要:如糖尿病、高血压、冠心病等基础疾病,慎用支架治疗;②支架的选择:根据术前的胃镜和 CT 检查结果,选择合适的支架,覆膜的长度应该能完全覆盖瘘口并且超过其上下缘 2 cm 左右;③操作技术:要有放置食管支架治疗食管瘘的经验,胆大心细,沉着冷静。笔者认为,SEMS 封堵 AEF,操作并不复杂,并不难于食管支架治疗食管瘘。另术前准备及谈话更为重要,应让家属了解该方法的优点及可能出现的情况,有开胸手术的准备;④并发症:严密观察有无胸骨后疼痛、咽喉部不适、支架移位、支架脱落、反流性食管炎、管腔再狭窄、出血及穿孔等,术后防止再狭窄十分重要。

SEMS 采用生物相容性较好的硅胶,能彻底隔绝金属异物对食管黏膜的刺激,肉芽增生不明显,能有效的减少再狭窄的发生率,同时根据不同患者选择不同直径的支架,特别是小直径的 SEMS 可减少局部压迫,减少肉芽组织形成,使得支架长时间留置成为可能。

【参考文献】

- [1] Topel I, Stehr A, Steinbauer MG, et al. Surgical strategy in aortoesophageal fistulae; endovascular stentgrafts and in situ repair of the aorta with cryopreserved homografts[J]. Ann Surg, 2007, 246(5): 853-859.
- [2] Tsai SM, Chen YY, Chin-Yuan Y, et al. Closure of an aortoesophageal fistula with an esophageal stent and hemoclip[J]. Endoscopy, 2011, 43(2): 302-303.
- [3] Zhang XL, Liu JJ, Li JJ, et al. Diagnosis and treatment of 32 cases with aortoesophageal fistula due to esophageal foreign body[J]. Laryngoscope, 2011, 121(2): 267-272.
- [4] Lai H, Ge D, Zheng YJ, et al. Surgical management of aortoesophageal fistula caused by foreign bodies[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2011, 40(1): 13-16.
- [5] Kelly SL, Peters P, Ogg MJ, et al. Successful management of an aortoesophageal fistula caused by a fish bone——case report and review of literature[J]. J Cardiothorac Surg, 2009, 4(1): 21.
- [6] Tseng KC, Lin CW, Tan JW. Successful management of aortoesophageal fistula by combining endoscopic cyanoacrylate injection and endovascular stent grafting[J]. Endoscopy, 2011, 43(2): 135-136.
- [7] Langer FB, Wenzl E, Prager G, et al. Management of postoperative esophageal leaks with the Polyflex self-expanding covered plastic stent[J]. Ann Thorac Surg, 2005, 79(2): 398-404.
- [8] 施瑞华, 于连珍, 肖 斌, 等. 内镜下置放覆膜合金支架治疗食管瘘的临床应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(2): 119-121.
- [9] Holm AN, dela Mora LJ, Gostout CJ, et al. Self-expanding plastic stents in treatment of benign esophageal conditions[J]. Gastrointest Endosc, 2008, 67(1): 20-25.
- [10] Salminen P, Gullichsen R, Laine S. Use of self-expandable metal stents for the treatment of esophageal perforations and anastomotic leaks[J]. Surg Endosc, 2009, 23(7): 1526-1530.
- [11] Park DH, Park JH, Lee SH, et al. Temporary placement of a covered metal stent for the management of a bleeding aortoesophageal fistula[J]. Endoscopy, 2007, 39(1): 61-62.
- [12] Zuber-Jerger I, Hempel U, Rockmann F, et al. Temporary stent placement in 2 cases of aortoesophageal fistula[J]. Gastrointest Endosc, 2008, 68(3): 599-602.

(收稿日期:2012-06-14;修回日期:2012-08-08)

(本文编辑:黄攸生)