

克服上消化道严重狭窄完成经皮内镜下胃造瘘术一例

黄海锋 舒建昌 叶国荣 陈健鑫 朱永建

【摘要】 上消化道狭窄是经皮内镜下胃造瘘术(PEG)的适应证,但是严重的上消化道狭窄给 PEG 的顺利进行带来了极大的挑战。该文报道了一例因口咽部恶性肿瘤导致上消化道严重狭窄的患者,在常规牵拉式 PEG 失败后,经过综合采取抗感染、口服硫酸镁溶液、借助超细胃镜及应用 Introducer 法置入水囊式造瘘管等措施成功完成 PEG,使患者恢复了肠内营养。术后患者营养状况改善,生活质量提高。该例提示当遇到因肿物引起上消化道严重狭窄时,先予抗感染、口服硫酸镁溶液抗炎消肿,在超细胃镜介导下应用 Introducer 法行 PEG 是可选的一种方式。

【关键词】 经皮内镜下胃造瘘术;咽部恶性肿瘤;肠内营养

Percutaneous endoscopic gastrostomy in an oropharyngeal carcinoma patient complicated with severe stenosis of upper digestive tract: one case report Huang Haifeng, Shu Jianchang, Ye Guorong, Cheng Jianxin, Zhu Yongjian. Department of Gastroenterology, Guangzhou Red Cross Hospital Affiliated to Medical College of Jinan University, Guangzhou 510220, China

Corresponding author, Shu Jianchang

【Abstract】 The stenosis of the upper digestive tract is an indication for percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), whereas severe stenosis of the upper digestive tract brings great challenges to the smooth implementation of PEG. In this article, one case of oropharyngeal malignant tumor complicated with severe stenosis of the upper digestive tract was reported. After the failure of conventional pull-type PEG, comprehensive anti-infection therapy, oral intake of magnesium sulfate solution, the placement of Introducer PEG tube assisted under ultrafine gastroscope were performed to complete PEG and restore the enteral nutrition. The nutritional status and the quality of life were significantly improved after PEG. This case prompts that anti-infection therapy, oral intake of magnesium sulfate solution and ultrafine gastroscope-guided placement of Introducer PEG tube is an optional treatment for patients with severe stenosis of the upper digestive tract caused by neoplasms.

【Key words】 Percutaneous endoscopic gastrostomy; Oropharynx malignant tumor; Enteral nutrition

经皮内镜下胃造瘘术(PEG)为建立长期的肠内营养提供了一种安全、有效、非手术途径。笔者收治一例常规 PEG 未成功的上消化道狭窄患者,经应用 Introducer 法行 PEG 成功,现报道如下。

病例资料

一、病史和体格检查

患者男,63 岁。因反复咽痛、吞咽困难 1 年余,加重 2 d 于 2017 年 8 月 10 日入院。患者 1 年前诉咽痛并吞咽困难,综合病史、体格检查及辅助

检查结果确诊为“右侧梨状窝未分化型非角化性癌”,予以放射及化学治疗,后因患者原因终止治疗。2017 年 3 月因“呼吸困难”诊断为“喉梗阻”而行气管切开术,佩戴气管套管。2 d 前患者咽痛、吞咽困难加重,为行 PEG 收住我科。体格检查:生命体征平稳,神清,营养不良,口齿不清,对答困难。贫血貌,皮肤、黏膜无黄染,右侧下颌部及右侧颈部可触及一 6 cm×8 cm 质硬肿物,边界欠清,活动差,表面无结节,轻度压痛,颈前佩戴气管套管,管腔通畅,套管上方皮肤红肿,无

渗液、出血。心、肺、腹查体未见异常。

二、实验室及辅助检查

血常规示白细胞 $17.08 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.93 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 76.0 g/L ，血小板 $517.0 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比例 0.899。白蛋白 21.5 g/L 。X 线胸片示气管局部左偏。喉部增强 CT 示右侧下咽癌，侵犯右侧声带及咽旁间隙、右侧甲状软骨。肝肾功能、凝血功能、心电图、心脏彩色多普勒超声、腹部 B 超等未见明显异常。

三、诊断和治疗

入院诊断：①右侧梨状窝未分化型非角化性癌；②营养不良；③中度贫血；④气管造口感染。患者于 2017 年 8 月 14 日行普通胃镜(奥林巴斯 GIF-H260Z 外径 10.8 mm)检查，见口咽部大量坏死组织，通道严重狭窄(图 1A、B)，镜身不能进入，无法行 PEG。因患者吞咽困难明显，营养状况差，患者及家属行 PEG 治疗的意愿强烈，经治医务人员决定努力创造条件为患者完成 PEG，主要采取抗感染、口服硫酸镁溶液、使用超细胃镜进行操作、采用 Introducer 法置入水囊式造瘘管等措施来完成 PEG 操作。患者在使用左氧氟沙星 500 mg 抗感染的同时，口服 33% 硫酸镁溶液 10 ml，每日 3 次，连用 4 d，在确认无手术禁忌证后使用

超细胃镜(富士 EG-350N 型外径 5.9 mm)行 PEG。患者取仰卧位，头左侧，予利多卡因局部麻醉咽喉部，静脉注射地西洋 3 mg、咪达唑仑 2 mg，待患者进入浅睡眠状态后插入超细胃镜，进入口咽部见仍有梗阻，但狭窄较前明显缓解(图 1C)。通过冲洗清洁创面，仔细、认真寻找并确认通道，谨慎循腔进镜，超细胃镜顺利通过咽部狭窄到达胃内，注气使胃腔充分扩张，当胃壁与腹壁紧密相贴后在脐与肋弓中点连线的中外 1/3 连接处见透光最亮点(胃体前壁)，选取此处为造瘘部位。体外常规消毒铺巾，2% 利多卡因局部浸润麻醉，分别于穿刺口上方及下方约 1 cm 处置入缝线并于腹壁外牵拉固定，以 2% 利多卡因局部浸润麻醉穿刺点，并以负压针吸试验确认该穿刺点安全可靠，在胃壁与腹壁之间无大血管等。于穿刺点作小切口，将套管针垂直皮肤刺入胃壁，内镜下见针头刺入胃腔内，拔出针芯，插入带水囊的 PEG 管，去除套管外固定，向胃壁内固定水囊注水使其膨隆并牵拉贴附于胃壁，观察水囊紧贴胃黏膜(图 1D)，腹壁外固定胃造瘘管，连接注射装置，经注射装置向管内注水通畅，镜下观察局部黏膜及瘘口无出血，消毒包扎瘘口，结束操作。术后患者无不良反应，安全返回病房。

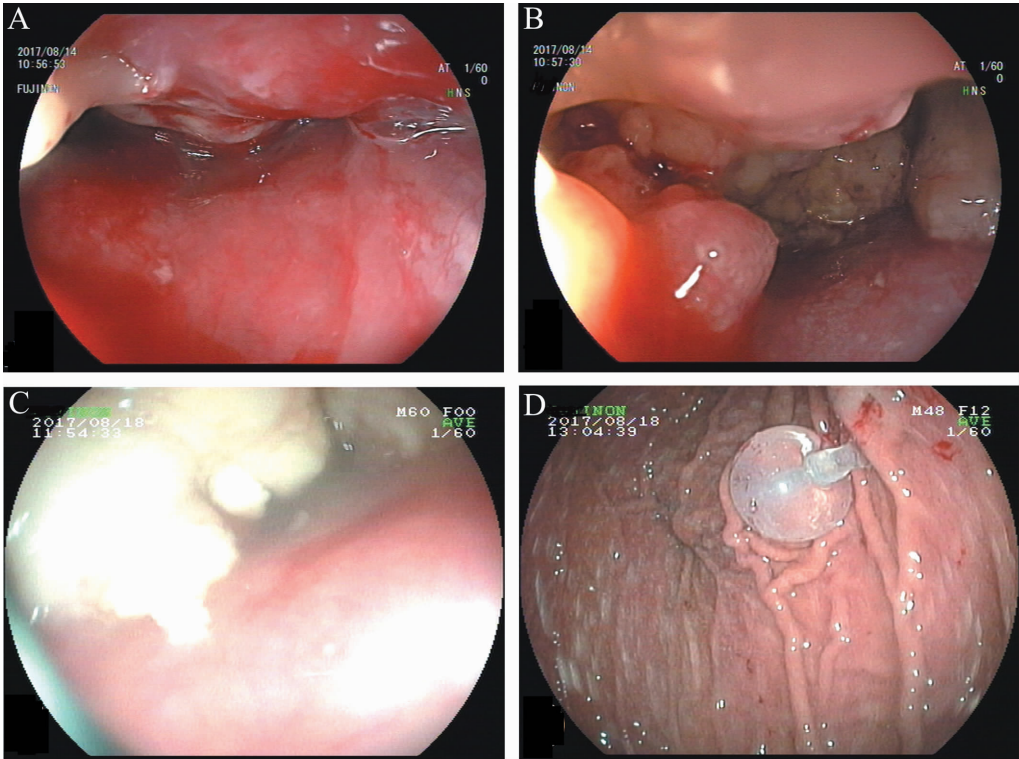


图1 一例上消化道严重狭窄患者普通胃镜及超细胃镜图

A、B：普通胃镜进入口咽部，通道堵塞，镜身不能继续进入；C、D：超细胃镜进入咽部，成功置入水囊式胃造瘘管

讨 论

PEG 最初由 Guaderer 等报道，具备安全、简便、效佳、经济等特点，已被广泛应用。随着 PEG 的应用增多及用途拓展，临床上常会遇到许多复杂艰难的情形，需医务人员克服困难，努力完成 PEG 操作，使患者最大程度获益^[1-4]。

本例患者因咽部肿瘤造成上消化道入口严重狭窄，普通胃镜不能通过，致常规牵拉法 PEG 操作失败。鉴于患者病情严重，急需建立肠内营养管饲通道，患者及家属行 PEG 治疗的愿望强烈等，我们因地制宜采取了多种措施成功完成 PEG 操作。针对患者口咽部狭窄严重，普通胃镜无法通过，对狭窄处施行扩张术操作艰难且风险高等特殊困难，我们立足于患者咽部肿瘤急剧增大、坏死并发感染的病情，首先予充分抗感染治疗，在经过有效抗感染控制炎症、缓解肿胀后，术前予口服 33% 的硫酸镁进一步收敛肿物，减轻狭窄。硫酸镁可扩张血管，改善微循环，利于消炎去肿。其次，为克服普通胃镜粗而难以通过狭窄的困难，我们采用超细胃镜，增加了操作成功的可能性，且超细胃镜在插入时对咽喉刺激小，可减轻患者痛苦、提高患者耐受性。第三，超细胃镜进入口咽部见仍有梗阻，一时难以找到入口，通过冲洗清洁创面，仔细、认真寻找并确认通道，谨慎循腔进镜，方才顺利进镜。若出现通道太小，超细胃镜仍然难以进入的情况，也可考虑通过超细胃镜置入导丝找到通道，再循导丝送入胃镜。本例超细胃镜可顺利通过狭窄处，故未使用导丝引导。第四，考虑到垫片式造瘘管内垫片不能通过狭窄部位，有嵌顿风险，无法行常规牵拉法 PEG，我们采用 Introducer 法进行胃造瘘，用水

囊式造瘘管替代垫片式造瘘管，可穿透腹壁及胃壁直接到达胃腔，而不经上消化道，避免了垫片式造瘘管的内垫片嵌顿的风险，最后成功置管^[5]。

对于本例严重上消化道狭窄而无法采用常规牵拉法进行 PEG 的患者，我们综合采取抗感染、口服硫酸镁溶液、借助超细胃镜及应用 Introducer 法置入水囊式造瘘管等措施，克服重重困难，将最初的 PEG 绝对禁忌证转化为相对禁忌证，最后成功完成 PEG，建立了肠内营养管饲途径，有关经验值得在其它类似工作中推广、借鉴。

参 考 文 献

[1] Taller A, Horvath E, Iliás L, Kótai Z, Simig M, Elő J, Harsányi L. Technical modifications for improving the success rate of PEG tube placement in patients with head and neck cancer. *Gastrointest Endosc*, 2001, 54 (5): 633-636.

[2] 舒建昌, 贾金凤, 何顺辉, 刘旭友, 欧阳鹏, 叶国荣. 针吸试验在经皮内镜下残胃输出襻造瘘术中的应用一例. *中华消化内镜杂志*, 2017, 34 (3): 212-214.

[3] 陈健鑫, 叶国荣, 宋慧东, 聂丽芬. 经皮内镜下十二指肠直接造瘘术一例. *新医学*, 2017, 48 (1): 63-65.

[4] Shu JC, Yang QH, Lv X, Zhang WR, Li ME, Zhang XY, Song HD, Ye GR, Wang LX. Percutaneous endoscopic gastrostomy/jejunostomy combined with percutaneous transhepatic biliary drainage in treating malignant biliary obstruction. *Med Princ Pract*, 2011, 20 (1): 47-50.

[5] Foster JM, Filocamo P, Nava H, Schiff M, Hicks W, Rigual N, Smith J, Loree T, Gibbs JF. The introducer technique is the optimal method for placing percutaneous endoscopic gastrostomy tubes in head and neck cancer patients. *Surg Endosc*, 2007, 21 (6): 897-901.

(收稿日期: 2018-05-05)

(本文编辑: 杨江瑜)