·病例报告·

气管食管瘘合并心力衰竭一例

陈福坤[1,2],孙磊[1,2],朱业[1,2*]
(扬州大学临床医学院·江苏省苏北人民医院心血管内科,江苏 扬州 225001)

【关键词】 气管食管瘘;心力衰竭;病例报告
【中图分类号】 R541 【文献标志码】 B 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2024.03.047

1 临床资料

患者,男性,82岁,因“气喘伴咳嗽咳痰7 d”于2023年3月15日前往江苏省苏北人民医院急诊就诊。既往有冠心病病史,3年前行冠状动脉搭桥及冠状动脉支架治疗。既往有心力衰竭病史、食管恶性肿瘤病史,2年前于我院定期行放化疗治疗。查体:心界无扩大,心率85次/min,心律齐,未及杂音,双下肢轻度浮肿。查N端-前脑钠肽4 012.00 pg/ml,白细胞3.42×10^9/L,中性粒细胞百分比81.8%。胸部CT:食管中下段、贲门管壁局部较前增厚明显;两肺多发结节较前增多、增大,考虑转移;两肺多发炎症、渗出,两肺下叶为著;肺气肿表现;两侧胸腔积液。心电图:窦性心律,ST-T改变。急诊以“心力衰竭”收住心血管内科。入院后予以经验性抗感染、改善心功能、减轻心脏负荷,抗血小板聚集、调脂稳定斑块等治疗。

入院第2天患者诉有进食呛咳,且咳出深褐色痰,且呛咳时血氧饱和度会降低,暂停用抗血小板药物,结合胸部CT,不排除肿瘤因素引起的少量咯血,请肿瘤科和重症监护室会诊。会诊考虑患者不排除气管食管瘘(tracheoesophageal fistula,TEF)可能,完善CT仿真支气管镜成像显示:左主支气管-食管瘘形成可能;两肺多发炎症,渗出,两肺下叶为著;肺气肿;两肺多发结节,考虑转移(图1)。食管碘剂造影示:TEF(图2)。予以禁食、抑酸抑酶、肠外营养等治疗,请介入科会诊,遂行鼻肠管置入,食管中段梗阻,食管壁一窦道与左主气管相通。将导管导丝送入空肠内,将营养管头段置于空肠内,造影见营养管通畅、位置满意,术毕。患者术后诉咳嗽咳痰,痰色较深,肺部病灶考虑食管支气管瘘感染,肿瘤进展不能排除,后在数字减影血管造影引导下行食管造影示:食管中段食管壁一窦道与左主气管相通,可见造影剂进入左主气管;沿导丝引入覆硅胶膜食管支架系统(南京微创,18 mm×120 mm),可见支架扩张满意,位置满意;复查造影原食管气管瘘征象消失(图3)。术后患者无进食呛咳,未发生术后并发症,术后7 d出院。

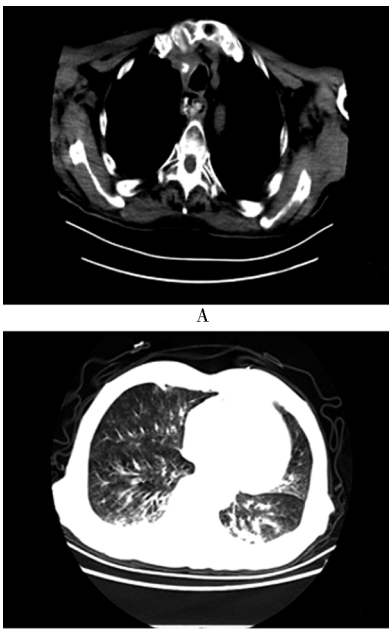


图1 CT仿真支气管镜检查

Figure 1 CT simulated bronchoscopy

A: left main broncho-esophageal fistula; B: multiple inflammation of both lungs and exudation, multiple nodules in both lungs with metastasis.



图2 食管碘剂造影检查

Figure 2 Esophageal iodization shows contrast agent into the left main trachea and forming a bronchial tree

收稿日期:2023-04-26;**接受日期**:2023-05-22
基金项目:国家自然科学基金(81800250);江苏省中医药科技发展计划(MS2023137);中国博士后科学基金第71批面上资助二等(2022M711417);扬州市科技计划社会发展项目(YZ2023096)
通信作者:朱业,E-mail:307971331@qq.com



A



B

图 3 术后食管造影复查

Figure 3 Post-operetive esophagography

A: a sinus in the middle part of the esophagus connecting with the left main trachea, and the contrast agent entering the left main trachea; B: the silicone coated esophageal stent system was introduced along the guide wire, the contrast agent passed through the stent smoothly, and the signs of esophagotracheal fistula disappeared.

2 讨 论

据统计食管肿瘤性 TEF 发病率为 4.5%[2],TEF 临床症状为吞咽后出现阵发性呛咳、感染及不明原因的胸腔积液等,一旦出现上述情况,应高度警惕此病的可能[3]。本例患者在食管癌放化疗两年后突然出现进食后呛咳等症状,但未能引起急诊科医师重视,而将患者考虑为心力衰竭收治心血管内科住院。导致该病未第一时间发现,延误最佳治疗时机,值得警醒。

食管气管瘘患者常因窒息造成短时间死亡,患者自身的肿瘤会随着病情浸润性生长,常伴有重症肺炎或呼吸衰竭及不同程度的胸腔感染[4]。早期诊断有利于该病的治疗和预后,主要诊断方法如下:(1)食管碘剂造影检查;(2)电子胃镜、纤维支气管镜检查。但该患者高龄且心功能较差,无法耐受胃镜、支气管镜等有创检查。仿真内窥镜可从管腔内部进行成像显示气管、支气管内表面图像,同时明确 TEF 口位置、轮廓、大小及其两者之间的关系[5]。本例患者因心力衰竭症状掩盖 TEF 的可能,后行 CT 仿真支气管镜成像及食管碘剂造影检查最终确诊。

一旦确诊 TEF,原则上应及早手术修补治疗[6]。既往有报道在急性期经保守治疗获得成功的病例,并认为保守治疗对于急性水肿期 TEF 患者来说也许是唯一可行的选择[7]。但多数专家仍认为手术治疗是首选。手术治疗包括瘘口注射术、支架置入术及瘘口修补术等。关于各种支架的植入术,有研究报道[8]联合应用硅胶支架和金属支架治疗 TEF 患者,均封堵成功,效果良好。本例患者经保守治疗和支架置入,效果较好,原食管气管瘘征象消失。

综上,通过对本病例的研究观察,发现 TEF 合并心力衰竭的早期临床特征不典型,易误诊,早期诊断和治疗非常重要,可提高患者的存活率及生活质量,减少病死率以及并发症发生率,延长患者生存时间,心血管内科医师应高度重视本病的诊断和治疗。

【参考文献】

[1] Walk RM. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula: overview and considerations for the general surgeon[J]. Surg Clin North Am, 2022, 102(5): 759-778. DOI: 10.1016/j.suc.2022.07.008.

[2] Lin XY, Chen WT, Wang HY, *et al*. A new method for diagnosis of tracheoesophageal fistula[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2022, 26(19): 6894-6895. DOI: 10.26355/eurrev_202210_29868.

[3] McGowan NA, Grosel J. An overview of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula[J]. JAAPA, 2022, 35(6): 34-37. DOI: 10.1097/01.JAA.0000830180.79745.b9.

[4] Amore D, Casazza D, Rispoli M, *et al*. Acquired benign tracheo-esophageal fistula: an alternative tracheoplastic technique[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2022, 28(6): 377-380. DOI: 10.5761/atcs.nm.22-00077.

[5] Chen Y, Guo R, Rao L, *et al*. Early tracheoesophageal fistula after tracheotomy: a case report with literature review[J]. Asian J Surg, 2021, 44(9): 1227-1228. DOI: 10.1016/j.asjsur.2021.06.014.

[6] Kim HS, Khemasuwan D, Diaz-Mendoza J, *et al*. Management of tracheo-oesophageal fistula in adults[J]. Eur Respir Rev, 2020, 29(158): 200094. DOI: 10.1183/16000617.0094-2020.

[7] Sang H, Peng L, Zhang G. Tracheoesophageal fistula closed by a new gastrointestinal occluder device[J]. Endoscopy, 2021, 53(6): E203-E204. DOI: 10.1055/a-1234-6702.

[8] Zhu C, Li L, Wang Y, *et al*. Endoscopic closure of tracheoesophageal fistula with a novel dumbbell-shaped occluder[J]. Endoscopy, 2022, 54(7): E334-E335. DOI: 10.1055/a-1524-0761.

(编辑: 温玲玲)