

食管金属内支架置入治疗食管良恶性狭窄的并发症分析

杜天会¹, 刘 志¹, 李媛媛², 徐广辉¹

(1. 中国人民解放军第 251 医院放射科, 河北 张家口 075000; 2. 河北省张家口医学院第一附属医院)

[摘要] 目的 通过回顾分析 67 例食管金属内支架置入术的并发症原因, 探讨预防和处理的方法。方法 1996 年 6 月至 2000 年 8 月, 对 78 例食管狭窄患者行金属内支架置入治疗, 共置入内支架 96 枚, 其中附膜支架 59 枚, 裸支架 37 枚。对内支架置入术后出现的各种并发症进行分析。结果 78 例中 67 例出现并发症, 如胸骨后疼痛、食管胃内容物返流、支架置入后再狭窄或堵塞、支架移位、食管出血、穿孔以及心率失常等。分别给予相应的处理后多数可以得到改善或消失。结论 金属内支架置入治疗食管狭窄所致的并发症是可以预防的, 如果出现并发症经过处理可以获得缓解。

[关键词] 食管狭窄; 金属内支架; 并发症; 预防; 处理

[中图分类号] R571.13; R814.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-3289(2002)03-0238-02

Analysis of Post-Metallic Stent Placement Complications in the Treatment of Esophageal Strictures

DU Tian-hui, LIU Zhi, LI Yuan-yuan, et al

(Department of Radiology, the 251th Hospital of PLA, Zhangjiakou 075000, China)

[Abstract] **Purpose** To analyse the causes of complications that occurred in the 67 patients treated by metallic stent implantation, in order to study the prevention and treatment. **Methods** From June 1996 to August 2000, 96 metallic stents were used for 78 patients with esophageal strictures. Covered-stents ($n=59$) and uncovered-stents ($n=37$) were chosen. Postoperative complications were analysed. **Results** Sixty-seven cases of the 78 patients were complicated with chest pain, gastroesophageal regurgitation, postoperative recurrent stenosis, stent migration, esophagorrhagia esophageal perforation and cardiac arrhythmia. These symptoms disappeared or were relieved mostly by treatment. **Conclusion** The post-stent placement complications in the treatment of esophageal strictures are preventable and can be relieved by treatment if they occur.

[Key words] Esophageal stenosis; Metallic stent; Complication; Prevention; Treatment

金属内支架置入治疗食管良恶性狭窄由于其创伤小、操作容易、疗效明显等优点, 近年来已得到广泛的应用, 为失去外科手术机会或不愿手术的食管狭窄患者开辟了新的治疗途径。以往文献^[1-6]报道多偏重于评价支架置入的方法和疗效, 而对并发症的评价则较少, 或虽有少量文献^[7]报道, 但缺乏系统性, 对怎样预防处理则阐述更少。我们对以往工作中出现的并发症及其预防处理的方法做了总结, 现报告如下, 供同道参考。

1 材料和方法

1.1 一般资料 本组 78 例, 男 62 例, 女 16 例, 男女之比为 4:1。年龄 18~82 岁, 平均 64 岁, 其中 50 岁以下 11 例, 50~70 岁 48 例, 70 岁以上 19 例。狭窄位于上段 7 例, 中段 45 例, 下段 26 例。病变长度 5cm 以下 11 例, 5~8cm 42 例, 8cm 以上 25 例。临床上以渐进性吞咽困难为主要表现。

1.2 方法 在 X 线监视下, 经口腔送入血管造影导管至食管

病变上端, 注入约 10ml 泛影葡胺行食管造影, 确定病变的上下界及瘘/漏口的位置, 并在病人体表做金属标记或以椎体标记病变范围, 沿导管送入加长加硬超滑导丝进入胃内, 退出导管并保留导丝在胃内。将装有支架的推进器沿导丝送入食管并通过病变, 一般无需扩张病变部位。若推进器难以超过狭窄段, 则需用球囊导管进行扩张。一般采用 OTW 食管球囊, 直径分别为 12mm, 18mm, 20mm。先送入 12mm 球囊导管进行扩张, 尔后送入 18mm 或 20mm 扩张, 扩张成功后, 再沿导丝重新送入装好支架的推进器。内支架长度应大于狭窄段 4cm 以上, 即支架两端就起越过狭窄段上下界各 2cm 以上。定位后在透视下缓慢后拉推进器外鞘, 使压缩的支架置入食管内, 退出推送系统, 保留导丝在食管内, 支架自膨胀。若支架膨胀不理想, 可沿导丝送入球囊扩张, 支架扩张满意后, 退出导丝口服泛影葡胺, 观察食管通畅情况。术后 4~6h, 注意生命体征, 了解有无食管内出血或支架滑脱。嘱患者进流食, 并给予口服抗生素, 止痛剂等对症处理。

2 结果

78 例共置入支架 96 枚, 有 9 例病人因病变范围过大而置入 2 枚支架, 另有 9 例为支架置入后出现并发症而分别加

[作者简介] 杜天会(1967—), 男, 河北省张家口市人, 学士, 主治医师。研究方向: 主要从事介入诊治及影像诊断。

[收稿日期] 2001-11-05

放 1 枚支架。其中置入附膜支架 59 枚,裸支架 37 枚。所选用的支架均为进口 Wallstent。78 例食管狭窄患者在支架置入术后吞咽能力均得到不同程度的改善,总有效率为 100%,但也不可避免的带来一些并发症。其中胸骨后疼痛 48 例,占 60%以上,是最常见的并发症。食管胃内容物返流 11 例,肿瘤或黏膜向腔内生长引起再狭窄 8 例,肿瘤向支架两端生长引起再狭窄 7 例,支架黏液堵塞 4 例,支架食物嵌顿 3 例,食管出血 3 例,支架移位 6 例,食管气管瘘 1 例,支架与食管壁不吻合 1 例,心率失常亦较常见,但多可自行缓解。多数并发症是可以预防的,术前预防用药、术中操作轻柔,术后控制饮食及必要的处理是减少这类并发症的关键。

3 讨论

3.1 胸骨后疼痛 48 例,多为球囊导管对狭窄段过度扩张或置入的支架突然膨胀挤压周围组织所致。一般不需特殊治疗,7~10 天后可自行减轻或消失。术后疼痛剧烈,病人不能耐受者可给与镇痛及镇静等处理。

3.2 食管胃内容物返流 11 例,文献^[1]报道发生率为 10%~50%,主要发生于下段食管癌、贲门癌或吻合口狭窄食管支架置入术后的病人。预防选用防返流支架。处理:术后给予抗酸及胃动力药物,少食多餐,饭后进行散步等轻微的体力活动,睡眠时尽量采用右侧卧位,以利于胃的排空。

3.3 肿瘤或黏膜向腔内生长引起再狭窄 8 例,文献^[2]报道发生率为 3%~20%,多发生于非附膜支架置入或非放疗病人。主要由于肿瘤组织未得到控制,经网眼向腔内生长或支架机械性刺激黏膜和纤维组织增生所致,后者具有自限性和可恢复性。预防方法:一是使用附膜密集型网状支架,二是支架置入后辅以放化疗或介入治疗。处理可用微波腔内烧灼使之再通或在其内加放另一枚支架。

3.4 肿瘤向支架两端生长引起再狭窄 本组 7 例,见于生存期较长的病例。原因是支架置入后肿瘤继续生长越过支架两端造成两端狭窄,所以支架的长度一定要大于病变长度 4cm 以上,即支架两端越过狭窄段上下界各 2cm 以上。处理:于狭窄部位加放一枚支架即可。

3.5 支架黏液堵塞 4 例,多于术后 1 周左右出现,胃镜检查证实为黏液,考虑为支架刺激食管黏膜或肿瘤本身,引起黏液分泌过多所致。预防的方法是术后嘱病人尽量多饮水冲刷,心要时服用消化酶类药物。处理:用萨式扩张条进行疏通。

3.6 支架食物嵌顿 文献报道为 2/14 和 2/32。本组出现 3 例,于支架放置 2~3 周后发生,主要是吞咽食物时咀嚼不彻底所致。预防:置入食管支架病人早期应服用细软饮食,且要彻底咀嚼。处理:可用萨式扩张条疏通,也可用球囊导管将食物从支架处经口腔拉出。

3.7 食管出血 3 例,表现为呕血或黑便,考虑为置入器头端粗糙,技术操作不熟练,狭窄段扩张大或置入支架张力过高所致。预防:操作手法要轻柔熟练,置入器头端要光滑,选用相应强度的支架,术后应常规使用止血药和抗生素,一旦发生大出血,应及时抢救,心要时与手术室取得联系及时手术止血。

3.8 支架移位 6 例,文献^[2]报道为 10%。其中 5 例向病灶下方移位,1 例向上方移位。其原因:①支架外附膜食管管

壁摩擦系数小、稳定性差;②选择支架张力偏小,不能得到有力的支撑;③支架置入后饮食不当;④支架置入后病人剧烈呕吐。预防方法:①根据狭窄程度不同选择适当张力支架,一般狭窄重者选用张力中等支架,轻者选用张力较高支架。②控制饮食:术后前 3 天进流食,4~7 天进半流食,2~3 周后逐渐过度到正常饮食。③支架置入后禁食冷饮制品,以防支架回缩。④采用内附膜或有倒刺的支架。处理:在其移位的相反方向加放一枚张力较高的支架。

3.9 食管气管瘘 本组发现 1 例,于支架放置半年后出现,是由于支架放置位置较高,选择支架张力过大,病人长期反复的吞咽动作加上食管本身的蠕动与支架的扩张力相互作用致食管壁破溃所致。预防的方法:①置入支架的位置不宜过高。②支架的张力不可过大。③晚期食管癌患者尽量不要过度扩张。对出现穿孔者,可再置入附膜支架进行封堵。

3.10 支架与食管壁不吻合 本组 1 例,患者术后第 6 天再次出现狭窄,胃镜证实是黏液堵塞,行扩张条疏通时误插入食管与支架之间所致。预防:当病人再出现吞咽困难时,无论是进行扩张还是微波烧灼再通,均应在胃镜或 X 线监视下谨慎进行。

3.11 心率失常 多数病例在球囊导管扩张过程中会出现不同程度的心率减慢,与有关文献报道接近。可能是由于迷走神经受挤压或牵拉所致。多不需特殊处理,对心率减慢明显者,可给予阿托品 0.5mg 或 10mg 注射可获缓解。本组有 1 例于术后 24h 突然死亡,可能是由于置于食管中下段的支架膨胀挤压窦房结致心跳骤停所致。作者认为术前常规心电图检查,对合并有心脏疾病者应先给予必要的处理,这样可以减少这类并发症的发生。另外,术后给予镇静及镇痛等处理也是必要的。

[参考文献]

- [1] Song HY, Choi CK, Cho BH, et al. Esophagogastric nooplosms: polation with a modified Gianturoo stent[J]. Radiology, 1991, 180: 349.
- [2] Song HY, Han YM. Coverad, expandable esophageal matallie stent tubes: experinces in 119 patients[J]. Radiology, 1994, 193: 689-695.
- [3] Watkinson AF, Ellul J, Entwisle K, et al. Esophageal carinoma: initialresults of palliative treatment with covered self-expanding endoprostheses[J]. Radiology, 1995, 195: 821.
- [4] Grundy A. The strecker esophageal of insertion and easly clinical experience[J]. Clinical Radiology, 1994, 49: 421.
- [5] J Wager HJ, Stinner B, Schwerk WB, et al. Nittmolprotheses for thetreatment of inoperable malignant eaophageal obstruction[J]. Vase Interv Radiology, 1994, 5(6): 899-904.
- [6] Cwikiel M, Cwikiel W, Albertsson M. Palliation of dysphagia in patients with malignant asophageal strictures. Comparison of result of Radiotherapy, chemotherapt and esophageal stent treatment[J]. Acta Oncol, 1996, 35(1): 75-79.
- [7] Cwikied W, Stridbeck H, Traberg, KG, et al. Malignant csophageal strictures; treatment with a self-expanding nieinol stent[J]. Radiology, 1993, 187: 661.