维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)03－0353－02

胃镜监视下食管内支架置入术

张俊文，王顺文，陶小红

(重庆医科大学临床学院消化内科,重庆 400016)

【摘 要】目的:本文是经胃镜作食管内支架置入术治疗食管癌伴狭窄或伴食管瘘的临床研究。方法:选择 18 例中、晚期食管癌伴狭窄或伴食管瘘不能耐受手术患者,在胃镜监视下置入食管记忆合金支架管。结果:18 例患者吞咽困难缓解或食管瘘消失,支架管到位准确。结论:食管内支架置入术是姑息治疗中、晚期食管癌伴狭窄或伴食道瘘有效的方法。在胃镜监视下置入食管支架到位准确,操作方法简单。

【关键词】胃镜;食管记忆合金支架;食管癌

【中国图书分类法分类号】R571.1;R443.8;R735.1 【文献标识码】A 【收稿日期】2001－12－24

Implantation of esophageal stent under the supervision of gastroscope

ZHANG Junwen, et al

(*Department of Gastroenterology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the clinical treatment for esophageal malignant stenosis or esophageal fistula with stent implantation under the supervision of gastroscope. *Methods*: Eighteen operation－intolerant patients with late esophageal cancer accompanied by stenosis or fistula were selected and administered nickel－titanium coil stent under the supervision of gastroscope. *Results*: The symptoms of dysphagia and esophageal fistula disappeared and the stent was setup properly. *Conclusion*: The technique of implanting the nickel－titanium coil stent is an effective palliative treatment for the late esophageal malignant stenosis or fistula. And it is simple and reliable to implant the esophageal stent under the supervision of gastroscope.

【Key words】Gastroscope; Esophageal nickel－titanium coil stent; Esophageal cancer

食管癌是我国常见的消化道肿瘤。对中、晚期食管癌伴狭窄或伴食管瘘不能耐受手术患者,以及食管癌切除术后吻合口狭窄或食管瘘的治疗常常是困难的。我们在 2000 年 4 月～2001 年 1 月间,在胃镜监视下置入食管记忆合金支架管治疗中、晚期食管癌伴狭窄或伴食管瘘 18 例,获得了满意的疗效。现报告如下:

1 对象,设备和方法

1.1 对象

18 例患者年龄 48～76,岁,平均年龄 67.5 岁。男 16 例,女 2 例均系诊断明确的食管癌患者,其中食管癌伴狭窄 16 例,食管癌狭窄伴食管支气管瘘 1 例,食管癌切除术后吻合口瘘 1 例,食管肿瘤长度为 5～10cm,平均长度 6.3±1.4cm。吞咽困难 Stooler 分级 2 级 3 例,3 级 11 例,4 级 2 例。

1.2 设备

1.2.1 Pentax 光学公司的 EG－2940。

1.2.2 常洲智业医疗仪器研究所生产的 Savary 锥形硅胶扩张器,带膜食管记忆合金支架管及支架置入器。

1.3 术前准备

1.3.1 患者术前常规心电图检查,并作食管钡餐以了解病变长度或食管瘘的位置。

1.3.2 术前支架管长度的选择:支架上下端至少分别超过病变长度 2cm 及 1cm,同时术前检查支架管复张情况及支架置入器的灵活度。

1.4 方法

1.4.1 胃镜到达病变上方,准确测定病变到门齿的距离,同时经胃镜活检孔放入的导丝至贲门以下。

1.4.2 退出胃镜,并沿导丝置入 Savary 锥形硅胶扩张器,根据狭窄程度从细到粗逐级扩张,将狭窄部扩张至能置入支架置入器的宽度。

1.4.3 准确计算出支架下端距门齿的距离后,放入支架置入器及胃镜,用胃镜准确测定出预计的支架上端距门齿的距离,并监视支架置入过程。

作者介绍:张俊文(1965－),男,主治医师,
主要研究方向:消化道肿瘤。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.4.4 支架置入后,退出置入器,用胃镜准确测定支架上端距门齿的距离并观察支架复张情况及位置有无偏斜。术后禁食并卧床 24h,72h 后作食管钡餐以了解支架复张情况及位置。

2 结 果

2.1 疗效

18 例患者中 17 例 1 次安置支架成功,并准确到达预定位置,误差<0.5 cm。1 例术中出现支架向下脱落至胃内,经冰水软化后用活检钳上提到预定位置并成功复张。17 例患者经胃镜行食管支架置入术后吞咽困难改善,Stooler 分级达 0~1 级。并在 24 小时恢复进食后开始进食软食。有食管瘘者瘘口封闭,经复查无钡剂流出食道,并能正常进食。

2.2 并发症

18 例均在术后 12h 出现同体位无关的胸骨后胀痛,经肌注度冷丁 50mg 后缓解,10 例出现进食后胸骨后不适,经给与利多卡因 1ml + 水 20ml tid 治疗后症状消失。在以后行支架置入术时,我们将支架内径从 20mm 改为 18mm,硬度从硬改为中度后。进食后胸骨后不适的出现减少,或持续时间缩短。无 1 例食管穿孔和出血及术后支架脱位。

2.3 随访情况

由于支架置入后,覆盖支架的部分食管无蠕动功能。故要求患者坐位进食,并在进食前后饮水一杯,以清洁支架。17 例食管狭窄的患者,10 例置入支架后行放疗后未再出现进食梗阻。7 例未行进一步治疗的患者,4 例于术后 6~8 月死亡。死亡前未再出现进食梗阻。3 例分别于 4 月、6 月、7 月后出现进食梗阻。复查胃镜见支架上方有肿瘤组织覆盖。1 例食管瘘患者未再出现食管瘘。随访期间无 1 例出现支架脱位、移位。

3 讨 论

自 1990 年 Domschko 报告自行扩张记忆合金支架管治疗晚期食管癌伴狭窄的患者以来。记忆合金支架管置入术作为治疗中、晚期食管癌伴狭窄或瘘的一种有效的姑息性方法,近年来逐渐被推广应用。目前支架管置入的方法主要有三种[1]:一种是在胃镜下放入导丝后扩张狭窄部并置入支架置入器,凭手感推出支架。其缺点为支架置入后的位置不易控制,1 周后支架易位率在 5.7%~10%[2]。二种是在 X 线监视下放置导丝并监视支架置入,支架到达预定位置准确性高,缺点为导丝不易通过狭窄部。出现同操作有关的并发症的发生率为 0~17%[3]。主要有食道穿孔、出血等。第三种是先用胃镜放入导丝后在 X 线监视下支架置入。可提高支架置入的准确性[4]。但实际操作中过程较繁锁,我们采用的胃镜监视下放置支架能使导丝容易通过狭窄部,提高支架到位率,同时操作过程简单。

食管支架置入后使晚期食管癌伴狭窄的患者能较为正常地进食,改善患者的生活和生存质量[5],为下一步治疗奠定基础。对食管癌伴瘘的患者,食道支架置入后直接封闭了瘘道,封闭了食物进入肺及胸膜的通道,防止感染加重同时有利瘘道的愈合。

从 18 例患者的治疗情况来看,国产记忆合金支架管置入后,进食时胸骨后不适可长达 1 月以上,个别可达 2 月以上。但这种不适,可通过口服少许低浓度的局麻药后完全消失。将支架内径变小(由 20mm 改为 18mm),硬度从硬改为中度。可减少这种不适持续的时间。

支架置入后再梗阻的问题长期以来没有得到很好的解决[6]。支架置入时支架上、下方应尽可能多超过肿瘤组织,以防止梗阻再发生。但支架长度不宜超过 16cm。支架置入后应进一步行放、化疗。饭前、饭后饮水以防止食物残渣引起梗阻。对已发生再梗阻的病例,可根据梗阻原因选择食管扩张术、内镜下局部化疗术或再置入支架[6]。

参 考 文 献

[1] 赵志泉,施瑞华. 国产 TiNi 合金食道支架临床应用(附 108 例报告)[J]. 中国内镜杂志,1997;3(1):7-9.

[2] ELL C, Hochberger J, May A, et al. Coated and uncoated selfexpanding metal stents for malignant stenosis in the upper GI tract: preliminary clinical experiences with Wallstents[J]. Am J Gastroenterol, 1994;89(9):1496-1500.

[3] Saxon RR, Barton RE, Katon RM, et al. Treatment of malignant esophageal obstruction with covered metallic Z stents: longterm results in 52 patients[J]. Vasc Intery Radiol, 1995;6(5):747-754.

[4] Cordero JA, Jr moores Dw, Self-expanding esophageal metallic stents in the treatment of esophageal obstruction[J]. Am Surg, 2000, 66(10):9568-9569. (下转第 369 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

酸性产物如乳酸、醋酸等能降低小肠 pH,使 β-GD 的活性降低,使其催化的酶促反应速度减慢。粪链球菌和枯草杆菌,均为兼性厌氧菌,代谢耗氧降低局部生境的[O]和 Eh,物质被还原的势能增加,有助于 CB 还原最终降解为胆素原。有关肿瘤防治的研究也表明,乳酸菌能降低肠道 β-GD 活性[6];新生儿胆红素重吸收发生在小肠,故认为 MP 中益生菌的种类为粪链球菌等定居于小肠、兼性厌氧菌的制剂,干预新生儿黄疸效果较好,樊绍曾等采用双歧杆菌制剂干预新生儿黄疸,证实无明显效果,可能与双歧杆菌栖息部位在大肠以及为专性厌氧菌有关[5]。然而 MP 干预新生儿黄疸,降低血清胆红素的机制应该是多方面的,不仅仅通过影响 β-GD 和 Eh 而发生作用,如益生菌的生物拮抗作用,MP 增加肠腔内渗透压,使肠腔水分增多,肠蠕动加快,促进肠内结合胆红素排泄的作用,以及 MP 对肝脏的保护,维持肝脏转化胆红素功能的作用等,故仍不否定含双歧杆菌的 MP 制剂有降低新生儿黄疸的功效。

用 MP 干预新生儿黄疸几无副作用,疗效肯定,但进一步证实治疗前后肠道 β-GD 活性、CB 与 UCB 比例的变化,以及了解新生儿 DV 开放与黄疸的关系,都是值得深入探讨的课题。

参 考 文 献

[1] 岳玉国,李云珠,俞善昌. 母乳性黄疸发病机制与干预措施[J]. 中国实用儿科杂志,1999;14:115-116.

[2] 金汉珍,黄德珉,官希吉. 实用新生儿学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1997:218-219.

[3] Kondo M, Itoh S, Kunikata T, et al. Time of closure of ductus venosus in term and preterm neonates[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2001 Jul;85:F57-59.

[4] Fugelseth D, Lindemann R, Liestol K, et al. Postnatal closure of ductus venosus in preterm infants< or = 32 weeks. An ultrasonographic study [J]. Early Hum Dev, 1998;53:163-169.

[5] 康 白,蒋寒青. 微生态调节剂及其研究进展[J]. 中国实用儿科杂志,1996;11:205-206.

[6] 温柏平. 乳酸菌与肿瘤防治[J]. 国外医学临床生物化学与检验学分册,1996;17:30-32.

(上接第 359 页)肝硬化患者的自身靶抗原,除了一些是目前所鉴定的、与常见自身免疫性疾病相关的自身抗原外,还有一些尚未认识的抗原,有待进一步研究。有作者报道[4]用可溶性肝抗原为抗原基质,用蛋白质印迹法检测慢性肝病患者血清中的自身抗体乙型肝炎和肝硬化患者抗可溶性肝抗原蛋白印迹法的阳性率分别为 43.42% 和 42.59%。表明慢性乙肝及乙肝后肝硬化病人血清中存在较高的自身抗体检出率,其自身免疫反应在病毒性肝病中是如何被启动的,以及自身抗体在病毒性肝炎的发展及转归中的作用还有待进一步研究。

参 考 文 献

[1] Covini G, Muhlen CA, Pacchetti S, et al. Diversity of antinuclear antibody responses in hepatocellular carcinoma[J]. J Hepatol, 1997;26(6):1255-1265.

[2] 范列英,仲人前,李红梅,等. 慢性肝病及原发性肝癌患者血清中自身抗体分析[J]. 第二军医大学学报,2000;21(4):312-313.

[3] 陈 瀑,严 立,叶荻庆. 猴肝组织和人类上皮细胞联合检测血清抗核抗体的临床应用与评价[J]. 重庆医科大学学报,2002;27(2):171-173.

[4] 范列英,仲人前,孔宪涛,等. 慢性乙型肝炎患者血清中肝特异性自身抗体的检测[J]. 第二军医大学学报,2000;21(4):309-311.

(上接第 354 页)

[5] Goldin E, Beyar M, safrs J, et al. A new self-expandable nickel-titanium coil stent for esophageal obstruction: A preliminary report[J]. Gastrointe stinal Endoscopy: 1994;40(1):64-68.

[6] De palma GD, Iovino P, Catan Zano C, et al. Distally migrated esophageal stents: wait and see or remove[J]. Gastrointest Endosc: 2001;53(1):96-98.