

食管带膜支架治疗晚期食管癌并发症

刘阳晨¹ 赵莺² 项其昌³ 张佰生⁴

(1. 泰兴市人民医院, 泰兴, 225400; 2 江苏省肿瘤医院, 南京, 210009; 3 南京市胸科医院, 南京, 210009)

关键词 食管肿瘤; 食管支架

中图分类号: R735.1 文献标识码: A 文章编号: 1007-6514(2000)01-0050-01

食管气管瘘、食管纵隔瘘及食管癌性狭窄常为食管癌的晚期表现, 治疗比较困难。我科 1997 年 7 月~1997 年 12 月采用安放食管带膜金属支架治疗 12 例患者, 取得较好的近期效果。现报告如下。

1 临床资料与方法

全组 12 例患者中, 男 9 例, 女 3 例, 年龄 48~70 岁, 中位年龄 65 岁。全部病例均经食管镜及 X 线摄片检查确诊为食管癌, 其中癌性狭窄 3 例, 食管气管瘘 6 例, 食管纵隔瘘 3 例, 病灶位于上段 2 例, 中段 7 例, 下段 3 例。病灶长度 3~7cm, 平均长度 5.2cm。患者主要临床症状为进食呛咳及严重吞咽困难。

使用器械为国产硬质食管镜, FM-II 型 500MA 模拟定位机, Savary-Gill 食管扩张器, CES 型食管带膜金属支架及输送器。该支架支撑力强、自展性好、并采用了单向倒刺, 可防止支架下滑。

安放前 2d 在模拟定位机下透视, 准确定出病变部位、长度及病灶中心, 在体表做好标记。以超过病灶上、下段各 3cm 左右而确定选用支架的长度。

安放当天禁食, 安放前 30min 肌肉注射 654-2 10mg, 并进行喉头喷雾麻醉。

支架安放在模拟定位机监视下采用食管镜操作。先插入食管镜达病灶部位, 观察病变情况, 然后在通过活检孔插入导引钢丝直达贲门后退出食管镜。在引导钢丝引导下利用食管扩张器对

狭窄部位进行扩张。经导引钢丝引导将输送器送入食管, 在模拟机监视下将支架送入预定位置后拔出外套管固定插销。固定把手管后退出外套管, 待支架全部释放后, 拔出把手管尾端固定钢丝用插管, 抽出钢丝, 支架即脱离输送器。

安放后 2h 在模拟机下透视, 观察支架有无移位及展开程度, 瘘口阻断情况等并定期检查。安放后常规予抗感染、止痛、支持等治疗, 并逐步恢复经口进食。

有 6 例患者在安放支架后继续予抗肿瘤治疗。3 例予 6MV-X 线外照射 Dt50-55Gy/25-28f/5-5.5w; 3 例给予全身化疗及中药治疗。

2 结果

12 例患者所安放的支架均成功进入预定位置, 支架扩张良好。食管瘘者瘘口均被完全阻断, 癌性狭窄置入支架后狭窄部分均开通良好, 所有病人均恢复经口进食, 12 例病人中位生存 5 个月, 其中 3 例仍生存, 已分别存活 7.8、8 月。

全组患者未发生穿孔、出血等严重并发症。所有患者术后均有胸骨后疼痛, 约在 1 周左右时间均能缓解。定期检查未发现支架脱落及移位。

3 讨论

癌性狭窄引起的进食梗阻及食管穿孔所致的食管气管瘘、食管纵隔瘘, 均是晚期食管癌的严重并发症, 发生穿孔后生存时间往往不足 2 月^[1]。既往采用静脉内高营养、胃造瘘等方法, 由于未能针对肿瘤进行治疗, 并且不能阻止唾液及食管内粘液经瘘道进入气管及纵隔, 常反复合并感染, 所以疗效不佳。

90 年代以来, 发展了用于临床的食管带膜金属支架^[2,3]。由于金属支架的表面覆盖了一层

收稿日期: 1990-01-22

作者简介: 刘阳晨 (1964-), 男, 江苏泰兴市人, 主治医师, 学士学位, 发表论 4 篇。

较薄并有韧性及无毒的高分子膜。加上支架本身的外膨力能保持管腔通畅, 所以能用来封闭瘘口、阻止肿瘤向腔内生长及治疗良、恶性食管狭窄。我们治疗的 12 例患者均能在较短的时间内恢复正常经口进食, 明显提高了生存质量, 平均生存时间长达 4.8 月。部分患者体质恢复后尚可进行放射治疗及化疗, 取得了较好的近期效果。

安放支架最重要的是要准确定位。采取模拟定位机监示下食管镜操作的方法, 能确保支架准确到位, 并能观察支架展开情况, 具有操作简单、创伤性小、准确可靠等优点。文献报告支架脱落、移位发生率约为 3%^[3], 由于 CES 型食管支架采用了单向倒刺, 成功地解决了这一难题, 本组 12 例患者无 1 例发生支架脱落及移位。

食管带膜金属支架虽然对晚期食管癌的狭

窄、穿孔有较好的姑息治疗效果, 但能否提高生存及安放后如何进一步治疗仍有待于今后工作中进一步探讨。

参考文献

- [1] 谷铎之, 殷蔚伯, 刘泰福, 等主编. 肿瘤放射治疗学. 第二版. 北京: 北京医科大学, 北京协和医科大学联合出版社, 1993: 502
- [2] Tamura S, Hirao M, Shiozaki H, et al. A newly—designed shape memory coil stent for esophageal stricture: A preliminary report. Surgery—Today, 1996; 26 (11): 945
- [3] May A, Hahn G, ELL C. Self—Expanding metal stents for palliation of malignant obstruction in the upper gastrointestinal tract: Comparative assessment of three stent types implemented in 96 implantations. J—GLIN—GA—STROENTERL, 1996; 22 (4): 261

(上接 44 页)

气管切开后, 置入气管导管, 根据以往经验, 在拔出气管导管前, 常需作闭管试验。这样不仅增加患者痛苦, 有时可增加并发症, 同时也增加医护人员的工作量。本组曾有 1 例因气管切开气管导管摆放 14d 后作闭管试验, 结果因肺部绿脓杆菌感染、寒颤高热而误认为输液反应导致患者的死亡^[2]。根据术者经验, 吸入性损伤一旦生命体征稳定, 纤支镜检查镜下示气管内无异常发现, 当即拔管, 无需作闭管试验。

本组吸入性损伤气管切开 27 例, 作纤支镜检查 18 例, 其中 1 例铁水爆炸伤, 气管内异物

较多, 属重度吸入性损伤, 先后 3 次作纤支镜检查, 钳取出较多的异物及坏死分泌物, 并灌洗, 结果抢救成活^[3]。我们体会到: 纤支镜检查后, 呼吸频率仍在 50 次/min 以上, 气管内分泌物仍然很多, 粘膜水肿修复破损范围大无进展, 血氧饱和度持续小于 80% 以下, 提示预后不良, 应积极采取综合措施, 密切观察病情变化。

参考文献

- [1] 方之杨, 吴中立, 高学书, 等主编. 烧伤理论与实践. 第 1 版. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1989: 490
- [2] 于益鹏, 李罗珠. 抢救呼吸道烧伤的几点经验与教训. 实用烧伤整形外科杂志, 1993; 4: 19
- [3] 谢尔凡, 扬宗城. 吸入性损伤国外研究进展. 中华整形烧伤外科杂志, 1997; 13: 297