

· 临床研究 ·

## 食管支架置入术治疗中晚期食管贲门癌 35 例分析

张平<sup>1</sup>, 张俊文<sup>2</sup>

(1. 重庆市荣昌县人民医院消化内科 402460; 2. 重庆医科大学附属第一医院消化内科 400016)

**摘要:**目的 探讨食管支架置入术对晚期食管贲门癌的治疗方法、疗效和并发症的处理。方法 对 35 例中晚期食管贲门癌患者采用食管金属支架置入术。结果 食管狭窄的主要症状吞咽困难得以改善, 近期疗效达 100%。35 例患者均一次性置入支架成功, 虽有不同程度的并发症发生, 但处理后均得到缓解或消失。结论 金属支架置入术是治疗中晚期食管贲门癌食管狭窄的有效方法之一。并发症可以预防, 处理后大部分缓解。

**关键词:**食管贲门癌; 内镜; 食管支架

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.20.014

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)20-2012-02

## Analysis of 35 patients with esophageal and cardiac carcinoma in the middle-advanced stage treated by esophageal stenting

Zhang Ping<sup>1</sup>, Zhang Junwen<sup>2</sup>

(1. Department of Gastroenterology, Chongqing Rongchang People's Hospital, Chongqing 402460, China;

2. Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

**Abstract:** **Objective** To study the therapy, curative effect and the treatment of the complications in esophageal stenting for esophageal and cardiac carcinoma in the middle-advanced stage. **Methods** 35 patients with esophageal and cardiac carcinoma in the middle-advanced stage Treated by esophageal stenting. **Results** It alleviated the main symptoms of esophageal strictures with difficulty in swallowing, and the short-term curative effect was 100%. Among these 35 cases, the insertion was successful at the first time in 35 cases. The complications occurred at times, but these symptoms disappeared or were relieved by treatment. **Conclusion** Esophageal stent implantation is one of the effective treatment for patients with esophageal and cardiac carcinoma in the middle-advanced stage with difficulty in swallowing. The complications which occurred in the near future can be preventable and the most of them can be relieved by treatment.

**Key words:** esophageal and cardiac carcinoma; endoscope; esophageal stenting

晚期食管贲门癌已经不宜进行手术治疗, 患者经常因吞咽困难而出现水、电解质紊乱及营养不良, 严重者可能会因并发器官衰竭而死亡<sup>[1]</sup>。随着支架材料的广泛应用, 其具有的能立刻解除食管狭窄, 缓解患者的吞咽困难, 改善营养和纠正水、电解质紊乱等优点越来越受到关注<sup>[2-4]</sup>。但实际应用中也常发生一系列并发症, 特别是远期疗效欠佳。因此, 现收集本院 2005 年至今经食管支架置入治疗恶性食管贲门狭窄临床病例 35 例, 对其疗效、并发症及其处理进行分析, 以期探讨食管支架置入术的临床应用价值。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 本组 35 例, 男 26 例, 女 9 例, 年龄 49~81 岁, 平均 61 岁。均经病理诊断为食管癌, 其中晚期食管癌性狭窄 29 例、吻合口复发癌 6 例。病变部位: 中上段 2 例, 中段 21 例, 中下段及贲门 12 例。食管病变长度 2.5~10 mm, 狭窄段最小直径 2~10 mm。本组资料患者均有不同程度的吞咽困难, 按照症状轻重 Stooler 分级, 0 级: 无吞咽困难; 1 级: 能进固体食物; 2 级: 能进半流质饮食; 3 级: 能进流质饮食; 4 级: 完全不能进食。本组 2 级 2 例, 3 级 15 例, 4 级 18 例, 平均为 3.45 级。

**1.2 器械** 应用 OLYMPUS GIF-160 电子胃镜; Savary-Gilliard 扩张器; 金属导丝; 支架及支架置入器。

**1.3 方法** 患者术前均常规行出凝血时间、血常规、心电图检查。常规胃镜检查及 X 线造影, 了解食管狭窄的部位、长度及狭窄口大小。具体操作方法: 在胃镜直视下经活检孔插入导丝进入胃腔, 保留导丝, 退出胃镜。对食管狭窄明显, 胃镜镜身无法通过者先沿导丝送入 Savary-Gilliard 扩张器, 由细至粗渐次

扩张至 10~12 mm, 扩张器可通过。再次行胃镜检查, 确定病变长度及病变上、下端距门齿距离。退出胃镜, 根据狭窄段长度、狭窄口大小选择适宜的支架。在导丝引导下将支架置入器送入预期位置, 将支架慢慢释放到狭窄部合适位置, 确认完全释放后缓缓退出导丝及支架置入器。完成操作后经胃镜确认支架张开情况及位置, 若有移位, 可用鼠齿钳调整至理想位置。

**1.4 术后处理** 术后禁食 12 h, 观察生命体征, 注意有无呛咳、呕血、黑便等症状, 常规应用止血、抗感染、抑酸等药物。12~24 h 后开始进温流质饮食, 后逐渐过渡到普食, 忌食大块固体食物及饮冰水。

**2 结果**

**2.1 疗效** 35 例患者均一次性置入成功。所有患者术后 1 周梗阻症状均有明显缓解, 吞咽困难显著改善, Stooler 分级, 0 级: 3 例, 1 级: 28 例, 2 级: 4 例, 平均约 1.03 级。能进半流质、软食或普通饮食, 体质量也有不同程度增加。统计近期有效率 100%。

**2.2 并发症** 35 例术后均有胸骨后及上腹部疼痛, 经对症处理 1 周症状消失。31 例术后化验大便隐血试验阳性, 未发生大出血症状, 经抑酸、止血治疗痊愈。2 例发生支架移位, 经重新调整放置后到位。14 例术后 3~11 个月出现食管再狭窄, 属肿瘤增生性再狭窄, 5 例局部治疗后缓解, 9 例因病情恶化而放弃治疗。

**3 讨论**

1983 年 Frimberger<sup>[5]</sup>报道应用金属支架治疗食管狭窄所致的吞咽困难获得成功, 随着支架材质及器械的不断改良, 置入技术的逐步完善, 各种支架置入术已广泛应用于临床。但

支架置入术后可出现一系列并发症,其原因与选择支架置入术尚无严格的临床标准有关。本组通过 35 例临床观察认为,支架置入是否成功,应从病例及支架的选择、扩张幅度、置入技巧、术后处理等方面综合考虑。

**3.1 适应证选择** 食管支架置入术早期主要用于食管癌性梗阻的姑息治疗,对其生存质量及延长生存期作用明显。后随着临床经验的积累,适应范围有所扩大<sup>[6]</sup>,共包括:(1)良、恶性食管癌; (2)中晚期食管、贲门癌及术后吻合口复发性癌; (3)难治性食管良性狭窄如食管、贲门癌术后吻合口狭窄、食管化学性损伤后瘢痕狭窄、贲门失弛缓症并发狭窄。食管上段狭窄若超过胸骨柄上缘则不宜安放支架,因术后可能造成咽喉功能紊乱,产生明显的异物感及疼痛不适等症状。

**3.2 支架的选择** 支架长度最好选择大于病变段 3~4 cm。过长影响食管蠕动,刺激食管黏膜,引起不适,过短则容易出现二次狭窄。食管下段病变位置近贲门者、食管胃吻合术者或贲门狭窄病变则应安放防反流支架;良性狭窄不宜置入永久性支架,所以应选择组织相容性好、炎症反应性轻、不易引起肉芽增生及纤维化而便于取出的新型覆膜支架。新近研制的经个体化设计的可取出支架对难治性良性食管狭窄为一种有效、安全的方法<sup>[7]</sup>。

**3.3 并发症及处理** 本组资料表明食管内支架置入后可发生以下几种近期和远期并发症:(1)胸痛及异物感。支架术后出现不同程度的胸骨后疼痛不适,无需特殊处理,在术后 1 周可消失,较剧烈者予以止痛。刺激症状及食管异物感会随着进食的改善而逐渐适应消失。(2)出血。本组病例多为大便隐血阳性。早期出血为扩张使局部组织撕裂所致,后期出血为支架与黏膜发生摩擦或支架迫使肿瘤血运受限,血管损伤引起;术后可用止血、抑酸、抗感染等治疗措施。大出血的急救治疗<sup>[8]</sup>: ①尽快建立静脉通道补充血容量,急救出血性休克,同时静脉推注止血药、血管收缩剂;②食管内灌注冰盐水;③寻找出血相关动脉,球囊导管压迫止血;④抗心律失常,止咳止呕等;⑤出血止住后数天病情稳定,当机立断取出支架。(3)胃食管反流<sup>[9]</sup>。因支架覆盖的食管部分基本无蠕动功能,术后应嘱患者取坐位进食,进食 1~2 h 后再取卧位,睡前不进食,睡时床头抬高 15°~30°。适当服用胃动力药物及制酸剂和黏膜保护剂。(4)支架移位及脱落。容易发生在支架置入时定位不准确、支架膨胀不好和对原发病灶的治疗过程中<sup>[10]</sup>。本组 2 例患者术后 3 d 造影发现支架向下移动,立即在胃镜直视下用专用拉钩或鼠齿钳调整支架位置后好转。因此,为防止支架移位和脱落,术中扩张度要适宜,选择直径及长度适当的支架,另外术后禁食不应少于 12 h,并禁食冷饮。对吻合口狭窄者,支架置入前扩张宜适度,因吻合口的张力可增加置入支架的稳定性<sup>[6]</sup>。(5)术后再狭窄。文献报道食管支架置入术后尤以并发再狭窄十分严重,发生率高达 37%~97%<sup>[11]</sup>。再狭窄的发生主要由于肿瘤组织生长超过支架上下口而引起。预防上要重视在支架置入后对原发病灶进行治疗,避免肿瘤组织的进一步生长。本组术后 3~11 个月内共发生 14 例,其中 12 例为支架上和(或)下口处被增生组织堵塞,2 例为支架膜破损处被增生组织堵塞。经病理检查均为恶性增生组织。作者对其中 5 例应用电灼狭窄部后疏通,包括 2 例电灼后重新置入支架,吞咽困难改善;另外 9 例因病情恶化放弃治疗。目前普遍认为,食管支架置入远期再狭窄的发生尚无有效的预防手段,若发生再狭窄,可给予微波、氩气刀<sup>[12]</sup>、高频电灼、局部放疗<sup>[13]</sup>及支架再

置入等治疗。研究表明,食管支架置入后再狭窄处病理变化主要为局部肉芽组织形成及纤维化,认为与局部组织淋巴细胞、巨噬细胞和成纤维细胞的增殖活化密切相关<sup>[14]</sup>。(6)食管穿孔和破裂。发生原因为过猛、过快扩张食管或用过大球囊扩张食管所致。选材得当,操作规范可避免。(7)心律失常与脓胸少见,分别与刺激迷走神经、食管纵膈胸膜破裂有关<sup>[15]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 莫艳艳,陈忠,郭丽斌. 镍钛记忆合金自膨式支架治疗食管癌狭窄的临床应用[J]. 河南科技大学学报:医学版, 2009,27(4):286-287.
- [2] 张斌,李长锋,杨蕾,等. 内镜下置放记忆合金支架治疗食管贲门恶性狭窄 66 例报道[J]. 中国内镜杂志, 2005,11(10):1071-1072.
- [3] 江汉龙,金峰,石晋,等. 内镜直视下带膜支架置入治疗晚期食管贲门恶性狭窄[J]. 华西医学, 2010,25(2):270-271.
- [4] Peter D, Siersemsa, Saskial, et al. Self-expanding metal stent for complicated and recurrent esophagogastric cancer[J]. Gastrointest Endosc, 2001,54(5):579-586.
- [5] Frimberger E. Expanding Spiral-a new type of prosthesis for the palliative treatment of malignant esophageal stenoses[J]. Endoscopy, 1983,15(2):213-214.
- [6] 陈英生. 食管自膨式金属支架(SEMS)临床应用现状[J]. 国外医学临床放射学分册, 1996,4(2):224-225.
- [7] 王志强,王向东,孙刚,等. 全覆膜可取出支架治疗难治性食管良性狭窄[J]. 中华消化内镜杂志, 2005,22(6):376-379.
- [8] 谢宗贵. 食管支架植入后大出血的危险因素与对策[J]. 介入放射学杂志, 2003,12(1):12-14.
- [9] 周克,张涛,叶鑫,等. 食管恶性狭窄支架置入术并发症的预防和处理[J]. 临床肿瘤学杂志, 2002,7(5):364-365.
- [10] 仇学明,焦峰,刘泽红. CZES 型防反流食管支架的远期疗效及反流瓣膜功能研究[J]. 中国内镜杂志, 2003,6(1):79-82.
- [11] 郭喜田,杨海山,王大伟,等. 自膨式金属支架内支架治疗食管良性狭窄[J]. 白求恩医科大学学报, 2000,26(4):432-433.
- [12] 吴永梅,邱枫,戴晖,等. 内镜直视下带膜支架置入联合氩气刀治疗晚期食管癌[J]. 中国内镜杂志, 2009,24(10):1074-1077.
- [13] White RE, Parker RK, Fitzwater JW, et al. Stents as sole therapy for oesophageal cancer: a prospective analysis of outcomes after placement[J]. Lancet Oncol, 2009,10(3):240-246.
- [14] 宛新建,李兆申,许国铭. 食管支架术后再狭窄组织中表皮生长因子及其受体的表达分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2003,20(2):91-94.
- [15] 孙志先,汪长胜,杨立民. 食管内支架置入术在临床的应用价值[J]. 右江民族医学院学报, 2004,26(4):505-506.