

· 短篇及病例报道 ·

## 倒 Y 型金属支架置入治疗肺癌致气道复合狭窄并文献复习\*

韦宗辉<sup>1</sup>, 王敏<sup>2</sup>, 田川<sup>2△</sup>, 吴勇德<sup>2</sup>

(重庆市南川区人民医院:1. 呼吸科;2. 内镜中心 408400)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.22.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)23-2453-02

自 Wallace 等<sup>[1]</sup>首先报道可扩张金属内支架用于动物及患者以来,随着介入技术的发展和介入器械的改进,气道支架置入是治疗恶性肿瘤所致气道狭窄的有效手段并临床应用日趋广泛。近 20 年以来,针对隆突病变的 Y 型支架的设计和临床应用有了很大的发展。近年来对于气管下段、隆突和左右主支气管同时受累的复合狭窄采用不同类型 Y 型支架时有报道。本院于 2012 年 4 月应用倒 Y 型金属内支架置入技术治疗肺癌致气道复合狭窄的初步临床经验,并结合相关文献进行分析和总结。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 老年患者,男,61 岁,病理确诊为右肺中央型小细胞肺癌,并纵隔淋巴结转移,导致气管下端及左右主支气管狭窄。治疗前已接受 11 次化疗和 3 次气管镜下 APC 加冷冻再通治疗,并伴有咳嗽、胸闷和气短病史,存在严重吸气性呼吸困难和 II 型呼吸衰竭。

**1.2 影像资料** 胸部 CT 三维重建提示气管下段狭窄,最窄处宽约 8 mm,狭窄长度约 25 mm;左主支气管开口稍显狭窄;右主支气管及中间支气管狭窄,狭窄长度约 25 mm,最窄处约 8 mm。

**1.3 术前准备** 根据胸部 CT 和三维重建及支气管镜检查明确病变位置及狭窄程度和长度,个体化制定倒 Y 型金属内支架规格(南京微创 MTN-QB 倒 Y 型支架气管段长 50 mm,直径 22 mm,左右主支气管长 30 mm,直径 12 mm)。术前常规行血常规、凝血功能、心电图、肝肾功能等检查。治疗方案得到南川区人民医院伦理委员会批准,患者和家属于术前签署知情同意书。

**1.4 支架置入方法** 患者术前半小时肌注阿托品 0.5 mg、地西洋 10 mg。在心电和血氧饱和度监测下。患者仰卧于数字减影血管造影机检查台上,X 线透视下经口顺利插入电子支气管镜,经气管镜引导分别插入南京微创 MTF-QF 0.035×260 医用非血管腔道导丝至左、右下叶支气管各 1 根,退出气管镜,透视下沿导丝缓慢送入装有南京微创 MTN-QB 倒 Y 型支架的置入器至远端到达隆突附近,松开安全锁,往前缓推后手柄,见左右主支气管支架分别到达左右下叶,并紧密骑跨于隆突上,迅速拉出左右支架的捆绑绳,见左右支架迅速张开,继之迅速回撤前手柄,后退外鞘管,见气管段支架张开,退出置入器。再次气管镜检查,见支架各段张开良好,气道各段较术前明显畅通。支架置入术后 1~7 d 常规拍摄 X 线胸片,了解支架位置和肺膨胀情况。1~2 周门诊随访,了解患者咳嗽、咳痰、咯血及呼吸困难情况。

### 2 结果

**2.1 支架置入** 该例气道复合病变患者在 X 线透视下一次成功置入倒 Y 型金属内支架,支架置入后患者呼吸困难即刻缓解,呼吸困难由 5 级改善为 1 级;氧饱和度在吸氧(5 L/min)条件下为 82%~85%,提高到自然呼吸状态下的 94%~97%。术中仅少许出血,经局部喷洒肾上腺素后出血停止。术中、术后均未出现窒息、气管破裂和大出血等并发症。术后 1 周复查胸片示支架完全膨胀,贴壁满意,未出现移位现象。该例患者现已随访 1 个月,呼吸困难较术前明显改善,现患者一般情况好,生活质量提高。

**2.2 文献复习** Pubmed 数据库和万方数据库共检索得到 8 篇相关文献<sup>[2-9]</sup>,共 130 例支气管狭窄患者,其中 92 例采用 Y 型硅酮支架和 38 例采用倒 Y 型金属支架置入技术治疗。技术成功率为 100%。未发生与技术相关的并发症。

### 3 讨论

胸部恶性肿瘤浸润及纵隔淋巴结转移易使气管隆突压迫致中央气道复合性狭窄,引起严重的呼吸困难。气道支架是解决肿瘤致气道阻塞的有效手段,国内外对于使用金属类 Y 支架治疗累及气道下段、隆突区和双侧主支气管的复合狭窄均取得了较好的近期疗效。目前,国外主要采用硅酮、高分子材料等非金属支架,广泛使用的有 Dumon Y 支架,其具有弹性良好、放置和取出方便、肿瘤及肉芽组织不会向腔内继续生长导致新的阻塞等优点在治疗气道狭窄和气道食道瘘中取得了一定的疗效;但由于该类支架需在硬质气管镜下置入,操作复杂,放置难度较大;容易造成纤毛清除功能消失,气道分泌物潴留;放置后支架容易出现移位等不足而限制了其应用<sup>[2-5]</sup>。

金属倒 Y 型一体化自膨胀式金属支架具有可在局部麻醉下进行手术;对累及隆突的复合病变一次性单个支架置入可解决复合气道狭窄,简化操作步骤,降低手术风险;支架置入后稳定性较好,不易发生移位;减少了对病变部位气道纤毛运动的影响,对排痰影响较小,不易造成分泌物潴留等优点。国内学者采用倒 Y 型一体化自膨胀式金属支架及其输送器治疗原发胸部肿瘤致隆突区复合狭窄患者 38 例,所有患者均成功置入支架,技术成功率达 100%,术后所有患者气道阻力明显降低,呼吸困难明显改善,一般情况改善,生活质量提高,未出现与支架置入相关的并发症<sup>[6-9]</sup>。

本例患者为原发右肺中央型肺癌晚期,为累及隆突及左右主支气管的复合气道狭窄,在局麻下成功地一次性置入倒 Y 型一体化自膨胀式金属支架,术后患者呼吸困难明显改善,活动量和生活质量明显提高。现随访中,未出现支架置入相关并

发症。结合本例患者资料和相关文献,作者认为安全和成功实施倒 Y 型一体化自膨胀式金属支架置入需注意:(1)术前根据胸部 CT 和三维重建以及气管镜检查结果,确定病变位置、狭窄程度及长度,个体化制定支架规格;(2)充分征得患者及家属意见,取得配合;(3)熟练掌握支架置入技术,操作轻柔、快速、准确;(4)术后密切观察病情变化,注意复张性肺水肿发生,及时处理。

结合本例病例及文献检索结果,作者认为倒 Y 型金属支架置入技术作为一项较新的气道狭窄辅助治疗技术,其技术上是安全可行的。但由于国内、外利用该技术治疗气道狭窄的总病例数较少,缺少循证医学证据,有待于对大宗病例进行总结和分析后进一步评价其安全性和远期疗效。

#### 参考文献:

- [1] Wallace MJ, Charnsangave JC, Ogawa K, et al. Tracheobronchial tree; expandable metallic stents used in experimental and clinical applications; work in progress[J]. Radiology, 1986, 158(2):309-312.
- [2] Dutau H, Toutbalnce B, Lamb C, et al. Use of the Dumon Y-stent in the management of malignant disease involving the carina; a retrospective review of 86 patients [J]. Chest, 2004, 126(3):951-958.
- [3] Oki M, Saka H, Kitagawa C, et al. Silicone Y-stent place-

ment on the carina between bronchus to the right upper lobe and bronchus intermedius [J]. Ann Thorac Surg, 2009, 87(3):971-974.

- [4] Murgu DS, Colt GH, Irvine, et al. Silicone Y-stent placement at secondary left carina malignant central airway obstruction[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2010, 139(2):494-495.
- [5] Oki M, Saka H, Kitagawa C, et al. Double Y-stent placement for tracheobronchial stenosis[J]. Respiration, 2010, 79(3):245-249.
- [6] 吴刚, 马骥, 韩新巍, 等. 倒 Y 型金属支架置入治疗晚期恶性肿瘤隆突部狭窄[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(10):771-773.
- [7] 王婉瑜, 曾奕明, 张华平, 等. 气道内 Y 型金属支架临床应用初探[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(6):520-521.
- [8] 杨正强, 施海彬, 周卫忠, 等. 全身麻醉下 Y 型金属气管支架治疗恶性气道狭窄[J]. 介入放射学杂志, 2010, 19(7):577-579.
- [9] 王国安, 吴宏成, 姜静波, 等. Y 型金属气道支架置入治疗复合气道病变[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2010, 9(4):396-400.

(收稿日期:2012-04-22 修回日期:2012-06-15)

#### • 短篇及病例报道 •

## Romberg 综合征伴脑积水 1 例并文献复习

胡胜利, 刘 乔, 周章明, 王 辉

(湖北医药学院附属太和医院神经外三科, 湖北十堰 442000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.23.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)23-2454-02

### 1 临床资料

患者,女,49岁。20年前无明显诱因出现左侧面部肌肉萎缩,尤以左侧面颊部、上下颌、左眶周组织萎缩明显,无疼痛和感觉异常,后因面部明显不对称就诊于多家医院,未明确诊断。入院前1周无明显诱因出现头痛,反复右下肢抽搐并疼痛,行脑CT示左侧脑室扩大,左侧额颞顶叶萎缩。入院查体:神志清楚,左眼球下陷、双瞳孔直径不等,左4.0mm,光反射消失,右2.0mm,光反射灵敏;左额颞部头皮、左侧颞肌、左眶周组织、左颞部、左上下颌部皮肤及肌肉萎缩,伸舌左偏,口角左斜,余未见阳性体征。抗癫痫治疗后抽搐好转直至完全消失。脑MRI示左侧脑室扩大,左额颞顶叶萎缩。腰椎穿刺测脑脊液压力280mm H<sub>2</sub>O,奎肯氏实验提示脑脊液循环通畅。EEG异常,示局灶性癫痫。结合病史、体征、腰椎穿刺和脑MRI,考虑Romberg病、脑积水、继发性癫痫,行脑室腹腔分流术和抗癫痫治疗,2周后患者头痛、抽搐症状完全消失。

### 2 讨 论

Romberg综合征最先由Parry报道,此后Romberg详细描述了此病的典型特征,故又被称Parry-Romberg病。Romberg综合征病程进展缓慢,以一侧颜面部皮肤、皮下组织、肌及骨结构无痛性、进行性萎缩为其主要特征,造成半侧颜面部

分或全部萎缩,尤以皮下组织、结缔组织萎缩显著,左侧多见,双侧极少见<sup>[1-2]</sup>。常见于单侧三叉神经分布区,影响颅神经、交感神经。此病常由口角、颊部开始萎缩,逐渐波及整个半侧颜面部,以致半侧面颊凹陷,双侧面部以中线为界明显不对称,如“刀砍状”。部分患者病损可累及眼部,出现患侧眼球凹陷、眼肌麻痹、上睑下垂、斜视、视力减退或失明、眉毛脱落,患侧瞳孔括约肌功能受损、瞳孔散大,无对光反射。本病可有不同程度的脑萎缩、变性、钙化等脑内病变,出现偏头痛、局限性癫痫<sup>[2-3]</sup>,甚至偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、失语等并发症。偶有患者出现同侧躯体、上下肢萎缩改变。Romberg综合征男女均可发病,无明显性别差异,常在发病后0.5~2.0年内进展最迅速(活跃期),此后发展缓慢甚至自行停止(稳定期)。部分患者X线检查发现半侧面颊、上下颌骨等骨质萎缩、畸形。脑CT、MRI检查可发现脑组织萎缩、变性、钙化等。病理学检查表现为皮肤、皮下组织、肌肉等软组织萎缩性改变。结合患者病史、典型的临床表现,诊断常不困难。

本病病因、发病机制不明。病因假说包括损伤学说、遗传学说、三叉神经学说、感染学说、硬皮病学说、交感神经学说等<sup>[4-5]</sup>。由于该病病因未明,目前缺乏特异性治疗方法,早期行针灸、理疗、改善循环、营养神经等治疗。曾有报道激素或免疫