

消化道狭窄、梗阻球囊扩张及内支架置入的临床选择

孙兴旺 崔进国

消化道狭窄、梗阻严重影响患者营养摄入,造成饥饿性营养不良或临床上的恶病质。采用球囊扩张和/或内支架置入术,能有效的解除吞咽困难,改善生活质量,大部分可取代手术或取得与手术同样的临床效果。目前国内有条件的大中型医院已普遍开展了此项技术,但对治疗病例的选择以及并发症的处理尚缺乏较为规范的标准,为此提出消化道狭窄、梗阻实施此项技术的适应证、禁忌证以及并发症的处理意见。

一、适应证

(一)、良性狭窄、梗阻的适应证 贲门失弛缓症,反流性食管炎,化学烧灼伤;手术后吻合口狭窄,内支架置入后狭窄,如内支架置入食物团阻塞支架,幽门肥厚。食管先天性平滑肌发育异常。

(二)、失去手术机会的癌性狭窄、梗阻适应证如食管癌,贲门癌,胃癌,壶腹癌,结肠癌,术后吻合口癌复发,食管癌放疗后狭窄,纵隔原发恶性肿瘤或转移性肿瘤侵犯或压迫食管所致狭窄、梗阻,食管癌术后吻合口瘘,食管癌放疗所致食管瘘等采用被覆内支架能获得封闭瘘口达到立竿见影的效果,对于非癌性食管瘘如合并严重胸腔内感染或患者身体状况不能承受手术者,被覆支架置入也应作为首选。

二、禁忌证及注意点

(一)、消化道狭窄、梗阻球囊扩张及内支架置入治疗无绝对禁忌,但原则上良性狭窄、梗阻以球囊扩张治疗为主,对反复球囊扩张仍不能解除狭窄可置入支架或外科手术治疗。对于恶性狭窄、梗阻均应在球囊扩张基础上置入内支架,并同时放、化疗以巩固疗效。

(二)、在临床实际应用中几点需要注意:1、对于高位食管癌,应掌握内支架上缘一般不超

过颈₇椎体平面,否则内支架置入后可影响会厌功能发生顽固性呃逆或气管反流和呼吸困难。因而选择内支架直径不应超过 15mm;2. 食管中下段癌,特别是纵隔内已有明确侵犯的软组织肿块,扩张时球囊直径以 15mm 为宜,禁用直径较大的球囊扩张,以防过度扩张造成主动脉破裂;3. 对于临床已发生严重恶病质,估计患者存活不超过一个月者不宜再作内支架置入。

三、并发症及其处理

(一)支架移位 发生移位是因内支架直径与球囊扩张直径不成比例,故选择内支架直径大于球囊扩张时直径 10%~15% 可有效防止支架移位。被覆内支架移位发生率较高,文献报告在 0%~12.5%,主要原因是被覆支架表面光滑与周围组织摩擦力小,因此易滑脱移位,为克服这一缺点可采用上端直径大于体部直径的支架、部分被覆支架或有倒刺的支架。一旦支架发生移位可采用球囊导管套取,内镜钳取纠正其位置,必要时再置入一根支架。如支架脱落到胃内可用腹腔镜或手术取出。

(二)食物嵌顿 发生率 7%~20% 多因置入支架早期吞咽大块食物或咀嚼不全的粗纤维食物,一般置入 3 天后支架才能完全膨胀,因此要嘱患者一周内进流食或半流食,一旦发生食物团嵌顿可用球囊导管向胃内推入或内镜取出。

(三)食管返流 发生率 10%~50% 主要为食管癌后吻合口狭窄及贲门癌置入支架,大多数患者使用药物一般均可控制,也有使用防反流内支架的报告,即在支架下端用多层硅胶膜组成“活瓣”减少反流,但终因易使食物嵌顿而未广泛推广应用。

(四)、癌组织或肉芽组织向腔内生长发生再

作者单位: 050082 白求恩国际和平医院

狭窄、梗阻 发生率 3%~20% 为防止癌组织或肉芽组织腔内生长,可采用被覆支架一般应超过病变两端各 20mm,以防癌组织向支架两端生长造成再狭窄,但有效的方法是支架置

入后给予规范性放疗或化疗,一旦出现狭窄可再置入一根支架。

(五) 球囊扩张及支架置入后均有轻度胸痛、少量出血对症处理即可。

巨型肝海绵状血管瘤栓塞治疗

强万本 蔡东顺 朱望东

肝海绵状血管瘤(简称血管瘤)是肝脏最常见的良性肿瘤,可单发,可多发和多囊肿。以单发多见。肿瘤小,临床无症状,不需治疗。肿瘤巨大可压迫周围脏器引起相应症状。因肿瘤巨大,致肝脏张力过高,隐存着肝破裂的危险。我院于 1993 年~1997 年对 28 例肝巨型血管瘤行栓塞治疗取得满意疗效,现报告如下。

材料与方法

28 例巨型肝血管瘤均单发。男性 22 例,女性 6 例。年龄 52~73 岁,平均 58 岁。肿瘤分布肝右叶 17 例,肝左叶 2 例,9 例跨越左右叶。肿瘤最大直径 13~23cm。临床主要表现:上腹包块,腹胀、腹痛、食欲不振、消瘦。5 例出现进食后呕吐。28 例做了 45 次栓塞。

采用改良 Seldinger 法穿刺,用泰尔冒公司产 5.5F Rh 导管。先行腹腔动脉造影,根据造影血管走行超选择将导管尖置于最接近肿瘤的供血血管内。栓塞剂为 40% 超液化碘化油和明胶海绵微粒。栓前、栓中、栓后经导管分次推注 1% 利多卡因 15ml。依 2ml/mm 速度经导管推注碘化油 20ml,在此基础上再用 1mm×1mm 的明胶海绵微粒栓塞,依推注造影剂流速减慢为限,然后经导管推注庆大霉素 16 万 U,结束手术。术后常规静脉补液 1500ml/d +

VC300mg + 氨苄青霉素 6g,连续 4~7 天。2 月后复诊 24 例,两次栓塞 17 例,2~4 月后复诊 11 例,复查方法 CT 平扫,术前、后扫描片对照,由 2 名副主任医师阅片。

结 果

疗效判断依据肿瘤缩小分为四级,即 0、I、II 和 III 级。0 表示肿瘤大小无变化;I 表示肿瘤缩小 $< \frac{1}{4}$; II 表示肿瘤缩小 $\geq \frac{1}{4}$; III 表示肿瘤缩小 $\geq \frac{1}{2}$ 。依临床症状的改善程度分三级,即 0、I 和 II 级。0 表示症状无改善, I 表示症状明显改善; II 表示症状基本消失。

本组 28 例术后住院观察 7~21 天,于出院时临床症状均有不同程度的改善,有效率 100%。随访 24 例,一次治疗的 7 例,临床症状基本消失,术前肿瘤直径 $< 15\text{cm}$,4 月后 CT 复查肿瘤缩小 $\geq \frac{1}{3}$ 。对 17 例 $> 15\text{cm}$ 直径的肿瘤行 2 次栓塞。4 月后复诊,11 例临床症状基本消失,肿瘤直径 $< 20\text{cm}$,CT 复查肿瘤比术前缩小 $\geq \frac{1}{3}$ 2 例, $\geq \frac{1}{4}$ 9 例。6 例始终存在轻度的腹胀痛,肿瘤直径 $> 20\text{cm}$,CT 复查肿瘤缩小 $< \frac{1}{4}$ 。II、III 级显效率为 75%, I 级有效率

作者单位: 710054 解放军第 451 医院放射科