

交换导丝到达锁骨下动脉远端(或腋动脉),交换 8 F 导引导管至锁骨下动脉狭窄近端。选择与闭塞血管远端直径相当的球囊扩张支架或相当的球囊,对闭塞段动脉进行预扩张,最后在闭塞段置入自膨支架。对于锁骨下动脉近端无残端的病变,可尝试顺逆双向入路,即经桡动脉应用导丝逆行开通锁骨下动脉闭塞段,置入 4 F 导管鞘,将 4 F 造影导管经桡动脉导管鞘置于锁骨下动脉闭塞处,0.035 英寸泥鳅导丝通过 4 F 导管反复探插其闭塞残端,小心地将导丝穿过闭塞段行机械再通。桡动脉比股动脉细,穿刺并发症较股动脉多且较严重。穿刺时易损伤正中神经,尤其是术后如有血肿压迫可导致多支神经损伤。最常见的并发症为桡动脉痉挛引发血栓形成。经桡动脉穿刺切忌心急粗暴,宜耐心轻柔,桡动脉穿刺成功后,我们用 4 F 的单弯导管操作,既能使损伤较轻,又能为导丝提供较好的方向性和支撑力,使导丝容易通过闭塞段。

综上,对锁骨下动脉闭塞的部位、形态及时间采用不同的方法及器材进行血管内机械再通,后行支架成形术安全、有效。可进一步提高机械再通的成功率,减少并发症,取得更好的临床效果。

[参考文献]

- [1] Dotter CT, Judkins MP. Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction: description of a new technic and a preliminary report of its application[J]. Circulation, 1964, 30: 654 - 670.
- [2] Sadto A, Satow T, Ishii A, et al. Endovascular recanalization of subclavian artery occlusions [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2004, 44: 447 - 453.
- [3] Bruntzos EN, Petersen B, Binkert C. et al. Primary stenting of

- subclavian and innominate artery occlusive disease: a single center's experience[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2004, 27: 616 - 623.
- [4] de Vries JP, Jager LC, van den Berg JC, et al. Durability of percutaneous transluminal angioplasty for obstructive lesions of proximal subclavian artery: long-term results[J]. J Vasc Surg, 2005, 41: 19 - 23.
- [5] Hamon M, Mc Fadden E. Trans-radial approach for cardiovascular interventions [J]. Carpiquet-France: Europa Stethoscope Media, 2003: 26.
- [6] 金征宇, 张青, 杨宁, 等. 经皮穿刺锁骨下动脉腔内成形术[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35: 528 - 541.
- [7] de Souza JM, Espinosa G, Santos Mochado M, et al. Bilateral occlusion associated to steal phenomenon of internal carotid and left subclavian arteries: treatment by angioplasty and stenting [J]. Surgical Neurology, 2007, 298 - 302.
- [8] Sheiban I, Dharmadhikari A, Melissano G, et al. Subclavian artery stenting: immediate and mid term clinical follow-up results[J]. Int J Cardiovasc Intervent, 2000, 3: 231 - 235.
- [9] 洪波, 刘建民, 许奕, 等. 颅外颈动脉狭窄支架成形治疗的短期疗效分析[J]. 介入放射学杂志, 2003, 12: 182 - 185.
- [10] Steiger HJ. Cervical vertebral and subclavian artery reconstructions[J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 1998, 38 (Suppl): 289 - 293.
- [11] 李郁芳, 蒋初明, 李冬华, 等. 经皮血管内支架治疗锁骨下动脉狭窄性疾病[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17: 132 - 136.
- [12] 戚纪胜, 缪中荣, 吉训明, 等. 血管内支架治疗锁骨下动脉闭塞临床观察[J]. 中国脑血管病杂志, 2006, 10: 459 - 461.
- [13] Zhang XT, Fu H, Wang SL, et al. Interventional treatment for symptomatic stenosis or occlusion of subclavian arteries [J]. J Intervent Radiol, 2006, 15: 270 - 273.
- [14] 冯立民. 经皮血管内成形术及支架置入术治疗锁骨下动脉狭窄及闭塞性疾病[J]. 中国临床神经科学, 2008, 16: 531 - 533.

(收稿日期:2009-08-25)

·临床研究 Clinical research·

食管支架术后支架贴壁不良综合征的初步探讨

赵剑波, 曾庆乐, 陈勇, 何晓峰, 卢伟, 梅雀林, 李彦豪

【摘要】目的 探讨食管支架置入术后贴壁不良综合征(dys-seal syndrome, DSS)的发生原因及相关处理。**方法** 收集我科 2001 年 6 月至 2008 年 6 月行食管支架手术患者 98 例,共置入 99 枚金属支架。其中术后吻合口肿瘤复发狭窄 19 例,术前有食管癌放疗病史 26 例,伴食管-气管瘘 34 例。**结果** 术后 7 例患者出现 DSS (发生率 7.1%)。其中有放疗病史及梗阻上段食管明显扩张患者 DSS 发生率明显升高

($\chi^2 = 0.017, 0.005, P = 0.036, 0.013$)。经禁食,静脉输液或鼻饲等营养支持治疗后,1 例患者逐渐恢复至进食半流质;1 例于原支架上端再次置入较大直径支架,术后症状无缓解,后失访;2 例改行鼻饲管置入;余 3 例内镜下取出支架。**结论** 食管支架置入术后发生 DDS 为并发症之一,临床处理预后不良。取出已经置入的支架是较好的治疗措施。应在术前进行适当的评估以排除危险因素,选择合适的支架,加强围手术期管理等有助于 DDS 的预防。

【关键词】 食管狭窄; 支架; 并发症

中图分类号:R571 文献标志码:B 文章编号:1008-794X(2010)-02-0141-05

Preliminary investigation of esophageal stent dys-seal syndrome ZHAO Jian-bo, ZENG Qing-le, CHEN Yong, HE Xiao-feng, LU Wei, MEI Que-lin, LI Yan-hao. Department of Interventional Radiology, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China

Corresponding author: LI Yan-hao

【Abstract】 **Objective** To investigate the causes and managements of dys-seal syndrome (DSS) developed after esophageal stent placement. **Methods** From June 2001 to June 2008, esophageal stenting was performed in 98 consecutive patients with malignant esophageal obstruction. A total of 99 metallic stents were used. Of 98 patients, gastroesophageal anastomosis stricture was seen in 19, preoperative radiotherapy history in 26 and tracheoesophageal fistula in 34. **Results** DSS occurred in 7 patients, with an occurrence rate of 7.14%, which was significant higher than that in patients with preoperative radiotherapy history and in patients showing marked dilated esophagus proximal to the obstructed site ($\chi^2 = 0.017, 0.005, P = 0.036, 0.013$, respectively). After treatment, such as fasting, TPN or nasogastric feeding, only 1 case returned to semi-liquid diet. Among the rest 6 cases of DSS, an additional stent was employed in one (but in vain), nasogastric feeding tube was used in 2, and removal of the stent under endoscopic guidance was carried out in 3. **Conclusion** DSS is one of the complications developed after esophageal stent placement, its prognosis is rather poor. Removal of the inserted stent may be the optimal treatment. The prevention of DSS includes proper pre-operation evaluation, selection of suitable stent, enhancement of perioperative nutritional support, etc. (J Intervent Radiol, 2010, 19: 141-145)

【Key words】 esophageal stenosis; stent; complication

食管金属内支架是食管恶性和部分良性狭窄引起吞咽困难的有效治疗手段^[1-2]。支架置入后常见的并发症包括胸痛、各种原因致支架再阻塞、支架移位、食管穿孔等^[3-4],也有相对较罕见并发症的报道,如消化道大出血、心肌梗死等^[5-6]。我们在临床工作中发现部份患者食管支架置入术后支架位置良好,扩张满意,但患者诉吞咽疼痛并经常发生进食哽噎、嗝气,有明显的食物腐败味。而复查发现支架内对比剂尚可通过或仅有不畅,关键是可见支架上端与食管壁间不能完全贴壁而出现明显的空隙,有时可见食物残渣存留。可以得知食物残渣长期滞留、腐败引起炎症反应,继而使患者发生上述症状,严重时不得不将支架取出。我们将这一系列现象称之为“支架贴壁不良综合征”(dys-seal syndrome, DSS),现将我们治疗的 98 例 DSS 总结报道如下。

1 材料与方法

1.1 材料

收集我科 2001 年 6 月至 2008 年 6 月施行的

食管支架恶性肿瘤患者 98 例,其中男 76 例,女 22 例,年龄 46 ~ 83 岁,平均 62 岁。98 例中原发病变为食管癌 75 例、贲门癌 21 例,纵隔淋巴结转移致食管外压性狭窄 3 例。支架置入术前有局部放疗病史 26 例,伴发食管-气管瘘 34 例。狭窄梗阻段位于食管上段 20 例,中下段 59 例,术后吻合口肿瘤复发 19 例。共置入支架 99 枚。置入支架类型包括南京微创覆膜食管支架 (67 例),Wallstent 裸支架 (12 例),Ultraflex 裸支架 (10 例),韩国 taewoong 镍钛合金覆膜支架 (10 例)。根据病变情况选择不同类型支架。一般情况下存在食管-气管瘘者必选用覆膜支架。其他情况下,梗阻上方食管明显扩张者选用喇叭口形支架,否则可选用直筒型支架。2001-2003 年的病例选用裸支架为主,其后多用覆膜支架。

1.2 方法

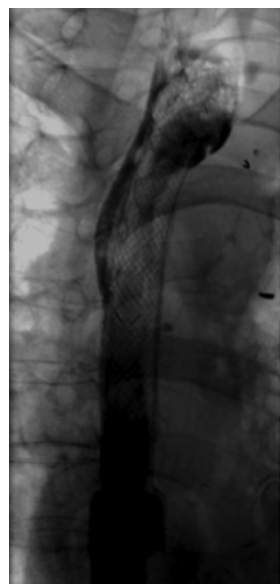
本组病例均在 DSA 机下操作完成。术前予咽部表面麻醉,患者仰卧,头偏向右侧,安放牙垫后在 X 线透视引导下以超滑导丝通过病灶狭窄阻塞段到达胃腔,沿导丝引入导管,注入对比剂证实后,更换

超长超硬导丝,引入支架输送器,确定位置后释放支架,再口服稀释的泛影葡胺泛影钠复合剂复查。

对于早期患者(2007 年以前)术后当日禁食,可饮水或无渣果汁,术后第 2 天患者无吞咽不适,即可安排进全流质过渡至半流质。对于后期患者,由于临床上已发现 DSS 的存在,为预防其发生则要求在患者恢复进食以前必须口服泛影葡胺造影,确认无 DSS 造影表现,然后再安排按程序进食。

2 结果

全部 98 例患者均成功放置支架,术后 7 例患者出现支架 DSS(发生率 7.1%)。其中 6 例为 2007 年之前患者,5 例有既往放疗病史,3 例有食管气管瘘。7 例中,使用覆膜支架者 5 例,6 例支架为近端喇叭口形。DSS 临床表现主要为术后断断续续出现不同程度的吞咽困难或呛咳,并伴有持续性程度不等的胸痛,进食时加重,暖气时常可嗅到明显腐败食物味,改进食全流质后也不出现缓解。食管造影可见支架内碘水通过顺畅或部分滞留,在支架上方可见食管明显扩张,在支架与食管壁之间可见对比剂明显滞留



a 食管碘水造影示支架内通过顺畅,支架上方可见食管明显扩张,在支架与食管壁之间可见对比剂明显滞留

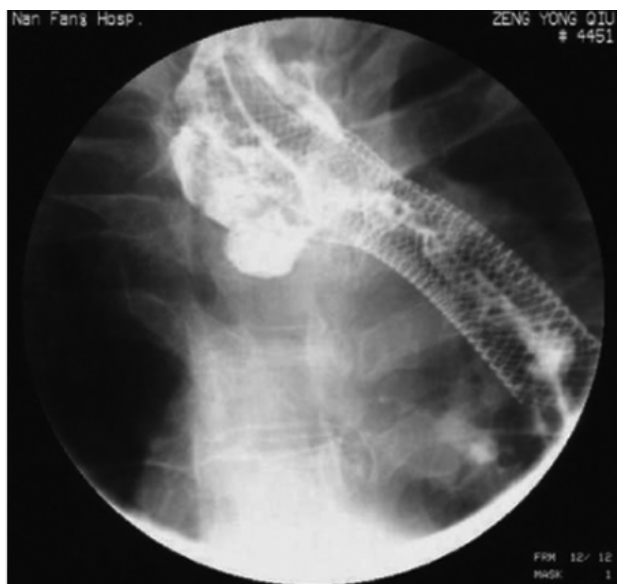


b 经禁食,营养支持等处理后 1 周,症状无改善。复查食管造影示支架与食管壁之间可见对比剂明显滞留

剂明显滞留,部分显示存留的食物残渣(图 1a)。

22 例使用裸支架的患者中,2 例出现 DSS,76 例使用覆膜支架的患者中,5 例出现 DSS,行卡方检验无显著差异($\chi^2 = 0.687, P = 0.652$)。梗阻上端明显扩张 21 例,发生 DSS 的患者 4 例,一般扩张 77 例,有 3 例发生 DSS。在 26 例有放疗史的患者中,5 例发生 DSS,而其余 72 例中,2 例发生 DSS。经检验差异均有统计学意义($\chi^2 = 0.017, 0.005, P = 0.036, 0.013$)。

本组 7 例患者在确诊出现支架 DSS 后,即嘱患者禁食 3 ~ 14 d,加强静脉输液支持,同时通管鼻饲或胃管补充营养,再从全流质渐过渡为半流质,并嘱患者进食后多饮水冲刷支架。经处理后 1 例勉强恢复半流质(为 2007 年后的病例),余 6 例胸痛及进食困难症状无缓解,复查造影仍为 DSS 表现(图 1b)。其中 1 例于原支架上端再次置入较大直径支架,术后症状无缓解,后失访(图 1c);另 2 例经采用球囊调整支架后仍无效,改行鼻饲管置入;余 3 例内镜下取出支架,后其中 2 例也行鼻饲管置入,1 例行经皮穿刺胃造瘘以解决进食问题。



c 行支架上方再次置入第 2 枚较大直径支架,症状无改善。造影仍示支架与食管壁之间对比剂滞留

图 1 支架贴壁不良综合征表现及治疗后

3 讨论

食管支架作为无外科手术指征的食管恶性狭窄患者的姑息性治疗手段已广泛应用于临床,其相关的并发症文献报道多集中在技术操作并发症或术后肿瘤进展并发症,如大出血、穿孔、再狭窄等^[7]。曾

有文献在讨论中提到对于病程长,病变近端食管高度扩张的患者,支架留置后在支架上段与食管壁之间存在间隙(gap),但认为这一现象随着支架留置后梗阻的解除,间隙会逐渐消失。但我们在工作中发现即使如此,仍有部分患者术后长期出现贴壁不良情况,且并不少见,本组病例的发生率即为 7.1%。故

在本文中,我们将食管支架术后,因支架与食管壁贴壁不良而导致出现的胸骨后疼痛、吞咽困难以及相关出现的食管感染,甚至必须拔除支架等一系列症状称之为 DSS^[8]。Wang 等^[9]将其定名“漏斗现象”(funnel phenomenon),认为出现本征的病因不明确,可能与肿瘤或支架压迫导致神经丛损伤有关。

据观察,DSS 的发生原因为多方面:①患者因素。患者瘦弱或恶液质状态,食管蠕动、收缩功能减退;病程较长使狭窄上方食管扩张明显;置入支架解除狭窄后,狭窄上方扩张的食管因管壁回缩无力。本组中,梗阻上端扩张明显的患者,术后发生 DSS 的概率明显升高。②医源因素。治疗后,尤其是放疗后食管壁发生纤维化,使管壁僵硬,舒缩功能减低甚至丧失,引起狭窄上方扩张的食管回缩障碍,导致支架贴壁不良。本组 7 例 DSS 患者中 5 例有放疗病史,其 DSS 发生率明显高于无放疗组。③技术因素。有支架贴壁不良倾向的患者,若选择的支架偏小,支架置入后因食管回缩障碍,支架与管壁间可能出现较大的缝隙,术后支架贴壁不良的可能性增大,同时如果支架上端超出狭窄段过长,术后支架贴附不良的概率更大。④进食因素。术后进食过早,支架上端未完全贴附食管壁时,可造成食物存留,导致局部感染,使支架贴壁困难。⑤支架因素。在现实病例中,对于恶性食管阻塞患者,为了减少支架内再狭窄的发生,目前基本上都是提倡使用覆膜支架。但是一般说来,进入全覆膜支架与食管间隙的食糜难于排出,而裸支架的网眼可以通过半流质食物,同时在必要时,也可以起到类似的“引流”作用。故一般推测覆膜支架发生 DSS 的概率会较高。但在本研究中,支架覆膜并没有增高 DSS 的发生率,其原因仍有待讨论,可能与裸支架组病例数较少有关。⑥有关支架喇叭口的问题。在近年的病例中,食管支架基本上都采用近端喇叭型以减少支架移位。理论上,喇叭口有助于支架与食管壁的贴壁。尽管如此,在本研究的 7 例 DSS 有 6 例为上端喇叭型支架,究其原因,仍考虑为 DSS 的发生有多种因素,近端的物理因素仅为其中之一。

DSS 处理较麻烦,大部份预后不佳,较易导致支架失能或必须拔除支架,如 Wang 等^[9]报道 82 例食管支架术后并发症,其中有 7 例符合本文所说的支架贴壁不良,发生率为 8.5%,对其中 4 例采用支架食管空隙组织胶注射,但仅有 1 例成功,余患者均于短期内死于相关的肺炎。Scott-Mackie 等^[8]报道 1 例 DSS 患者,采用第 2 枚预成形的锥状支架贴壁

原支架近端,术后随访进食情况尚可,但术后 4 个月死于肿瘤转移。本组 7 例 DSS 患者中,仅 1 例恢复半流质,其他 6 例预后均为支架失能或拔除支架,改用其他方法维持营养。

我们认为对于 DSS 患者,首先术前要详细了解患者的全身状况及治疗史。对于病程较长、全身营养差、狭窄上方食管明显扩张,以及有放疗史的患者,支架术前行食管钡剂(碘剂)及内镜检查,进一步了解狭窄上方食管壁的收缩功能,如果判定为存在术后支架贴壁不良倾向,最好选择改行其他治疗,例如经鼻营养管或经皮胃造瘘等。对于此类患者如需行支架治疗,要注意避免支架上方超出狭窄段过长,如有可能,尽量避免使用全覆膜支架。在围手术期要加强营养支持,最好通过鼻饲及静脉胃肠外营养,积极改善患者的营养状况,逐步恢复患者的食管收缩功能,以减少术后支架贴壁不良的概率。更为关键的是要求术后严格禁食,待碘水食管造影复查显示支架与食管壁完全贴壁后方可进食。进食应从流质、半流质,逐渐过渡为正常饮食,这样有助于扩张的食管慢慢恢复。同时要求避免进食含粗纤维和固体食物,每餐进食后饮温水 200 ~ 300 ml,以达到对支架腔内食物残渣进行冲洗、清除的目的。对于支架贴壁不良合并感染的患者,要立即停止进食、改用胃肠内和(或)胃肠外营养。如有条件可安排胃镜检查,局部冲洗,清理支架与食管间贮留的残渣。采用抗生素治疗无助于本症的改善。通过上述处理后如果仍无恢复,则若支架置入时间较短(2 ~ 4 周),可考虑拔出原有支架。拔除后和不能拔除者均不宜再次置入支架,只能转为经皮穿刺胃造瘘术或营养管置入。本组 1 例吻合口狭窄者经外院置入 3 枚支架仍不能解决本综合征,只能在食糜阻塞时行球囊扩张术和局部冲洗食物残渣。另外,目前临时支架已普遍用于良性食管梗阻^[10-11],故对于存在 DSS 倾向的恶性梗阻患者,临时支架也许可作为一种较好的选择。

食管支架术后 DSS 的发生率并不高,但治疗效果差,常导致支架失能或拔除。其发生原因包括多个方面,尤其是梗阻上段食管扩张明显及有过放疗病史的患者,发生 DSS 的概率明显增高。对于此类患者,必须进行适当的术前评估,选择合适的支架,加强围手术期营养支持等处理,必要时放弃支架治疗,改行造瘘或营养管置入,临时支架也是一种可选的方案。

[参 考 文 献]

- [1] 郭金和, 朱光宇, 滕皋军, 等. 经鼻食管引流及覆膜支架置入术治疗食管-胸腔瘘[J]. 介入放射学杂志, 2007, 16: 475 - 477.
- [2] 郭晓华, 李茂全, 张 庆, 等. 食管内良恶疾患支架治疗的疗效及影响因素[J]. 介入放射学杂志, 2003, 12: 301 - 303.
- [3] 周子奎, 陈宝菊, 林长平, 等. 食管支架植入术后并发症及相关因素的探讨[J]. 介入放射学杂志, 2005, 15: 114 - 115.
- [4] 许国强, 厉有名, 陈卫星, 等. 食管支架置入术的并发症的防治[J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19: 251.
- [5] 谢宗贵. 食管支架植入术后大出血的危险因素与对策[J]. 介入放射学杂志, 2003, 12: 135 - 136.
- [6] 陈成武. 急性心肌梗死 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2005, 1: 100.
- [7] 杨仁杰, 祁 吉, 高中度, 等. 内支架姑息治疗食管癌的临床应用[J]. 中国肿瘤, 2000, 9: 416 - 418.
- [8] Scott-Mackie PL, Morgan RA, Mason R, et al. Treatment esophageal perforation with a prototype conical wallstent [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 1998, 21: 501 - 502.
- [9] Wang MQ, Sze DY, Wang ZP, et al. Delayed complications after esophageal stent placement for treatment of malignant esophageal obstructions and esophagorespiratory fistulas [J]. J Vasc Interv Radiol, 2001, 12: 465 - 474.
- [10] Kim JH, Song HY, Choi EK, et al. Temporary metallic stent placement in the treatment of refractory benign esophageal strictures: results and factors associated with outcome in 55 patients[J]. Eur Radiol, 2009, 19: 384 - 390.
- [11] 俞炬明, 范国平, 钟伟兴, 等. 暂时性食管支架成形术治疗儿童食管良性狭窄[J]. 介入放射学杂志, 2007, 16: 762 - 764.

(收稿日期:2009-09-16)

·消 息·

第六届中国肿瘤学术大会 暨第十一届肿瘤介入专业委员会年会征文通知

由中国抗癌协会、中华医学会肿瘤分会主办,国际抗癌联盟(UICC)、复旦大学协办,复旦大学附属肿瘤医院承办的第六届中国肿瘤学术大会暨第九届海峡两岸肿瘤学术会议将于 2010 年 5 月 21 日至 23 日在上海世博会期间召开,中国抗癌协会肿瘤介入专业委员会同期将于 2010 年 5 月 22 日召开第十一届年会及学术会议,该会由复旦大学附属肿瘤医院和同济大学附属第十人民医院承办,《介入放射学杂志》协办。会议注册和食宿由第六届中国肿瘤学术大会统一安排(详见附件或登陆网站)。参会者将授予国家继续教育项目 I 类学分。

征文内容:血管性和非血管性肿瘤介入诊疗(包括影像学诊断、规范化标准化诊断治疗),肿瘤介入治疗的有关基础研究,肿瘤介入病房管理和护理,循证医学与肿瘤介入,肿瘤的基因介入治疗,介入诊疗新技术的临床应用。

截稿时间:2010 年 4 月 15 日。

征文要求:①论文必须是 2010 年 3 月前未公开发表过的资料。论文要求科学性强、数据可靠、重点突出、文字简练。②请寄论文摘要(1000 字以内)一份,内容包括目的、方法、结果及结论。③稿件一律用 Word 形式投稿。④入选论文将纳入汇编,优秀论文推荐给《介入放射学杂志》发表。

联系方式:复旦大学附属肿瘤医院放射诊断科 李文涛,何新红

同济大学第十人民医院影像临床医学中心 程英升

通讯地址:上海市东安路 270 号 邮编:200032

联系电话:021-64433384 传真:021-64433384

Email:liwentao98@126.com, hxdtoct@hotmail.com

中国抗癌协会肿瘤介入专业委员会
复旦大学附属肿瘤医院
同济大学附属第十人民医院

食管支架术后支架贴壁不良综合征的初步探讨

作者：[赵剑波](#)，[曾庆乐](#)，[陈勇](#)，[何晓峰](#)，[卢伟](#)，[梅雀林](#)，[李彦豪](#)，[ZHAO Jian-bo](#)，[ZENG Qing-le](#)，[CHEN Yong](#)，[HE Xiao-feng](#)，[LU Wei](#)，[MEI Que-lin](#)，[LI Yan-hao](#)

作者单位：[广州南方医科大学南方医院介入科, 510515](#)

刊名：[介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)

英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年，卷(期)：2010，19(2)

被引用次数：0次

参考文献(11条)

1. [郭金和](#). [朱光宇](#). [滕皋军](#). [何仕诚](#). [李国昭](#) [经鼻、食管引流及覆膜支架植入术治疗食管-胸腔瘘](#) [期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2007(7)
2. [郭晓华](#). [李茂全](#). [张庆](#). [何建荣](#). [林开勤](#). [金红来](#) [食管内良恶性疾患支架治疗的疗效及影响因素](#) [期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003(4)
3. [周子奎](#). [陈宝菊](#). [林长平](#). [耿静羽](#) [食管支架植入术后并发症及相关因素的探讨](#) [期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2006(2)
4. [许国强](#). [厉有名](#). [陈卫星](#). [黄怀德](#). [王开明](#) [食管支架置入术的并发症的防治](#) [期刊论文]-[中华消化内镜杂志](#) 2002(4)
5. [谢宗贵](#) [食管支架植入后大出血的危险因素与对策](#) [期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003(2)
6. [陈成武](#) [食管支架置入致急性心肌梗塞一例](#) [期刊论文]-[中华消化内镜杂志](#) 2005(2)
7. [杨仁杰](#). [祁吉](#). [高中度](#) [内支架姑息治疗食管癌的临床应用](#) [期刊论文]-[中国肿瘤](#) 2000
8. [Scott-Mackie PL](#). [Morgan RA](#). [Mason R](#) [Treatment esophageal perforation with a prototype conical wallstent](#) 1998
9. [Wang MQ](#). [Sze DY](#). [Wang ZP](#) [Delayed complications after esophageal stent placement for treatment of malignant esophageal obstructions and esophagorespiratory fistulas](#) 2001
10. [Kim JH](#). [Song HY](#). [Choi EK](#) [Temporary metallic stent placement in the treatment of refractory benign esophageal strictures: results and factors associated with outcome in 55 patients](#) 2009
11. [俞炬明](#). [范国平](#). [钟伟兴](#). [朱铭](#) [暂时性食管支架成形术治疗儿童食管良性狭窄](#) [期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2007(11)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [许庆生](#). [董宗俊](#). [支修益](#). [刘宝东](#). [胡牧](#) [带膜网状镍钛合金支架治疗恶性病变引起的食管狭窄](#) -[中国胸心血管外科临床杂志](#) 2007, 14(1)
目的 通过使用带膜网状镍钛合金支架治疗恶性病变引起的食管狭窄, 评价该支架的临床应用价值. 方法 对38例食管狭窄患者行食管支架植入, 其中晚期食管癌引起食管狭窄23例(1例上段食管癌合并食管-气管瘘), 晚期贲门癌4例, 食管、贲门癌术后吻合口复发6例, 肺癌侵及食管4例, 纵隔淋巴结转移压迫食管1例. 全部病例均在X线电视监视下经口食管扩张后放入带膜网状镍钛合金支架, 术后全身静脉化疗并进行随访. 结果 本组无手术死亡. 38例共进行39次支架植入, 均一次性放置成功, 其中1例因肿瘤生长超过原支架上缘引起再堵塞, 而于首次支架植入2.5个月后第2次放置, 1例15cm长食管癌患者同时放置2根支架. 支架植入后静脉化疗(卡铂+5氟脲嘧啶, 共4个疗程). 随访观察35例, 26例平均生存4.5个月后死亡; 6例生存11~19个月, 平均16个月; 3例生存超过24个月. 术前1~7 d均可进食, 无严重并发症发生. 结论 带膜网状镍钛合金支架治疗恶性病变引起的食管狭窄, 可较好地改善患者的进食状况, 提高生活质量.
2. 期刊论文 [任千里](#). [纪树武](#). [陈永刚](#). [刘云龙](#). [李永](#) [应用镍钛合金支架治疗食管狭窄存在的问题\(附42例分析\)](#) -[安徽医学](#) 2003, 24(4)
目的 分析镍钛合金支架治疗食管狭窄的问题及原因. 方法 中下段食管癌29例, 贲门癌3例, 食管癌下吻合口狭窄7例, 气管癌晚期置入气管支架后侵犯食管1例, 化学性食管损伤术后吻合口狭窄1例, 贲门失迟缓症1例; X线监视下置入镍钛合金支架. 结果 8例2~10个月再次出现食管狭窄, 其中6例置入的支架为无附膜支架. 1例溃疡型食管癌患者在操作中造成了食管粘膜下损伤, 气管癌累及食管者用萨式扩张器造成了粘膜损伤, 二者术后均恢复正常. 贲门失迟缓症患者置入支架后出现反复大量出血. 结论 食管狭窄扩张及镍钛合金支架应用方便、疗效可靠, 但在操作过程中可造成粘膜或粘膜下损伤, 可导致术中、术后出血, 支架置入后可出现感觉异常, 可发生再狭窄, 良性狭窄患者, 支架应用要十分慎重.
3. 期刊论文 [宛新建](#). [李兆申](#). [许国铭](#). [孙振兴](#). [王娜](#). [吴仁培](#). [姚银珍](#) [食管金属支架治疗125例食管狭窄和食管气管瘘临床分析](#) -[胃肠病学](#) 2003, 8(6)
背景: 食管狭窄和食管气管瘘是临床常见疾病, 近年来食管金属支架逐渐成为其治疗的重要手段, 并取得了良好的疗效. 目的: 探讨食管金属支架治疗食管狭窄和食管气管瘘的临床疗效. 方法: 选择125例良恶性食管狭窄和食管气管瘘患者, 行内镜和X线检查以明确狭窄或瘘口的部位和性质. 在X线引导下置入食管金属支架, 术后密切随访观察临床疗效和并发症. 结果: 支架术后2周内, 所有患者的吞咽困难均显著改善; 食管气管瘘患者的呛咳均显著缓解, 仅5例患者进食时仍有轻微呛咳; 86例(68.8%)患者术后出现胸痛, 8例(6.4%)发生消化道出血, 4例(3.2%)出现支架移位. 术后平均随访时间为18个月. 吞咽困难的平均缓解时间为7.4个月, 27例恶性食管狭窄患者平均于术后6.4个月因肿瘤组织增生而导致再狭窄, 8例良性食管狭窄患者平均于术后12.8个月因肉芽组织增生而导致再狭窄. 38例患者有胃(或肠)食管反流表现, 大多为吻合口支架或食管下段支架. 7例患者出现支架移位. 恶性食管狭窄患者支架术后平均存活时间为11.8个月. 结论: 食管金属支架能有效治疗良恶性食管狭窄和食管气管瘘, 提高患者的生活质量. 但支架术后再狭窄、食管功能紊乱和支架移位等并发症目前仍无法避免, 且可能对支架的临床应用产生一定影响.
4. 期刊论文 [徐辉](#). [蒋明德](#). [陈宏彬](#). [李琳](#). [曾维政](#). [张勇](#). [秦建平](#). [王钊](#). [张家碧](#) [食管狭窄扩张与支架安置并发症的防治](#) -[四川医学](#) 2001, 22(12)
目的 探讨扩张与支架治疗食管狭窄术前、术中及术后处理方法, 以减少并发症的发生, 提高疗效. 方法 232例食管狭窄扩张与支架安置患者, 采用内镜复查、住院及门诊随访、电话与信件随访方式, 回顾性研究扩张与支架在治疗食管狭窄中的作用. 结果 1次性扩张62例、2次性扩张81例、3次性扩张20例、25次扩张1例. 68例安放支架者中, 66例一次性安放成功. 1例第二次安放成功, 1例安放失败. 每欠扩张平均进阶为2级, 治疗前后分级与症状改善有非常显著的差异. 治疗后, 除1例进食无明显改观, 12例仅能大口进半流质外, 其余均可正常饮食, 未发现与扩张和支架相关的严重并发症. 结论 加强术前、术中及术后处理, 有利于提高疗效, 减少并发症. 内镜下扩张与支架治疗是一种方便、安全、疗效明显、快捷、深受患者欢迎和临床医师认可的介入性治疗方法.
5. 期刊论文 [刘鹏飞](#). [夏惠治](#). [孙芳](#) [内镜直视下行食管狭窄扩张及支架安置术32例](#) -[中国内镜杂志](#) 2000, 6(6)
目的: 总结及评价内镜直视下食管扩张及内支架安置术对良恶性食管狭窄的疗效. 方法: 采用国产支架及支架推送器, 先对狭窄段实施扩张, 至局部直径10mm以上, 再应用推送器将支架送至狭窄段. 结果: 32例患者系食管狭窄或食管吻合口狭窄, 其中食管癌21例, 食管良性狭窄3例, 胃底贲门癌5例, 吻合口复发癌3例. 经扩张或/和安装支架后, 均能经口进食. 结论: 经内镜下直视进行扩张及支架安装, 由于其操作在直视下, 安全方便, 免去了X线的辐射, 改善了病人的生活质量, 疗效满意.
6. 期刊论文 [刘晓东](#). [LIU Xiao-dong](#) [经内镜扩张并置入支架治疗食管狭窄45例](#) -[河北医学](#) 2006, 12(11)
目的: 本文探讨经内镜扩张并置入支架治疗各种良、恶性疾病所致的食管狭窄. 方法: 选用欧林巴斯EVIS-240电子胃镜, 萨氏扩张器, 国产镍钛记忆合金支架, 萨氏扩张器扩张后常规置入支架. 结果: 45例入置支架病例中, 仅一例失败, 其余均解除患者吞咽困难, 提高患者生活质量. 结论: 镍钛记忆合金支架对良性、恶性食管狭窄发挥持续扩张作用, 是一种操作简单, 成功率高的治疗方法.

7. 期刊论文 [田小兰, 韩向阳, 韦红, 韩彩云, 吴克利, TIAN Xiao-Lan, HAN Xiang-Yang, WEI Hong, HAN Cai-Yun, WU Ke-li](#) [钛镍合金食管加膜支](#)

[架治疗食管狭窄及瘘17例分析 -中国内镜杂志2008, 14\(3\)](#)

目的 回顾分析MTN型形状记忆钛镍合金食管加膜支架对晚期食管癌及高位食管重度良性狭窄患者吞咽困难的治疗效果及并发症的防治. 方法 对17例晚期食管癌及高位食管重度良性狭窄吞咽困难患者, 行食管狭窄探条扩张术后, 在内镜直视下或X光监视下置入MTN型形状记忆钛镍合金食管加膜支架, 并观察其对吞咽困难的治疗效果. 结果 17例患者均顺利置放MTN型形状记忆钛镍合金食管加膜支架, 患者吞咽困难即刻得到缓解, 吞咽困难计分由治疗前的2.88分降至治疗后的1.46分($P<0.01$). 主要并发症有胸痛、胃食管反流、支架移位、食管阻塞、再狭窄等. 2例高位重度良性食管狭窄患儿支架置放时间达4、5年. 结论 MTN型形状记忆钛镍合金食管加膜支架能明显改善晚期食管癌及食管良性狭窄患者的吞咽困难, 提高生活质量, 延长其生存时间.

8. 期刊论文 [石春荣, Shi Chunrong](#) [置入自膨式支架治疗恶性食管狭窄的护理措施 -现代护理2005, 11\(14\)](#)

目的 总结治疗与护理恶性食管狭窄应用自膨式支架的效果. 方法 对36例恶性食管狭窄病人行自膨式支架置入. 结果 36例均获成功, 无严重并发症发生, 35例可进行正常饮食, 1例进半流质饮食. 结论 自膨式支架的置入为失去手术机会及术后食管腔狭窄的病人撑开了食管狭窄段, 缓解了吞咽困难, 增强了营养摄入, 提高了生活质量.

9. 期刊论文 [权晖, 李金保, 薛克, 熊玮, 孙培勤, 王亚莉, QUAN Hui, LI Jing-Bao, XU Ke, XIONG Wei, SUN Pei-Qin, WANG Ya-Li](#) [食道支架在颈段](#)

[食管狭窄中的临床应用体会 -吉林医学2010, 31\(6\)](#)

目的: 对颈段食管恶性狭窄内支架置入方法的探讨及术后临床疗效的观察. 方法: 对13例颈段食管癌患者分别置放金属支架的方法及疗效进行了回顾性分析. 结果: 其中7例未做术前CT或MRI检查的患者中, 有2例支架置放后压迫气管引起呼吸困难, 1例未能及时取出而窒息死亡; 2例置入“Z”型支架2周后食道出血, 其中1例死亡. 6例术前行CT或者MRI检查的患者, 示狭窄周围软组织有不同程度的增厚, 其中2例明显造成对气管的压迫, 此时选择柔软性支架或适当内径, 对压迫气管严重的行气管、食道支架同时置入术, 其结果显示并发症明显减少. 结论: 颈段食道狭窄支架置入, 能有效缓解病情, 提高患者生存质量. 术前病情评价、选择适宜支架及熟练操作能够有效提高食道支架治疗颈段食道狭窄的临床效果.

10. 期刊论文 [王志军, 王阳, 秦国涛](#) [一次性气囊扩张并置入支架治疗良恶性食管狭窄 -中国厂矿医学2008, 21\(3\)](#)

目的 打通狭窄或闭塞的消化道, 恢复消化道功能, 从而提高患者生活质量. 方法 首先进镜到达食管狭窄上端, 直视下将导丝插入狭窄段下方, 沿导丝送入扩张器, 进行有效地扩张, 如狭窄段长于气囊可分段扩张. 扩张完成后退出扩张器, 再插入支架释放器, 于标记处释放支架, 观察支架位置无误后退镜. 结果 20例患者均一次性置架成功, 能进普食及半流质软食. 1例食管气管瘘闭合, 无食管撕裂穿孔. 术后均有胸骨后痛, 8例较重患者用止痛药1周逐渐好转. 术后发热5例, 经抗生素及对症治疗逐渐恢复正常. 1例支架串口上缘再狭窄, 再次扩张后症状好转. 结论 全组扩张和施放支架均在直视下1次完成, 操作准确, 成功率高, 无反复进镜痛苦, 操作时间短, 能及时发现和处理并发症, 安全性高, 无X线辐射.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz201002016.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 81372f1d-1ce3-433c-86d7-9de900bf7dc2

下载时间: 2010年9月6日