

·非血管介入 Non-vascular intervention·

可回收食管覆膜支架治疗贲门失弛缓症的疗效观察

李玉伟, 张富强, 袁亮, 李云辉, 罗斌, 孙鼎强

【摘要】目的 评价国产可回收食管覆膜金属内支架治疗贲门失弛缓症的临床疗效。方法 对 16 例临床诊断为贲门失弛缓症的患者,在 DSA 监视下经口腔置入“Z”型双喇叭口覆膜金属内支架,28 d 左右进行食管造影并回收内支架。结果 16 例中 1 例于术后 2 周支架脱落入胃腔内,经取出重新放置成功;所有病例在 28 d 左右顺利取出,未出现严重并发症;随访 3 个月~3 年,2 例分别于术后 1、1.5 年出现再狭窄,经球囊扩张好转。所有患者无吞咽困难等临床症状。结论 可回收食管覆膜金属内支架治疗贲门失弛缓症,具有操作简便、安全、效果显著、并发症少、再狭窄率低等优点。

【关键词】贲门失弛缓症;支架;治疗

中图分类号:R573.7 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2010)-03-0205-03

Therapeutic evaluation of retrievable esophageal covered stent in treating achalasia LI Yu-wei, ZHANG Fu-qiang, YUAN Liang, LI Yun-hui, LUO Bin, YU Li, SUN Ding-qiang. Department of Interventional Radiology, the Affiliated Hospital of Luzhou Medical College, Luzhou, Sichuan Province 64600, China

Corresponding author: LI Yu-wei

【Abstract】Objective To evaluate the clinical effect of retrievable esophageal covered metal internal stent in treating patients with achalasia. Methods Under DSA guidance, peroral “Z-type” double horn covered metal internal stent implantation was performed in 16 patients with achalasia. Esophagography was carried out about 28 days after the procedure and the stent was retrieved. Results Of 16 cases, the stent fell off into the stomach two weeks after the operation in one. And the stent was successfully replaced after it was taken out. The placed stent was successfully retrieved in all cases 28 days after the treatment. No serious complications occurred. All the patients were followed up for 3 months to 3 years. During the follow-up period restenosis of the esophagus developed in two cases (at one and 1.5 years respectively), and the restenosis degree was relived after balloon dilation. Clinically, no esophageal symptoms, such as dysphagia, occurred in all patients. Conclusion As a simple and safe technique, the retrievable esophageal covered metal internal stent implantation is very effective with fewer complications for the treatment of achalasia. Moreover, the technique carries lower restenosis occurrence. (J Intervent Radiol, 2010, 19: 206-208)

【Key words】achalasia; stent; treatment

贲门失弛缓症(achalasia)又称贲门痉挛、巨食管,是由食管神经肌肉功能障碍所致的食管运动障碍性疾病。临床主要以无痛性吞咽困难为主要表现,早期呈间歇性发作,但可由于饮食不当或精神刺激所致,后期变为持续性发作。本病占食管疾病的 4%~7%。既往的治疗包括口服药物、内镜、手术。近年来由于介入治疗的广泛应用,球囊扩张、支架置入等应用于此症的报道逐渐增多^[1-5],也有应用

可回收覆膜金属内支架治疗的报道^[4-5]。我院近年治疗 16 例患者,取得了较好的效果,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组 16 例患者中,女 5 例,男 11 例;年龄为 28~64 岁。病史 2~23 年。所有患者依据临床症状并结合食管造影或胃镜检查确诊。其中 4 例曾经过球囊扩张治疗,后症状复发,2 例经过内镜下药物注射复发,2 例手术后 4 年复发,12 例曾经进行药物

治疗。

按照 Mellow-Pinkas 吞咽功能分级,0 级(正常饮食)0 例,1 级(可进固体饮食)0 例,2 级(可进食半流质)6 例,3 级(可进流质)7 例,4 级(完全不能进食)3 例。

1.2 方法

所有患者在 DSA 监视下,咽部喷雾局麻,经口腔送入导管、导丝进入胃腔,分别行胃腔及食管造影,明确狭窄的范围、程度,确定选用支架的型号(大小、长度)。对于严重狭窄的患者进行球囊预扩张,球囊直径由小到大(最大直径 20 mm)逐渐扩张。狭窄较轻者,直接经导丝送入支架推送系统(江苏淮安西格玛医学科技有限公司生产 CZES-Ⅲ型),定位准确后,缓慢释放 4 节 Z 型双喇叭自膨式覆膜金属防反流、防滑脱内支架,长度 80 ~ 100 mm,直径 18 ~ 20 mm,喇叭口直径 22 ~ 24 mm,使支架远端 1 节段(2 cm)位于胃腔内,1 节段位于狭窄处,2 节段位于狭窄段以上。术后再次造影了解食管通畅情况及支架位置、膨胀情况。术后禁食、禁水 6 h,后改为流质饮食,24 h 后进半流质无渣饮食,给予抗炎、制酸、对症治疗。术后 28 d 左右再次造影;在 DSA 监视下,利用金属内支架回收系统(含回收钢丝及导管),缓慢将内支架取出体外,造影观察食管

通畅情况。

2 结果

2.1 手术情况

16 例患者 15 例支架放置 1 次性成功,其中 1 例于术后 2 周支架脱落胃腔内,经取出重新放置成功。所有病例的内支架在术后 28 d 左右顺利取出,未出现严重的并发症。

2.2 梗阻解除情况

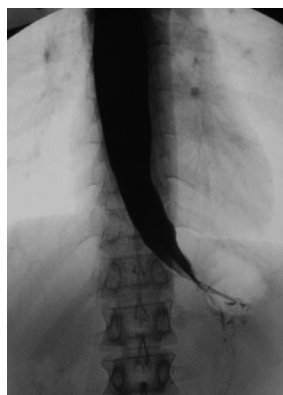
本组病例支架置入后,吞咽困难明显好转,由术前的 2 ~ 4 级改善为 0 ~ 1 级左右,其中 12 例改善为 0 级,4 例改善为 1 级;全部病例均达到了解决食管梗阻的目的,放置支架后食管造影支架直径均达到 1.5 ~ 2.0 cm(见表 1)。

表 1 支架放置术前后临床观察 (例)

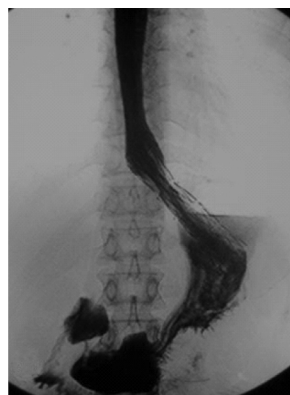
时间	吞咽困难				
	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
术前	0	0	6	7	3
术后 3 d	12	4	0	0	0
术后 4 周	12	4	0	0	0

2.3 随访情况

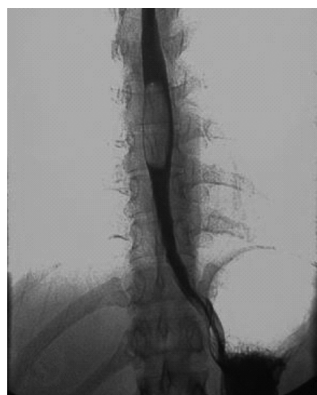
本组病例随访 3 个月 ~ 3 年,2 例于术后 1 年、1.5 年出现再狭窄,经球囊扩张后好转,所有病例未再出现明显的吞咽困难等症状(见图 1)。



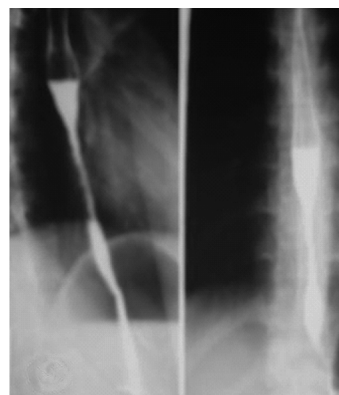
a 支架置入前造影



b 支架置入后造影



c 支架取出后 3 个月造影



d 支架取出后 3 年造影

图 1 贲门失弛缓症支架置入前后

2.4 并发症

本组病例术后有 14 例患者诉胸骨后疼痛及异物感,部分患者疼痛较剧烈,给予镇痛、抑酸 3 ~ 5 d 逐渐缓解。无一例出现穿孔、出血等严重并发症。

3 讨论

贲门失弛缓症是食管神经肌肉功能障碍所致的食管运动障碍性疾病,其运动障碍是食管胆碱能神经支配缺陷所致,基本损伤为食管壁内肌间神经丛

即 Auerbach 神经节细胞和迷走神经运动核细胞变性引起。食管测压是标准的诊断方法,正确的诊断应根据临床症状和食管造影。由于原因没有完全明确,治疗是一种对症性方法,目的是降低食管的压力,促进排空、缓解症状,由于耐受性及不良反应原因,远期效果仍不完全令人满意。外科手术虽然较好,但手术创伤大,费用较高,而且术后瘢痕狭窄失败也是不容忽视的一种并发症,本组 2 例即为术后狭窄所致。而且术后易引起反流性食管炎及消化性

溃疡^[6]。最新资料表明球囊扩张成功率为 78%, 妇女及老年人最合适, 腔镜切开术的成功率是 85%, 但后遗症是反酸; 特别年轻的男性适合于外科切开(末期的如巨食管切开), 肉毒毒素注射适于老年尤其是有合并疾病的患者^[7]。球囊扩张虽然效果较好, 但由于应用治疗该病的球囊往往直径较大(一般需要 3 ~ 4 cm), 术后患者痛苦大, 易发生食管破裂、穿孔、大出血等^[8]。球囊扩张往往需要多次治疗才能取得较好的效果。

本组病例应用可回收“Z”型双喇叭防反流、防滑脱覆膜金属内支架置入治疗, 远期有效率为(14/16)87.5%。早期并发症主要为疼痛, 本组 1 例支架术后脱落, 重新放置成功, 所有病例未出现严重并发症。作者认为可回收“Z”型双喇叭防反流、防滑脱覆膜金属内支架具有以下优点: ①并发症少。②置入术后支架缓慢持续扩张, 患者耐受性较好, 不易引起严重并发症, 如出血、穿孔等。③防滑脱支架壁上有金属丝, 可刺入食管壁肌层内, 防止因食管收缩蠕动所致支架滑脱; 同时也减少了支架可回收线给患者带来的生活不便。④利用支架可回收装置回收支架成功率高。

由于贲门失弛缓症病变的解剖部位比较特殊, 操作过程中应注意: ①支架进入胃腔不能太长, 1 ~ 1.5 节(2 cm)左右为宜, 过长易引起胃底部黏膜损伤, 术后上腹部疼痛可能较明显, 并可并发胃炎或溃疡。②如果术前狭窄程度太重, 在应用球囊扩张时, 球囊直径 1.5 ~ 2 cm 即可, 直径太大易引起食管破裂穿孔、出血等危险, 并且易造成支架脱落。

支架放置时间为 28 d 左右, 其中有 2 例于术后 1 年、1.5 年复发再狭窄, 复发率为 12.5%。有文献报道支架留置时间为 18 d^[9], 也有文献报道支架留置时间 2 ~ 3 周^[2], 还有文献报道支架留置时间 1 ~ 2 个月^[4]。至于支架留置最佳时间长短还有待于进一步探讨。本组病例留置时间为 28 d 左右, 取得满意效果。作者认为留置时间不能太短, 也不能太长; 太短达不到扩张食管狭窄的目的, 太长易导致支架端口处食管黏膜长期磨损而形成环状瘢痕狭窄, 故留置时间以 3 ~ 4 周较适宜。覆膜金属内支架的长度

及直径应适宜, 直径太小(< 20 mm)不能达到扩张撕裂括约肌的目的, 且易滑脱, 术后易复发再狭窄; 支架直径太大(> 30 mm), 术后疼痛较剧烈; 同时可造成食管腔内张力增加, 而引起食管壁的血供障碍。本组采用(直径 20 mm, 长度 80 ~ 100 mm, 喇叭口直径 22 ~ 24 mm)4 节“Z”型双喇叭自膨式覆膜防反流、防滑脱金属内支架进行治疗, 减少了支架滑脱、反流性食管炎、术后剧痛及术后复发再狭窄的机率, 取得了较满意的结果。

应用可回收“Z”型双喇叭防反流、防滑脱覆膜金属内支架置入治疗食管贲门失弛缓症对于年龄偏大尤其合并其他疾病的、女性患者、不愿手术的患者, 具有创伤小、操作简便、安全、效果显著、并发症少、再狭窄率低等优点。

[参考文献]

- [1] 郑芝田. 胃肠病学[M]. 第 3 版, 北京: 人民卫生出版社, 2000: 146.
- [2] 高 革, 曹建彪, 李恕军, 等. 食管支架置入治疗贲门失弛缓症防止支架移位和滑脱的方法[J]. 临床误诊误治, 2009, 2, 22: 23.
- [3] 刘宗良, 薛育政, 张萍芳, 等. 被膜食管支架治疗贲门失弛缓症的临床研究[J]. 中华消化杂志, 2007, 9, 27: 636 - 637.
- [4] 孔庆印, 张春梅, 姜开通, 等. 可回收防返流食管支架治疗贲门失弛缓症 18 例临床观察[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 8, 23: 290 - 291.
- [5] 程英开, 李明华, 杨仁杰, 等. 不同直径暂时性贲门支架成形术治疗贲门失弛缓症的远期随访[J]. 介入放射学杂志, 2006, 11, 15: 673 - 675.
- [6] 汤绍军, 罗和生, 于皆平. 肉毒碱注射治疗食管贲门失弛缓症[J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 08, 17: 375 - 376.
- [7] Richte J E. Update on the management of achalasia: balloons, surgery and drugs[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2008, 435 - 436.
- [8] 陈 曦. 肉毒杆菌毒素联合球囊扩张与食管支架治疗贲门失弛缓症的中长期疗效比较[J]. 华中医杂志, 2008, 32: 365 - 366.
- [9] 胡大勇, 王春芳, 廖 磊, 等. 可回收食管加膜支架治疗食道贲门失弛缓症疗效观察[J]. 西南军医, 2007, 06, 9: 72.

(收稿日期: 2009-05-25)

可回收食管覆膜支架治疗贲门失弛缓症的疗效观察

作者: [李玉伟](#), [张富强](#), [袁亮](#), [李云辉](#), [罗斌](#), [孙鼎强](#), [SUN Ding-qiang](#), [LI Yu-wei](#), [ZHANG Fu-qiang](#), [YUAN Liang](#), [LI Yun-hui](#), [LUO Bin](#), [YU Li](#), [SUN Ding-qiang](#)

作者单位: [李玉伟,张富强,袁亮,李云辉,罗斌,孙鼎强,LI Yu-wei,ZHANG Fu-qiang,YUAN Liang,LI Yun-hui,LUO Bin,YU Li\(四川泸州医学院附属医院介入科,656000\)](#), [SUN Ding-qiang,SUN Ding-qiang\(Department of Interventional Radiology,the Affiliated Hospital of Luzhou Medical Coolege,Luzhou,Sichuan Province 64600,China\)](#)

刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)

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

年, 卷(期): 2010, 19(3)

被引用次数: 0次

参考文献(9条)

1. [郑芝田](#) [胃肠病学](#) 2000
2. [高革](#), [曹建彪](#), [李恕军](#) [食管支架置入治疗贲门失弛缓症防止支架移位和滑脱的方法](#) 2009
3. [刘宗良](#), [薛育政](#), [张萍芳](#), [戴泓](#) [被膜食管支架治疗贲门失弛缓症的临床研究](#)[期刊论文]-[中华消化杂志](#) 2007(9)
4. [孔庆印](#), [张春梅](#), [姜开通](#), [黄传兰](#), [曾宪忠](#), [鲁临](#), [吉布席](#) [可回收防反流食管支架治疗贲门失弛缓症18例临床观察](#)[期刊论文]-[中华消化内镜杂志](#) 2006(4)
5. [程英升](#), [李明华](#), [杨仁杰](#), [陈维雄](#), [陈尼维](#), [庄奇新](#), [尚克中](#) [不同直径暂时性贲门支架成形术治疗贲门失弛缓症的远期随访](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2006(11)
6. [汤绍辉](#), [罗和生](#), [于皆平](#) [肉毒碱注射治疗食管贲门失弛缓症](#)[期刊论文]-[中华消化内镜杂志](#) 2000(6)
7. [Richtey JE](#) [Update on the management of achalasia:balloons,surgery and drugs](#) 2008
8. [陈曦](#) [肉毒杆菌毒素联合球囊扩张与食管支架治疗贲门失弛缓症的中长期疗效比较](#)[期刊论文]-[华中医杂志](#) 2008(5)
9. [胡大勇](#), [王春芳](#), [廖磊](#) [可回收食管加膜支架治疗食道贲门失弛缓症疗效观察](#) 2007

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [程英升](#), [李明华](#), [杨仁杰](#), [陈维雄](#), [陈尼维](#), [庄奇新](#), [尚克中](#), [CHENG Ying-sheng](#), [LI Ming-hua](#), [YANG Ren-jie](#), [CHEN Wei-xiong](#), [CHEN Ni-wei](#), [ZHUANG Qi-xing](#), [SHANG Ke-zhong](#) [不同直径暂时性贲门支架成形术治疗贲门失弛缓症的远期随访 -介入放射学杂志](#)2006, 15(11)
目的 通过长期随访研究探讨不同直径暂时性贲门支架成形术治疗贲门失弛缓症远期疗效. 方法 135例贲门失弛缓症患者根据暂时性贲门支架直径分为3组, 其中20 mm组(A组)30例; 25mm组(B组)30例; 30 mm组(C组)75例. 135例贲门失弛缓症患者中放置135枚暂时性贲门支架. 支架放置后3~5 d, 采用内镜取出. 所有支架安放和取出成功率100%, 无操作死亡. 结果 3组介入治疗前后贲门管腔直径、吞咽困难评分差异都有显著性(P<0. 01). A组随访半年、1、3、5、8和10年以上患者吞咽困难复发率分别为6/30(20. 0%)、6/30(20. 0%)、5/22(22. 7%)、6/16(37. 5%)、5/9和3/3; B组随访大于等于半年、1、3、5、8年和10年以上患者吞咽困难复发率分别为4/30(13. 3%)、4/30(13. 3%)、3/23(13. 0%)、4/18(22. 2%)、5/11(45. 5%)和3/4; C组随访大于等于半年、1、3、5、8年和10年以上患者吞咽困难复发率分别为0/75(0%)、1/66(1. 5%)、4/48(8. 3%)、6/33(18. 2%)、6/18(33. 3%)和2/5. 结论 30 mm直径作暂时性贲门支架成形术是贲门失弛缓症暂时性支架成形术中的最佳选择.
2. 期刊论文 [胡大勇](#), [王春芳](#), [廖磊](#), [张晓艳](#) [可回收食管加膜支架治疗食道贲门失弛缓症疗效观察 -西南军医](#)2007, 9(3)
目的 探讨国产可回收防反流食管加膜支架治疗食道贲门失弛缓症的疗效及可行性. 方法 对9例食管贲门失弛缓症患者, 在电子胃镜引导下置入可回收食道加膜支架, 18天后取出支架并且复查胃镜及钡餐. 结果 全部病例支架置入一次成功, 术后均不同程度感胸骨后疼痛, 能忍受, 用止痛药能缓解. 无1例支架移位, 所有病例均于术后18天顺利取出支架, 无咽下困难. 复查胃镜通过无明显阻力, 食道钡餐示狭窄均有改善. 术后3个月、6个月、9个月、18个月电话随访, 均未出现咽下困难. 结论 食管加膜支架置入后作用于食道的扩张力均匀, 持久, 不易引起食管破裂, 该手术安全、简便, 且国产支架费用相对低廉, 易在临床推广使用.
3. 期刊论文 [向述天](#), [李占峰](#), [刀永功](#), [贾立中](#), [胡正琴](#) [可回收自膨防返流覆膜食道支架治疗食道贲门失弛缓症 -医学信息\(手术学分册\)](#) 2007, 20(6)
目的 探讨国产可回收自膨防返流覆膜食道支架在治疗食道贲门失弛缓症的临床应用. 方法 支架为南京微创医学科技有限公司产MTN-S型形状记忆镍钛合金可回收自膨防返流覆膜杯口球头食道支架, 规格80/20 mm(长度/直径), 交替导丝, 超硬导丝, 导管, 支架回收器. 23例患者, 钡餐确诊, 最大年龄64岁, 最小15岁, 男性19人, 女性4人. 病程最长29年, 最短12个月. 狭窄程度1. 0~5. 0 mm. 在电视透视下, 将导丝置入胃内(较困难者在胃镜帮助下置入导丝), 沿导丝将置入器缓慢送入, 支架远端置于胃内, 近端在狭窄上方, 开始释放, 取出导丝和置入器, 将回收线拉紧经鼻腔固定于耳廓上. 两周时取出并复查钡餐. 结果 全部病例支架置入一次成功, 术后感胸骨后钝痛, 持续5~7 d, 用止痛药能缓解. 有1例术后3 d支架移入狭窄上方食道内, 有2例分别于术后7 d和12 d滑入胃内, 取出支架后重新置入. 有 1例患者术后1 h出现恶心呕吐、疼痛性休克, 经抢救无生命危险. 所有病例两周时能顺利取出支架, 未出现支架嵌顿现象, 食道钡餐示狭窄有不同程度开放, 达到15 mm左右, 解除了咽下困难. 术后3个月、6个月、12个月钡餐或电话随访, 最长者达43个月仍未出现咽下困难. 结论 支架扩张是随着支架进入体内后温度逐渐升高而扩张, 作用于食道四周的力量均匀, 疼痛轻微, 不易引起食道破裂和出血, 取出支架容易. 该手术安全、简便、禁忌证少, 由于国产支架大幅降低了费用, 值得推广应用.
4. 期刊论文 [余永忠](#), [赵卫](#), [向述天](#), [全凌峰](#), [谢建功](#), [陈书扬](#), [史文元](#) [暂时性食道覆膜防返流支架治疗贲门失弛缓症 -湘南学院学报\(医学版\)](#) 2006, 8(1)
目的探讨暂时性食道覆膜防返流支架治疗食道贲门失弛缓症的应用. 方法选择32例贲门失弛缓症患者进行支架治疗. 在电透下, 将导丝置入胃内, 沿导丝将置入器缓慢送入, 缓慢释放后, 取出导丝和置入器, 将回收线拉紧经鼻腔固定于耳廓上. 两周时取出支架并复查钡餐. 结果全部手术一次成功, 术后有不同程度胸骨后钝痛, 持续5~7天, 用止痛药能缓解, 两周时取出支架顺利, 食道钡餐示狭窄有不同程度开放, 达到10~15mm以上, 术后3月、6月、12月随访, 最长者达36月. 结论暂时性食道支架治疗贲门失弛缓症有效、安全、简便、并发症少, 不住院即可手术, 值得推广应用.
5. 期刊论文 [陈兵](#), [马生福](#), [张川](#) [贲门失弛缓症的介入治疗 -宁夏医学院学报](#)2002, 24(2)
为探讨贲门失弛缓症经导管气囊及支架治疗的疗效, 分析了22例贲门失弛缓症的病人在X线监视下介入治疗效果. 其中8例行单纯气囊扩张, 14例置入支架, 结果全部病人症状均得以缓解, 有愈?00%. 本组研究表明, 由于贲门失弛缓症易复发, 因此对该症单纯行气囊扩张治疗是不够的, 支架置入对于避免再狭窄较为有效. 行
6. 期刊论文 [梁新梅](#), [程英升](#), [LIANG Xin-mei](#), [CHENG Ying-sheng](#) [贲门失弛缓症介入治疗进展 -介入放射学杂志](#)2008, 17(6)
贲门失弛缓症是一种原发性食管运动障碍疾病, 由下食管括约肌(LES)张力增高及松弛不良造成, 主要表现为吞咽障碍, 其发病机制目前尚不明确. 各种治疗方法的均为降低LES的紧张性和阻滞性以缓解症状. 目前治疗贲门失弛缓症的方法有药物治疗、肉毒毒素治疗、外科肌松解术、球囊导管成形术和贲门支架成形术. 暂时性贲门支架成形术, 是近年来使用的新介入治疗法, 具有较好的优势和疗效, 将成为治疗贲门失弛缓症的首选微创疗法.

7. 期刊论文 [陈尼维. 程英升. 陈维雄. 孙群. 金勇. 陈玮. 暂时性金属内支架治疗贲门失弛缓症对食管动力的影响 -介入放射学杂志2003, 12\(2\)](#)
目的探讨暂时性金属内支架治疗贲门失弛缓症对食管动力的影响. 方法 29例贲门失弛缓症患者在X线透视下置入国产可扩张带膜金属内支架, 术后3~7d由胃镜取出. 治疗前后均测定下食管括约肌(lower esophageal sphincter LES)静息压、松弛率及食管内24h pH监测. 12名健康人测定LES静息压、松弛率. 结果支架扩张前LES静息压显著高于扩张后;扩张前LES松弛率显著高于扩张后;扩张后LES静息压和松弛率与健康人相比差异无显著性. 扩张后胃食管反流(GER)率显著高于扩张前. 结论暂时性金属内支架扩张术能显著降低贲门失弛缓症患者的LES压力, 但GER也显著增加.
8. 期刊论文 [张海燕. 吴萍. 吕亚丽. 吴明波. 石荣侠. 可回收防反流支架治疗贲门失弛缓症的疗效观察 -中国综合临床2010, 26\(7\)](#)
目的 探讨可回收防反流食管支架对贲门失弛缓症的治疗作用. 方法 17例贲门失弛缓症患者, 经胃镜置入可回收防反流食管支架后, 观察症状、体征并进行胃镜检查及钡餐检查, 观察贲门部通畅情况及有无胃食管反流, 术后1~3个月回收支架. 结果 17例患者支架置入成功, 贲门部开通良好. 放置1个月3例, 2个月10例, 3个月4例, 均顺利取出. 随访6~18个月, 食管仍保持通畅. 结论 可回收防反流食管支架治疗贲门失弛缓症具有操作简便、并发症少、回收方便、疗效确切等优点.
9. 期刊论文 [丁静. 丁霞芬. 陈莉. 经内镜置放特制可回收支架治疗贲门失弛缓症的配合与护理 -内蒙古中医药2009, 28\(16\)](#)
目的:探讨特制可回收支架置入治疗贲门失弛缓症的配合与护理措施. 方法:经内镜置入特制可回收支架代替传统的球囊扩张法治疗贲门失弛缓症, 从术前、术中、术后等方面探讨可回收支架置入治疗贲门失弛缓症的配合与护理措施. 结果:所有患者均顺利完成支架置入术, 均未出现出血、穿孔、疼痛、支架滑脱等并发症. 结论:经内镜置入特制可回收支架代替传统的球囊扩张法治疗贲门失弛缓症具有手术时间短、并发症少、患者痛苦少等优. 最, 是治疗贲门失弛缓症的新技术.
10. 期刊论文 [王志纯. 张德昌. 马贵. 李世红. 李士建. 舒卒. 艾书跃. 贲门失弛缓症腔内支架术的应用价值 -临床军医杂志2004, 32\(1\)](#)
目的探讨腔内支架术在治疗贲门失弛缓症中的应用价值. 方法对因贲门失弛缓症的患者进行腔内支架术的病例进行了回顾分析. 患者共8例, 使用2种支架材料, 其中不锈钢支架2根、镍钛合金支架6根. 支架均经胃镜在X线电视下植入. 结果置放支架均一次成功, 解除了患者进食困难, 经1~5年不等的随访, 5例出现返流性食管炎(其中3例发生不同程度的上消化道出血). 1例植入支架腔内再狭窄. 结论腔内支架术治疗贲门失弛缓症能疏通患者进食通道, 改善患者进食能力, 由于失去正常贲门功能, 患者出现不同程度的返流性食管炎, 甚至消化道出血, 贲门失弛缓症的患者应慎用腔内支架术.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz201003011.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: bdfedfab-0f7c-41b3-8e9a-9de900bc3a84

下载时间: 2010年9月6日