

## 自膨式食管内支架结合动脉灌注治疗食管癌

王慧民 沈 阳 杜向东 白由亮 罗 谊 张青田

由食管癌引起的食管狭窄伴发吞咽困难的患者,一经确诊有 80% 已不能手术,预后差。对不能手术的患者保守治疗收效不大。我院自 1996 年 3 月以来对 12 例食管癌的患者行内支架置入术并结合动脉灌注治疗,治疗效果明显,现报告如下。

### 资料与方法

#### 一、临床资料

12 例患者中男 10 例、女 2 例,年龄 52 ~ 78 岁,平均 64 岁。全部病例均经食管钡餐检查确诊后经内窥镜检查,并经组织学的证实。12 例患者中有 11 例为食管中上段晚期食管癌,已不能手术的患者。1 例为食管中下段食管癌术后复发的患者。

#### 二、器材

直型超硬导引钢丝 0.088 ~ 260、国产自膨式带硅酮被膜无焊接点内支架、食管支架输送器、进口食管气囊扩张导管(气囊直径分别为 10mm、14mm、18mm)。超滑导引钢丝、支气管导管。

#### 三、方法

术前准备:常规检查心肺功能,食管钡餐检查定位,确定病变长度选择支架,一般支架长度至少要长于病变长度 2 ~ 3cm。术前 6 小时禁食水,术前 20 分钟肌肉注射阿托品 10mg,以减少口腔及消化道分泌,肌肉注射安定 5mg 使患者保持镇静。

主要步骤:患者右侧卧或左斜卧位,表面喷雾麻醉后,在 X 线电视监视下经口腔置入导丝至胃内,注意导丝我们称之为“生命线”,操作中

不要将其拉出。然后用食管气囊导管沿导丝置入病变部位进行扩张。注意此时易发生术中出血,先用直径 10mm 的导管扩张后再用 14mm、18mm 的导管扩张。扩张完毕后体表定位。将支架装入输送器后沿导丝送入至病变部位,支架定位后用输送器推入支架,退出输送器后用 18mm 食管气囊导管将支架扩至 15mm 后退出导管、导丝,支架安装完毕。本组有 9 例患者在内支架置入术后行动脉灌注介入治疗。置入术后 15 天行食管癌动脉灌注术,术中行 DSA 造影确定肿瘤部位及大小,给与卡铂、白介素、5-Fu 和吡柔比星等药物灌注。一月后行第二次动脉灌注术,术中再行 DSA 造影显示肿瘤缩小。

### 结 果

12 例患者成功置入 14 个内支架,操作过程顺利,术中都有少量出血,内支架置入后,当时吞咽困难症状解除,可进普食。随后行介入治疗的效果明显。术后两个月随访患者体重增加,身体状况明显好转。置入术后患者都伴有胸骨后疼痛,一般 7 天内自行消失。术后发生梗阻 2 例,一为食物嵌塞、一为肿瘤梗阻。经随访 9 例健在,3 例死亡,2 例死于肿瘤转移,1 例死于术后穿孔感染。

### 讨 论

食管癌引起食管狭窄并吞咽困难表示已到晚期,外科手术机会不大,成功率极低,保守疗法效果不佳。采用外放射疗法效果较好,但范围广范,溃疡形成和食管支气管瘘等适应放疗

的病例不多。而食管内支架支撑术应用范围广泛,适应于各种原因造成的食管狭窄的患者,患者术后即可以解除吞咽困难,营养及身体状况得以改善。术后随访体重明显增加者 9 例,身体状况良好。这样给我们的后期治疗提供了好的条件。我们采用内支架置入术后介入治疗的方法,治疗效果明显。但应注意食管内支架置入术有很多并发症,其中包括出血、穿孔、胸骨后痛、压迫坏死、支架移位、梗阻和返流。现主要对本组出现的并发症进行讨论:

(一)、胸骨后痛 术后多数患者出现轻微的胸痛,一般在 7 天内自行缓解,不作特殊处理。2 例胸痛明显,给予抗炎、止血和止痛药,12 天后疼痛消失。

(二)、出血 常规术前的术后应给予止血药,防止术中或术后出血。一般术中扩张患处时都可有少量出血,术后给予抗炎和止血药多无再出血。术后出血 1 例,伴有剧烈胸痛,吐出鲜红色血约 50ml,黑便 5 天,给予抗炎、止血和止痛药,治疗观察 20 天后出院。

(三)、穿孔 1 例,女、66 岁,中段食管癌晚期,术前身体状况差精神欠佳。术中内支架安装顺利,术后 3 天患者剧烈胸腹部疼痛、板状腹、高热,术后 7 天死亡。尸体解剖见胸腔、腹腔

大量脓液,支架支撑部位未见穿孔,而在贲门处肿瘤转移,侵犯膈肌,有一约 3mm 的穿孔。这里提醒大家食管癌除肿瘤外有食管其它部位的穿孔。

(四)、支架移位 是并发症中较常见的一种,因支架装入后前 3 天还未完全张开,因患者咳嗽、吞咽食物时不注意,支架向上或向下有移位,但多不超过 0.5cm,本组未发现移位超过 1cm 的病例。

(五)、阻塞 其原因是由食物嵌塞和癌组织侵入造成。食物嵌塞 1 例,术后 12 天内发生两次,经疏通后梗阻消失。癌组织侵入 1 例,男、67 岁,支架置入后第 25 天发生梗阻,经内窥镜检查示癌组织阻塞支架下口,二次置入内架后症状消失。9 个月后再发生阻塞,经查为癌组织再次阻塞内支架下口,第三次置入内支架后症状消失。此病例给我们说明食管内支架可以多次按放连接使用。

食管癌在我国是常见癌症之一,发病率较高。多数患者和偏远地区的患者一经发现已失去了手术机会,保守治疗的效果差。采用食管内支架支撑可以改善患者的身体状况,增强身体素质 and 免疫能力,给后期的化疗的介入治疗提供了好的条件。明显地延长了患者的生命。

## 肠恶性组织细胞病大出血介入治疗一例

杜茂钦 雷松年 张文伟 周晓轩

患者男性,32 岁,反复右下腹痛,粘液便半年,出现胸腹壁皮下结节 3 个月,发热伴咳嗽 20 天,血便一次,量约 500ml,1996 年 1 月 18 日入院。入院后经临床病理检查,确诊为肠恶性组织细胞病。治疗过程中,于 1996 年 3 月 1 日突然解出暗红色大便,一天达 10 余次,便血量 3000 多 ml,内科给予静脉滴注脑垂体后叶素及立止血,输血等治疗。至 3 月 2 日上午,仍血便不止,已达 20 多次,便血量达 5000 余 ml,体格检查:一般情况差,面色苍白,血压 68/40mmHg 呼吸 30 次/分、脉搏 112 次/分。实验室检查:血红蛋白 60G/L,血小板 30 万/cmm~PT15 秒,60%,当天下午 1 时 30 分,在严密监护下行急诊介入手术。采用 Seldinger 穿刺技术,成功后插入 RH5F 导管至肠膜上动脉,肠系膜上动脉造影 DSA 显示:肠系膜上动脉空肠支小动脉出血,空肠腔内见多量造影剂

渗出。遂将导管头端置于该动脉之分支部,以二分之一片明胶海绵,剪成 1mm×2mm 大小之颗粒,进行栓塞。然后将导管退出至肠系膜上动脉开口部,用加压器 15u 加 5% G.S 60ml,以 0.3u/min 速率,用微泵经导管进行灌注。灌注完毕,再将导管插入出血动脉开口部,以手推造影剂 76% 泛影葡胺 10ml,见原肠腔内造影剂无增多。术中患者情况稳定,未出现不良反应。

术后当晚,患者解浅红色大便二次,总量 300ml 左右。次日未解大便。术后第三天大便颜色呈黄色,隐血试验(-)。提示肠道出血已停止。3 月 16 日 6 时许,患者又出现暗红色血便,约 7~8 次,总量 3500ml 左右,常规实验室检查后,于当天下午 2 时,再次急诊介入治疗,术中采用第一次同样方法,达到止血目的。3 月 22 日患者终因全身衰竭而死亡。

作者单位:323000 浙江丽水地区医院放射科