

被覆内支架治疗各种食管瘘 ——附 11 例分析

余成凡 殷世武 刘龙惠 王碧秦 周 珊

摘要:目的:评价金属被覆内支架治疗不同原因的食管瘘的效果。材料和方法:11例患者,均经口操作,先用球囊导管对狭窄段进行扩张,后置入国产金属Z型被覆内支架(共12枚)。结果:内支架全部置入成功,术后患者狭窄得到改善,各种食管瘘完全封闭。结论:被覆内支架是治疗各种食管瘘的安全有效的非手术方法,可明显改善患者的生存质量。

关键词:被覆内支架 治疗 食管瘘

Treatment of all kinds of esophageal fistula with covered stent ——Attaching with 11 cases analysis

Yu Chengfan, Yin Shiwu, Liu Longhui, et al. Research room of interventional radiology of No2 people's hospital of Hefei

ABSTRACT: Purpose: To evaluate the effect of metallic covered stent in the treatment of various esophageal fistula. Materials and Methods: 11 patients with esophageal fistula, 10 males and 1 female aged from 49 to 74, were treated by metallic covered stent. After the stenotic portions were dilated with balloon catheter, 12 Z-stents were placed in 11 patients respectively. Results: All covered stents were successfully placed, with completely sealed of all the esophageal fistula. Patients could eat easily after the procedure. Conclusion: Covered stent is effective for treating esophageal fistula, and can improve the life quality of patients significantly.

Key Words: Covered inner—stent Treatment Esophageal fistula

临床上导致各种食管瘘的常见病因有三:一是食管癌肿的自身侵犯,常见食管气管瘘;二是食管癌肿手术的并发症之一,即吻合口瘘;三是食管癌肿放疗所引起的瘘。目前不管是哪种因素所造成的瘘都是临床遇到的最棘手的治疗问题,也往往是导致患者死亡的主要原因之一(有的死亡率高达50%)^[1-4]。然而随着介入放射学的发展和内支架的研究开发,给上述患者带来福音。国外学者Cwikielw和Strecker分别于1995年和1996年报道被覆支架可完全闭塞食管气管瘘^[5,6],国内杨仁杰等也于1995年先

后报道了用被覆支架治疗食管气管瘘获得满意疗效^[7]。我院近几个月来对遇到11例各种食管瘘患者进行被覆内支架置入术,结果均获得成功,现报道如下。

材料和方法

一、一般临床资料

11例患者,男10例,女1例,年龄为49~74岁。11例中食管气管瘘9例,食管心包瘘1例,食管胃吻合口外瘘1例。究其原因3例为自

作者单位:230011 合肥市第二人民医院介入放射研究室

身癌肿侵犯破溃,7 例为癌肿放疗后出现,1 例为手术吻合口瘘。上述同时具有不同程度和长度的狭窄段和相应临床症状,均经 X 线造影证实。

二、内支架置入方法

选用国产西格玛 CES 覆以硅橡胶膜的“Z”型不锈钢丝食管内支架,两端呈喇叭口状,外侧面有两排单向倒刺防止下滑,并选用配套的一次性的支架输送器。

术前肌注 654-2 10~20mg,先口服泛影葡胺或少许稀硫酸钡造影,明确瘘口位置和狭窄长度,以作定位和选择支架的类型(长度与内径),然后对口咽部进行 2、3 次的喷雾局麻,在透视下将导丝送入至胃内,用球囊扩张导管狭窄段逐步扩张至 12~14mm 左右,留置导丝,后在导丝引导下送入支架输送器(内置被覆金属支架),在 X 线电视下确定支架位置合适后,释放支架入食管。用上述同样方法造影摄片。

结 果

11 例患者均一次放置成功,并在术后即能进食流质,2~3 天后支架完全展开后,逐步过渡到普食,并不再出现呛咳和外瘘现象(图 1、2)。

临床症状和患者精神状态明显改善,有一例术后第三天因剧烈呕吐致支架上移又出现轻度外瘘,随用支架回收器取出重新放置而不再出现外瘘,短期内 11 例患者体质明显增强。

支架置入后几乎所有患者均出现轻微隐痛或不适感,部分出现恶心、呕吐,少数部位较高者有异物感,给予镇痛、止吐等对症处理,一般在 3~4 天后逐步适应,或症状消失;另外大部分患者在行食管扩张时有少量出血,表现为术中血性分泌物吐出和在扩张管外壁的粘附,一般不作处理,术中和术后可口服配置的去甲肾上腺素盐水,以减少或避免再出血。另外术后可用抗生素 3~5 天以防止感染。

讨 论

一、被覆食管内支架除具有置入方便,对狭窄部位起扩张并防止肿瘤、肉芽组织向支架内生长等作用外,同时具有对食管各种瘘口起到完全的封闭功能。我们收治的 11 例食管气管瘘、食管心包瘘、吻合口瘘均起到十分满意疗效,尤其对失去手术机会的晚期癌肿或癌肿放疗后或二次手术风险特大病例均为临床治疗的棘手问题,而

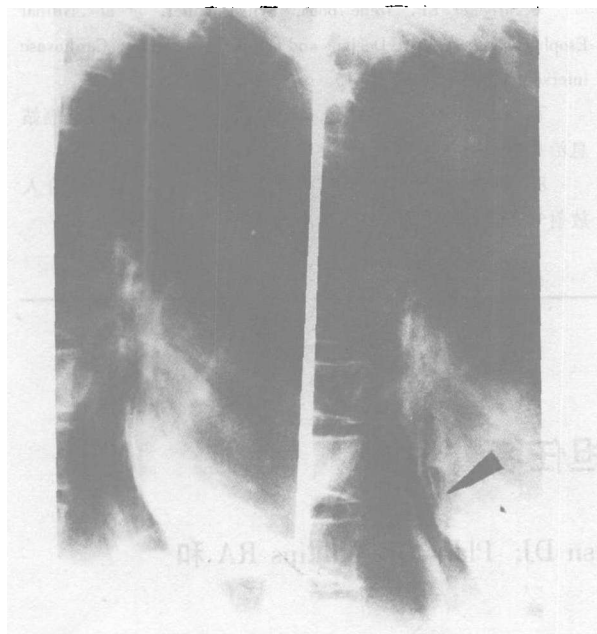


图 1 食管癌放疗术后食管心包瘘。口服泛影葡胺食管造影。见部分造影剂沿瘘口流入心包腔(箭头所示)

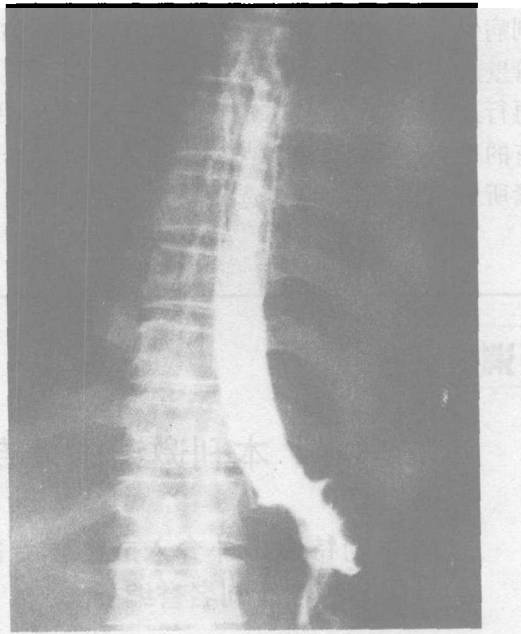


图 2 与图 1 同一病例,食管支架置入后造影见造影剂沿支架内顺利进入胃腔,无造影剂外漏

被覆支架的置入是当前治疗这些病例的最佳选择,值得推广与应用。

二、各种食管瘘绝大部分为病理性所致,而其它原因引起(自发性)的破裂则极为少见,故均有不同程度食管狭窄,在对其狭窄段进行扩张时要小心谨慎,术中无论是使用球囊扩张导管或扩张条在通过狭窄段时都必须严格遵循依次由小到大、缓慢扩张的原则,切忌粗暴,尤其是狭窄严重者更要小心,以避免造成大出血与食管的撕裂。

三、关于被覆支架类型长度与内径的选择,我们认为应根据狭窄范围和支架的扩张率与短缩率来选择合适的内径与长度的支架。治疗各种瘘时,对狭窄段扩张直径不宜过大,一般 12~14mm 左右即可,扩张的直径与选择支架内径两者之比在 1:1.8 左右,支架长度选择一般以两端超狭窄段 20~30mm 为宜。狭窄段上端管腔往往伴有扩张,根据我们不成熟的经验,应选择两端为喇叭口状的支架更好,以使支架更贴合从扩张到狭窄这小段管壁,避免或减少漏液从支架与管腔壁夹缝之间再漏出。

四、在被覆支架置入后 2~3 天左右可能个别病例仍有少量外漏,一般在支架完全扩张贴合管壁后,会自行消失。若超过 4 天仍有外漏,就要再行造影检查,对具体病例进行具体分析原因,有的是支架内径选择不当,使支架与管壁贴合不紧所致,可取出支架,再选择合适支架置入;有的

则是术后处理不当,如剧烈呕吐或其它原因造成支架上移或下移,前者行取出支架,再行放置,后者可将支架再上提到原位置再释放,上述措施均可达到预期的效果。

五、对于严重线样狭窄病例或手术或体型等原因造成狭窄段与食管长轴成一定角度的病例,在 X 线电视下,导引钢丝无法穿过狭窄段时,可借助纤维胃镜插入导丝,继续完成支架的置入工作。

参考文献

1. 黄孝迈主编. 现代胸外科学. 人民军医出版社. 199: 217
2. 刘振华主编. 肿瘤预后学. 北京. 科学技术文献出版社. 1995:425.
3. 秦笃祥主编. 临床胸部肿瘤学. 山东科技出版社. 1995:433
4. 刘永生, 黄鸿年, 主编. 肿瘤放射治疗问答. 上海. 科技文献出版社. 1989:185
5. Cwikiel W. Esophageal nitinol stents: Long-term results stents - state of the art and future development (Ed. Liermann DD). Polyscienc publication 1995, Inc: 218.
6. Strecker EP, Irene boos, Syliva Vatter, et al. Nitinal Esophageal stents, Nwe Designs and Clinical indications. Cardiovasc intervent Radiol, 1996, 19: 15.
7. 杨仁杰, 张宏志, 黄俊, 等. 被覆支架成形术在食管癌姑息治疗中应用. 中华放射学杂志. 1995, 29:461.
8. 欧阳塘, 李麟荪. 管腔内支架的作用机制和性能. 介入放射学杂志, 1996, 5:232.

消息

本刊邀请国外专家担任名誉编委

本刊特邀国外介入放射学专家 Alisn DJ; Plant G; Wilkins RA 和 Adam A 担任本刊名誉编委。

本刊编辑部