

食道内支架置入术后并发症及相关因素探讨

李 南, 刘 丽

中图分类号: R816 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2005)03-0220-01

【摘要】目的 探讨食管内支架置入后的并发症及相关因素。方法 回顾性分析了 41 例食管内支架置入后的并发症及相关因素, 针对 41 例置放食道内支架的患者进行随访观察 1~48 个月。结果 41 例患者均有不同程度的胸骨后疼痛及异物感, 8 例发生支架移位, 14 例出现再狭窄, 1 例支架置入术后大出血。结论 食道内支架置入操作简便、安全、有效, 但其并发症的发生不容忽视, 积极治疗和预防可减少其发生率。

【关键词】食管; 内支架; 并发症

食管内支架已被广泛应用于食管的良、恶性狭窄及食管—气管瘘和食管—纵隔瘘, 文献报道^[1-4]均偏重于疗效观察, 但对于支架置入术后出现的并发症却报道较少。现将济南市中心医院 67 例患者放置了金属内支架, 随访资料完整的 41 例, 对其并发症的发生及相关因素分析如下:

1 临床资料与方法

1.1 临床资料 本组 41 例, 女性 12 例, 男性 29 例, 年龄 39~78 岁, 平均年龄 59.5 岁。其中食管恶性狭窄(含放疗后)8 例, 食管癌术后吻合口狭窄 26 例, 食管—气管瘘 4 例, 食管—纵隔瘘 1 例, 食管化学烧伤 1 例, 先天性食管狭窄 1 例, 采用进口支架 4 例, 国产支架 37 例。

1.2 支架置入方法 支架置入方法在 DSA 监视下进行。2%利多卡因咽部常规喷雾麻醉, 患者取侧卧位经口送入导管至狭窄近端并注入造影剂, 进一步明确病变的范围, 然后进入导丝通过其狭窄段并跟进导管, 置换超硬导丝, 沿导丝送入支架推送系统, 在 X 射线监视下缓慢施放, 支架施放一次成功率 100%。

2 结果

本组 41 例患者置入金属内支架, 随访观察 1~48 个月, 生存期最长者为 4a, 最短者仅 1 个月, 23 例患者已死亡, 平均生存期 7.2 个月。死亡原因: 肿瘤广泛转移 16 例, 严重肺部感染 4 例, 其他原因 3 例。出现并发症情况: 41 例均有不同程度胸骨后疼痛及异物感, 术后大出血 1 例, 支架发生移位 8 例(包括 2 例下滑至胃内), 再狭窄 14 例, 占 34.1%, 病人多以吞咽困难再次就诊。食道钡餐显示支架两段出现狭窄, 以上端多见, 10 例病人行球囊扩张术后恢复通畅, 2 例行球囊扩张术后仍出现狭窄, 置入第二个支架后症状解除, 2 例出现严重狭窄直接置入第二个内支架。

3 并发症及其预防

自 1983 年 Frimberger^[1]应用自膨式金属内支架治疗食管狭窄以来, 在我国已广泛应用于临床, 为患者解除了吞咽困难, 提高了生命质量, 延长了寿命, 并为进一步治疗创造了条件。但随着时间的推移, 支架置入后出现并发症及如何预防成为人们关注的热点。

3.1 胸骨后疼痛及异物感 一般不需处理, 一周后多自行缓解或对症处理。术后口服庆大霉素 8 万单位, 预防食管炎性改变, 对于刺激性黏膜水肿者可用激素治疗。1 例 14 岁的先天性食管狭窄植入支架后严重疼痛两周, 止痛治疗后症状消失。疼痛较重与时间较长, 可能与个体差异有关。

3.2 大出血 1 例病人术后因大出血死亡, 分析可能造成的原

因: ①术中球囊预扩张过度, 肌层撕裂后累及曲张的静脉; ②术中操作用力不当, 都可造成大出血。

3.3 支架移位 41 例患者中有 8 例发生支架不同程度移位, 其中 2 例下滑至胃内。造成支架下滑移位的原因有: ①选择支架直径小于管腔径, 应选用两端喇叭口支架, 使其与管腔充分接触; ②只要能使用支架推送器一般不主张用球囊扩张, 食管闭塞严重时可选用小球囊预扩张以提高支架的稳定性; ③食管下端应选用防滑 Z 型支架; ④如支架位置不当可调整位置重新施放。支架下滑至胃内可在胃镜下取出。

3.4 支架植入术后再狭窄 据国内外文献^[2,3]报道食道金属内支架植入术后再狭窄发生率为 11.1%~36%。本组再狭窄发生率为 34.1%(14/41), 国内及进口支架无明显差异。术后要求患者 1 个月、3 个月、6 个月、1 年复查一次, 发生再狭窄后做内镜并取了活检送病理, 确定引起狭窄原因。14 例中, 4 例为癌性复发, 其中一例见癌肿向支架内生长, 1 例为支架上端生长阻塞支架; 10 例为食道黏膜和纤维组织过度增生; 1 例为食物阻塞所致。据研究^[4]表明食管内支架植入术后组织反应较其他部位明显, 由于食管为肌性器官, 其本身的收缩和蠕动与支架张力相互作用, 再加上支架两端与柔性的食管产生切割力, 造成支架对食管的机械损伤, 促使局部黏膜肥大增生, 所以食管黏膜和纤维组织过度增生是造成食道内支架植入术后发生再狭窄的主要原因。

3.5 术后并发症的预防 ①术后嘱病人 3d 内吃流质食物, 不喝冷水, 3d 后细软饮食, 减少食物对支架的直接刺激, 也防止了支架的移位。七天后恢复正常饮食。②术后口服庆大霉素 8 万单位, 并口服氢氧化铝胶体保护食道黏膜。③术后积极治疗, 癌性狭窄者应结合放疗化疗减少再狭窄的发生率。④对于单纯性食管黏膜及纤维组织过度增生, 造成的再狭窄应用球囊扩张术可取得较好疗效, 对于癌性狭窄严重者可植入带膜支架。⑤食管下端贲门的狭窄应尽量植入防返流支架, 避免返流性食管炎。

参考文献:

- [1] Frimberger E. Expanding Spiral. A new type prosthesis for the palliative treatment of malignant esophageal stenosis[J]. Endoscopy, 1983, 15 (suppl): 1230-1231.
- [2] Acunas B, Rozanes I, Akpanar S et al. Palliation of malignant esophageal strictures with self-expanding nitinol stents, drawbacks and complications[J]. Radiology, 1996, 199 (3): 648-652.
- [3] 苏新友, 欧阳爱梅, 李树东. 食管内支架对恶性食管梗阻疗效评价[J]. 临床肿瘤学杂志, 2002, 5(3): 202-204.
- [4] 杨正汉, 赵仲蓉, 刘振堂, 等. 食道自展型金属网状支架实验[J]. 实用放射学杂志, 1998, 14(12): 707-709.

(收稿日期: 2005-02-02)