

## 内镜下多次放置内支架 治疗食管贲门癌反复狭窄梗阻的临床意义

赵光荣, 赵 蓓

(张家界市人民医院消化内镜室, 湖南 张家界 427000)

**【摘要】** 目的 探讨经胃镜直视下反复放置内支架治疗食管贲门癌反复狭窄的临床意义。方法 对 18 例因食管贲门癌狭窄放置内支架随访期间再发狭窄梗阻的患者进行内镜下再次和多次放置内支架以解除梗阻、恢复经口进食, 在改善生活质量、延长生存期等方面进行评价。结果 所有病例均获成功, 达到了解除梗阻、恢复经口进食、改善生活质量的目的, 再次或多次放置内支架术后平均生存期为(5±0.5)个月。结论 对于已经放置内支架术后再发狭窄梗阻患者, 根据需要再次及多次在内镜下放置内支架, 可以明显改善患者生活质量。

**【关键词】** 食管贲门癌; 内支架; 胃镜; 治疗

**【中图分类号】** R735.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2013)01-0071-02

晚期食管贲门癌患者常常因为食管贲门管腔狭窄梗阻而出现进食困难, 严重影响生活质量, 而此类患者往往已经错失手术根治机会。我院自 2006 年 6 月至 2012 年 6 月共计经内镜放置内支架治疗食管贲门癌恶性狭窄 89 例, 其中二次及以上放置内支架者 18 例, 报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 18 例中男 15 例, 女 3 例, 年龄 58~84 岁, 平均(71±3.6)岁。整个病程 6~8 个月, 平均(7±0.4)个月。所有病例均经胃镜并病理确诊, 其中鳞癌 15 例(15/18, 83.33%, 其中低分化 4 例, 中分化 5 例, 高分化 6 例), 腺癌 3 例(3/18, 16.67%)。食管上中段癌 15 例(15/18, 83.33%), 下段及贲门癌 3 例(3/18, 16.67%)。所有病例均错失外科手术根治机会, 其中转移者 3 例(3/18, 16.67%), 病变长度大于 6.0 cm 者 5 例(5/18, 27.78%), 年龄大于 65 岁者 10 例(10/18, 55.56%), 同时出现上述两种及以上情况影响手术者 12 例(12/18, 66.67%)。所有病例均在确诊后放置内支架解决进食问题, 然后根据患者及家属选择实施放射治疗或化疗等。初次放置抗返流支架 3 例, 其余均为普通带膜网格状内支架。所有病例均在上述治疗后又出现了吞咽进食困难, 又经胃镜检查确诊为管腔再狭窄梗阻。自初次放置内支架到再发进食困难时间为 3~6 个月, 平均(4±0.6)个月。

1.2 治疗方法 经过风险评估并完全告知后, 在患方完全知情同意前提下, 实施二次及以上放置内

支架。其中, 二次放置者 14 例(14/18, 77.78%), 放置三次者 4 例(4/18, 22.22%); 二次及以上放置者在放置内支架前实施射频疏通狭窄管道者 5 例。

### 2 结果

所有病例均经胃镜直视下成功放置内支架, 多次放置内支架后恢复进食, 生活质量明显改善, 均未发生术中并发症; 放置内支架术前利用射频疏通食管狭窄管道者, 均是每间隔 3~7 d 需要疏通 1 次, 而且每次射频后 24~48 h 内需要禁食, 在反复射频 3~5 次后最终还是选择了疏通后当即放置内支架; 术后出现疼痛者 10 例(10/18, 83.33%), 其余患者均无特殊与支架相关的不适; 继续存活时间为 2~8 个月, 平均(5±0.5)个月。术后患者除口服镇痛药物及适当加强营养外, 均未采取其他治疗, 后因衰竭死亡者 6 例(6/18, 33.33%), 并发肺部感染死亡者 12 例(12/18, 66.67%)。

### 3 讨论

无论是初治病例还是再发病例, 只要错失手术根治机会, 就都会面临再次狭窄梗阻而再次影响进食, 再次手术肯定不行, 可供选择的方法只有多次放置内支架再通、胃造瘘植管和全静脉营养。全静脉营养对于普通患者来说, 除了经济负担以外, 静脉注射的难度等都是需要面对的问题。胃造瘘的确是很好的方法, 手术难度并不高, 但是患者往往因为不能满足口味以及经口进食的欲望而难以接受。所以, 保证管道畅通和经口进食仍然是医患双方追求的目标。

二次及以上多处放置内支架的风险几乎与初次

放置内支架一样或有所增加。已有研究<sup>[1-4]</sup>表明,高龄并非内镜下一次或多处放置内支架手术的绝对禁忌证,放置的具体方法是在放射介入下、内镜直视下或者放射和内镜联合介入下均具有很高的成功率。再次放置内支架需要考虑的因素仍然是是否能够确保管道畅通,又不至于出现新的诸如咽喉不适、食物返流等问题。支架越接近咽喉,越容易引起咽喉不适,甚至会带来很大痛苦而影响生活质量;而食管下段及贲门的问题,往往会有食物返流,初次放置抗返流支架以及保持餐后头高位可以防治返流,但是再次放置内支架是否能够保留抗返流功能,也值得我们考虑。

本组对于食管中上段狭窄梗阻,再次放置内支架的原则是确保支架上端不超过距门齿 18 cm;本组 3 例食管下段及贲门狭窄梗阻者,初次放置时均采用了抗返流支架,再次发生狭窄梗阻部位在原有支架以上,我们在反复参考影像资料的前提下,在实施扩张时做到了尽可能不损伤原有支架活瓣,而在再次放置支架时也做到了尽可能将支架下端放置在原有支架活瓣以上又十分接近活瓣,这样就确保了狭窄梗阻段管腔的畅通,也保证了活瓣继续发挥抗返流功能。值得注意的是,放疗后形成溃疡的食管管壁薄而脆、缺乏弹性,极易在支架膨胀时发生穿孔,应提醒大家注意。

关于放置内支架后再发狭窄的原理,有研究<sup>[5]</sup>认为是放置支架后组织受到刺激后的增生,会出现支架上下端的组织增生,所以大多认为单次放置支架的远期效果难以肯定<sup>[6]</sup>,而对于再发狭窄的处理,徐建玉等<sup>[7]</sup>尝试了反复射频和放置内支架的比较,认为疗效相当,但从效-价分析认为射频优于再次放置内支架。本组结果表明,再次放置内支架能够在患者继续存活期间保障上消化道管道畅通,从而为患者经口进食提供了条件,大大的改善了生活质量。本组虽未进行效-价分析,但从患者费用比较,多次射频治疗

的费用应该超出了国产内支架的费用,同时又增加了因为射频治疗诱发穿孔和出血的风险、射频治疗后的一段时间无法进食等不良后果,同样加重了患者的痛苦。有报道<sup>[8]</sup>利用无痛胃镜下放置内支架治疗食管贲门癌性狭窄者,说明无痛苦技术可以在放置内支架内镜手术中应用,本组全部均未采用无痛苦技术而获得成功,大多能够耐受而无需麻醉;反而由于此类患者体质弱,麻醉风险相对更大和难以掌控,极易因此而出现新的麻烦,我们认为并不一定是所有人都需采用麻醉技术,能够不采用麻醉最好。

虽然本组所有病例均获得成功,达到了改善患者生活质量、减轻痛苦和延长生存期的作用,但是,本组样本较少,是否可以在所有放置内支架后再狭窄患者中作为常规推广,尚需进一步的观察和对照研究。

对于已经放置内支架术后再发狭窄梗阻患者,根据需要再次及多次在内镜下放置内支架,可以明显改善患者生活质量。

#### 参考文献

- [1] 刘建芬, 马 岚, 王铁武, 等. 不同方法放置食管支架治疗食管及贲门恶性狭窄的诊治体会[J]. 宁夏医学杂志, 2009, 31(3): 262-263.
- [2] 潘元海, 薛萌华. 食管支架治疗 80 岁以上老人食管恶性狭窄 9 例报告[J]. 现代消化与介入诊疗, 2009, 14(1): 54-55.
- [3] 张辅贤, 梅 举, 李国庆, 等. 食管支架置入术在老年食管癌患者中的应用[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2009, 3(1): 19-20.
- [4] 徐伟峰, 董玉琦, 王新莲, 等. 食管支架置入术治疗晚期食管贲门癌[J]. 基层医学论坛, 2010, 14(3): 225.
- [5] 宛新建, 李兆申, 许国铭, 等. 食管支架术后再狭窄组织中表皮生长因子及其受体的表达分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2003, 20(2): 91-94.
- [6] 严正平, 张 红, 陈 俊, 等. 食管支架治疗食管狭窄远期疗效观察[J]. 海南医学, 2006, 17(3): 79-80.
- [7] 徐建玉, 陈拥军, 龙晓奇. 两种方法在治疗食管支架置入术后再狭窄的效-价分析[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(2): 200-202.
- [8] 彭丹辉, 黎 阳. 无痛内镜下食管扩张术与食管支架置入术的临床观察[J]. 海南医学, 2009, 20(12): 85-87.

(收稿日期:2012-06-24)