

食管手术后介入治疗方法的选择(附 50 例报告)

陈绍红 陈浪 张青梅

【摘要】目的:探讨食管手术后,吻合口狭窄和瘘的介入治疗方法的选择。**方法:**回顾性总结 50 例食管手术后吻合口狭窄和瘘的介入治疗效果及方法。**结果:**23 例吻合口狭窄处和瘘口区支架置放,27 例行气囊扩张,治疗效果均较满意。**结论:**食管手术后吻合口狭窄或吻合口瘘的介入治疗,效果十分明显,比再次手术更有价值。

【关键词】 介入治疗 吻合口狭窄 吻合口瘘

【中图分类号】 R655.4, R815 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2002)02-0121-03

Choice of the interventional therapy for postoperative complications of esophagus (with report of 50 cases) CHEN Shaohong, CHEN Lang, ZHANG Qingmei. Tongji Hospital Affiliated to Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030

【Abstract】 Objective: To assess the efficacy of the interventional therapy for postoperative strictures and fistula of esophagus. **Methods:** 50 cases of postoperative strictures and fistula of esophagus treated with interventional therapy were studied retrospectively. **Results:** 23 cases of anastomotic strictures and fistula were treated with stent placement and other 27 cases treated with balloon dilatation. The results were satisfactory. **Conclusion:** Interventional therapy for postoperative anastomotic stricture and fistula is effective. It could be the method of choice for treatment of postoperative complications of esophagus.

【Key words】 Interventional therapy Anastomotic stricture Anastomotic fistula

本文报道 50 例因食管病变手术后吻合口狭窄或吻合口瘘而行食管介入治疗的病例,介绍了食管介入治疗方法、时机、病例的选择,以便提高食管介入治疗的价值。

材料和方法

1999 年 7 月~2001 年 7 月,我科对 50 例食管手术后吻合口狭窄或吻合口瘘,行食管介入治疗,其中,食管术后吻合口狭窄 45 例,吻合口瘘 5 例。男性 28 例,女性 22 例,年龄 27~76 岁,平均 54 岁。术后时间,最长 2 年,最短 1 个月。气囊扩张 27 人,共 91 人次,其中扩张 3 次者 20 人,扩张 4 次者 4 人,扩张 5 次者 3 人。食管支撑架置入 23 人,其中 18 人因吻合狭窄,5 人因吻合瘘或吻合口狭窄+瘘。摄片 7~9 张/人。

结果

27 例因吻合口狭窄行气囊扩张的患者中,术前基础病变是:食管癌 23 例,食管腐蚀伤 2 例,食管平滑肌瘤 1 例,贲门失弛缓症 1 例。其中 20 人扩张三次,每次间隔 10~15 天,扩张效果良好,吞咽、进食梗阻感明显改善;扩张效果不理想 3 例,经 5 次扩张后,仍有 1 例因效果不明显而再次手术,另 2 例置放支架。23 例吻合口狭窄或吻合口瘘的患者,接受了食管支撑架的置放,其中,吻合口狭窄 18 例,吻合口狭窄+瘘 2 例,吻合口瘘 3 例。他们手术前的基础病变是食管癌 20 例,贲门失弛缓症术后吻合口狭窄 1 例,食管腐蚀伤术后狭窄 1 例,右侧中

央型肺癌累及纵隔、食管,术后形成食管支气管胸膜瘘 1 例。支架置入后脱落 3 例,由胃镜牵拉至原置放处 2 例,1 例取出;炎性反应重而明显 2 例,其中 1 例再次手术,1 例将支架取出后,经扩张、抗炎,病人症状缓解;其余 18 例效果良好。

讨论

食管病变的手术日益增多,尤其是因食管癌手术的病例。食管手术后,吻合口狭窄,较前亦似有增多。狭窄的因素有吻合口周边结缔组织增生、疤痕形成、术后放疗、吻合口过紧,及牵拉等因素,因此,食管病变手术后的介入治疗,日益显得重要,也日益增多。

食管的介入治疗,目前开展较多的是食管扩张治疗和支撑架的置放,食管扩张,有气囊扩张和固定的椎形扩张器扩张(通常用于内镜下扩张)。食管气囊扩张,国内从 80 年代就已开展,对食管的狭窄性病变,起到不用手术,就能达到使狭窄部位扩张,保证患者进食通畅的效果,因此,早已为临床和病员所接受,亦为不少病员解除了痛苦。90 年代日益兴起的食管支架,现已在临床广泛应用,有关食管支架的优缺点及适应症,禁忌症已早有报导^[1~3]。本作者认为,对食管手术后吻合口狭窄的患者,选择气囊扩张治疗,还是支架的置入,应从以下方面综合考虑:

1. 术前基础病变为肿瘤,术后放疗,吻合口狭窄,狭窄处在距门齿 20cm 以上,病人经济状况允许,应首先考虑支架置入。这是因为,癌肿术后,常规要进行放疗,以防肿瘤复发或转移,放疗后,吻合口周边的结缔组织增生,疤痕形成,会进一步加重狭窄,扩张后,还会狭窄。本组就有 3 例患者扩张效果差,尽管连续扩张了 5 次,仍不能改善临床进食梗阻的状况,而 1 例因

作者单位: 430030 湖北省,华中科技大学同济医学院附属同济医院放射科
作者简介: 陈绍红(1953~),男,湖北人,副教授,副主任医师,主要从事腹部影像学临床和研究。

狭窄太严重,支架不能置入而再次手术,2例再接受支撑架的置入(图1)。因此,支架置入,对改善吻合口的进一步狭窄,起到良好的支撑作用,且吻合口紧邻的食管上缘,亦有紧缩趋势,这样,支架易于固定,而不致脱落。支架置入分永久性置入或暂时性置入,所谓暂时性置入,即支架置入3~6个月后待狭窄解除,再取出,本组有1例因狭窄部位较高,扩张效果不满意,支架置入3个月后取出支架,狭窄解除,进食良好(图2)。

2. 术前基础病变为良性病变或腐蚀伤的患者,应首选气囊扩张治疗,这是因为,良性病变术后吻合口狭窄,狭窄段非常局限,其上食管常扩张,支架置入后,仅很短一段与食管固定,而上下方较长区不易与食管壁粘合,二者间食物堆积,随着食管的扩张、蠕动,而支架容易脱落。本组23例置入支架者中,有3例支架脱落,其中1例为贲门失弛缓症手术后,吻合口狭窄,支架置入3个月后,病人因喝冰水、吃冰西瓜,支架遇冷,回缩脱落,另一例为食管支气管胸膜瘘,食管无狭窄,支架置入3天,膨胀良好,无食物从胸膜瘘口流入,而一周后,突然症状恢复到

支架置入前一样,复查支架脱落入胃内。3例支架脱落者,2例由胃镜将支架拉至原位,1例取出。此外,食管腐蚀伤手术后的狭窄,最好选扩张治疗,不放支架。因为金属支架,作为一种异物,置于人体内,人体对异物的反应及炎症反应加重,结缔组织增生更明显,且腐蚀伤的患者,受伤的食管段一般较长,手术不可能彻底切除,而支架置入后支架两端的食管炎症反应较正常者明显,增生组织可经支架两端长入支架内和食管腔内而再度梗阻,本组病例中,就有1例食管腐蚀伤术后吻合口狭窄,而支架置入四个月后,病人出现梗阻,复查,见支架管腔内被堵塞,胃镜见充满的肉芽组织,再次手术见支架内由食物残渣,增生性肉芽组织所充满(图3)。

3. 手术后2个月内,首先应行扩张治疗,尔后再根据扩张效果而定,不必一出现狭窄马上就放支架。本组病例中,曾有一例患者术后37天,放疗开始三天,就因吻合口明显变窄而要求支架置入,放置支架后,病人反应特别明显,胸骨后疼痛难忍,尔后不得不通过胃镜取出支架,其原因可能为新近的吻合

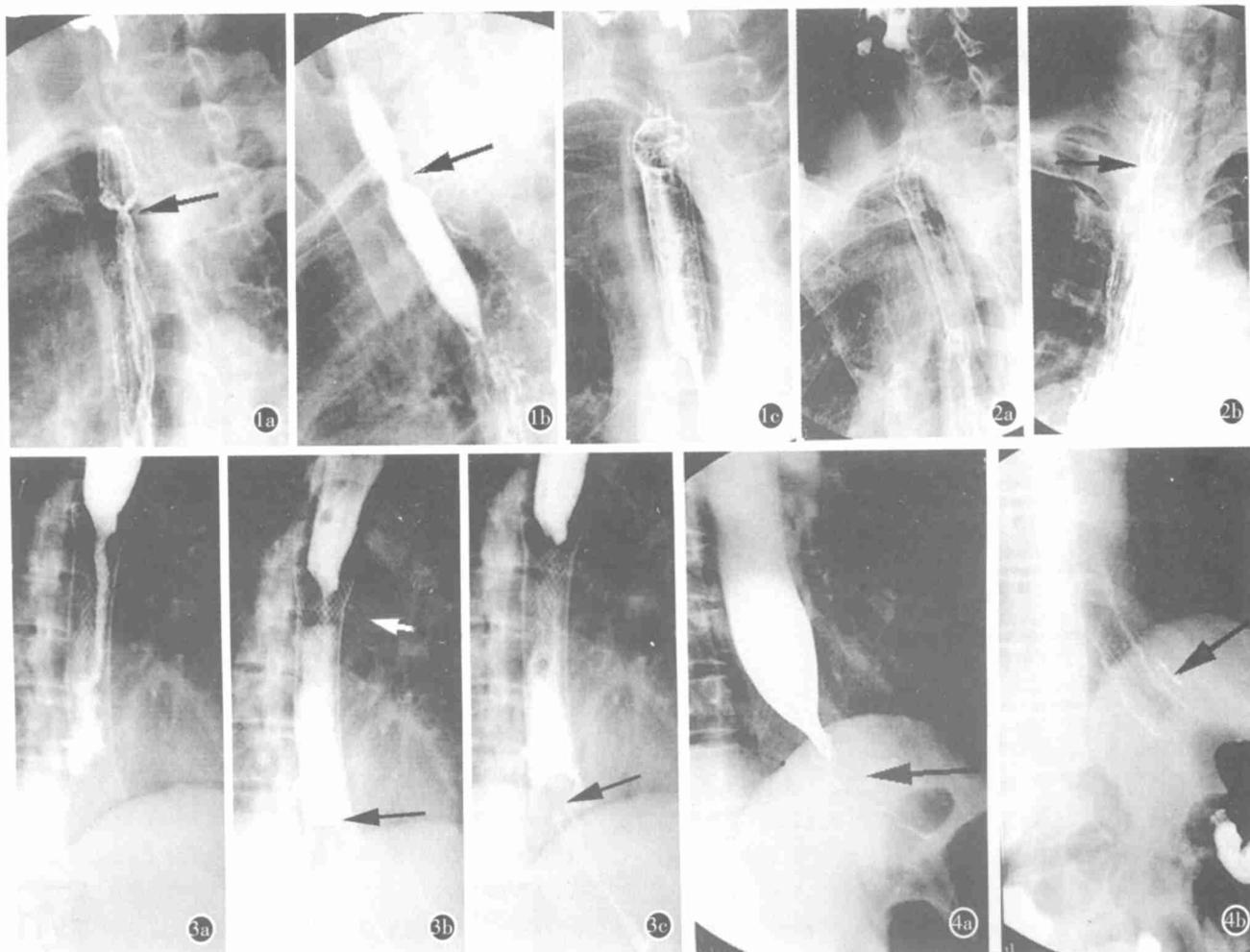


图1 食管手术后,吻合口狭窄,扩张多次,效果不明显,支架置入效果良好。a) 扩张前,吻合口狭窄。b) 食管气囊扩张时,狭窄处呈峰腰状。c) 支架置入后造影,狭窄解除,钡剂通过顺利。图2 食管手术后,吻合口位置较高,扩张效果差,支架置入3个月后,取出支架,狭窄处基本解除。a) 支架置入后造影。b) 支架取出后造影,狭窄口基本解除,钡剂通过顺利,其上食管无扩张。图3 食管腐蚀伤术后,吻合狭窄,而放入支架四个月,支架两端腔内被增生的肉芽组织填充,对比剂显示支架上端入口处呈漏斗状,条状通过。支架下段内呈阻塞或充盈缺损改变。病人进食梗阻并再次手术。图4 食管术后吻合口狭窄十瘘,支架置入效果良好。a) 支架置入前造影,见吻合口狭窄,呈线样并有少许对比剂外漏。b) 支架置入后,吻合口狭窄解除。支架外对比剂为上支架前造影时外漏的。

口狭窄,炎性反应明显,且放疗开始后,病人不适应,诸因素使患者无法忍受。

4. 对吻合口狭窄伴瘘,或吻合口瘘,首选带膜支架置入,它能对狭窄有支撑,对瘘有闭合的双重作用。食管手术后,无论是吻合口狭窄或瘘,经介入治疗的气囊扩张或支架置入最早时间应在手术一月之后,因过早,吻合口尚未完全恢复,病人体质尚较弱,易出现更严重的炎性反应,甚至吻合口破裂的可能,而加重并发症的出现。尽管瘘的出现较早,最好临床保守治疗一段时间后,再放支架。本组5例有吻合口瘘的患者,均在术后不久发现有瘘,而支架置入均在一个月以后,置放支架效果良好。

5. 对距门齿20cm以内的狭窄,为避免影响咽喉部的功能最好只行扩张治疗,尽量避免支架置入,我们曾遇到一例其它医院的患者,因支架位置太高而致语音嘶哑的病例。

6. 贲门失弛缓症的患者,介入治疗两者均有利弊,气囊扩张后,能缓解症状,但容易复发;支架的置入,常出现胃酸的返流,尽管有防返流的支架,我们仍觉得应该谨慎置入,因支架容易脱落至胃内,作者程英升等^[4]在贲门失弛缓症三种介入治疗方法选择和中远期疗效分析一文中认为:球囊导管分级扩张术和暂时性金属内支架扩张术是贲门失弛缓症介入治疗中的有效方法,在贲门失弛缓症介入治疗中远期疗效方面,暂时性金属内支架扩张术是首选方法。

此外,扩张治疗,最理想的扩张方法,应是气囊扩张,而胃镜下,较固定的扩张器扩张,因扩张力量有一个从上至下撕裂的过程,容易引起食管破裂;而气囊扩张时,气囊的扩张过程是从小至大,其力量是从内逐渐向外,仅一个用力方向,这样,不

易引起食管破裂穿孔。本院开展食管气囊扩张十多年来,未曾遇到一例食管被气囊扩张穿孔破裂的;而胃镜下扩张,曾出现过一例食管穿孔。无论是食管气囊扩张或是锥形固定扩张器扩张,第一次扩张时不能太大,应多次缓慢的加大管径,以防冲破病变食管。支架置入最理想的安放位置是,支架中心段最好位于狭窄处的中心,远端不要抵达胃壁,否则,病人反应会加重。食管的扩张或支架置入后,应抗炎治疗一周,以防吻合口的狭窄或炎性反应加重。

结 论

食管病变手术后,吻合口狭窄或吻合口瘘,介入治疗是一种十分有效的治疗方法,它可避免病人再次手术的痛苦。介入治疗的医师应根据病人的具体情况,决定选用治疗方法。严格掌握介入治疗的适应症及禁忌症。

参 考 文 献

- 1 Roy-Choudhury SH, Nicholason AA, Wedgwood KR, et al. Symptomatic malignant gastroesophageal anastomotic management with covered metallic esophageal stent[J]. AJR, 2001, 176(1): 161-165.
- 2 张永春,于绍瀛,吴琼. 球囊扩张术治疗食管胃吻合口狭窄 21 例体会[J]. 中华普通外科杂志, 1999, 14(4): 270-273.
- 3 罗娅红,华阳,于韬,等. 金属内支架在治疗食管狭窄中的应用[J]. 实用肿瘤学杂志, 1999, 6: 13(2): 117-118.
- 4 程英升,杨仁杰,李明华,等. 贲门失弛三种介入治疗方法选择和中远期疗效分析[J]. 介入放射学杂志, 2000, 9(4): 220-224.

(2001-09-05 收稿)

· 简 讯 ·

第二届多层螺旋 CT 国际研讨会在上海举行

由天津医科大学、上海市影像医学研究所、复旦大学附属医院、第二医科大学附属医院及 GE 公司等单位联合主办的“第二届国际多层螺旋 CT 研讨会”于 2002 年 1 月 26 日在上海国际会议中心举行。来自全国各省市的 500 多位影像学专家及学者出席会议。我国著名影像学专家祈吉、郎志瑾、周康荣、周诚、伍建林、陈克敏、梁长虹、王照谦、沈文等教授及 Sablayrolles(法国)、Ting Lee(加拿大)、Saini(美国)等国际著名专家在研讨会上作专题报告。

本次研讨会的内容涉及多层 CT 的发展近况、前瞻及多层 CT 在脑、心脏、血管、肺、肝、肾等部位的临床应用。由于多层螺旋 CT 是 CT 发展史上的一个重要里程碑,因此其临床应用技术成为影像学家关注的热点。在报告的间隙时间,与会专家就报告内容与报告者进行互动式的讨论。

(曹厚德)

中华医学会武汉分会第七届放射学专业委员会召开

中华医学会武汉分会放射学会于 2001 年 12 月 21 日在武汉召开了 2001 年学术报告会,160 人到会。7 名专家作了精彩的讲座,大会还选举产生了第七届武汉放射学专业委员会,31 名代表当选放射学专业委员会委员,周义成教授当选为主任委员,4 名副主任委员为韩萍、郑晓华、孙骏、陈亮。陈凡主任医师及周燕发、冯敦生教授,王应才、邓建林主任医师分别聘为名誉主任委员,荣誉委员。与会代表一致认为此届学术报告会内容丰富,反映了武汉放射学界人才济济并具备国内一流水平。会后第七届武汉放射学专业委员会召开了第一次全体委员,讨论并决定了 2002 年武汉市放射学学术活动具体安排。

(胡道予)