

临床经验

覆膜金属支架在食管异物穿孔中的应用

张华玉, 刘 将, 刘文平, 张 帅, 刘 研, 李仙丽, 张鸣青

【摘要】 目的 通过对 48 例食管异物穿孔患者进行覆膜金属支架治疗, 探讨该方法的有效性、注意事项及并发症的处理。**方法** 对明确诊断为食管异物穿孔的 48 例患者, 行内镜下食管异物取出术, 术后即刻放置覆膜金属支架堵漏, 常规禁食, 术后 24~48 h 后行食管碘油造影检查观察瘘口的封堵效果, 观察支架位置良好、无碘油渗漏即可进食流质饮食。根据瘘口的大小, 分别于术后 1~2 周内取出支架, 观察瘘口的愈合情况。**结果** 45 例患者术后 1 周取出支架, 瘘口愈合良好; 2 例患者因支架脱落, 再次行支架置入, 于术后 10 d 取出支架, 观察瘘口愈合; 1 例患者因异物存留时间较长, 并发纵隔脓肿, 经外科引流, 术后 2 周取出支架瘘口愈合。**结论** 覆膜金属支架治疗食管异物穿孔操作简单, 能有效封堵瘘口, 避免急诊外科手术, 是治疗食管异物穿孔安全、有效的方法。

【关键词】 食管异物; 穿孔; 覆膜金属支架

【中图分类号】 R655.4

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2018)04-0404-02

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2018.04.017

0 引言

食管异物穿孔是消化科、胸外科急症, 治疗目的是尽早闭合创面, 但处理难度较大, 如不能正确处理, 可迅速引起误吸、纵隔炎、败血症、多器官衰竭, 最终导致死亡^[1]。以往传统医学对于食管异物穿孔的治疗主要采用外科手术的方法, 有创伤大、费用高、住院时间长、并发症多等缺点。自从 1991 年韩国的 SONG 等开创性应用覆膜金属支架治疗消化道瘘的先河以来, 覆膜金属支架治疗食管穿孔的应用逐渐增多, 但缺少大样本资料, 尚不能完全确定其疗效与安全性。本文通过回顾性我院近 2 年来食管异物穿孔的患者 48 例, 行内镜下覆膜金属支架置入治疗, 取得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

回顾性分析 2015 年 1 月至 2016 年 12 月我科收治的食管异物致食管穿孔患者 48 例, 其中男 28 例、女 20 例, 平均年龄 42.5 (18~65) 岁。瘘口直径

在 0.4~0.8 cm, 位于食管中上段 4 例、食管中段 38 例、食管下段 6 例。异物分为: 猪骨、鱼刺、牙签、果核、铁丝等, 以动物骨片较为多见 (82.5%), 这与中国人喜食各类家禽的饮食习惯密切相关^[2], 其次为各类核壳 (13.4%), 其他类异物 (4.1%)。食管异物就诊处理的时间越短, 内镜下取出的几率就越大, 对患者的损伤越小^[3]。以上患者接诊后常规禁食, 术前行食管薄层 CT 扫描检查, 从食管入口扫描至贲门, 常规平扫, 一般无需增强扫描^[4]。明确诊断食管穿孔后, 完善术前准备, 在麻醉下应用 Olympus-Q240 电子胃镜联合透明帽行异物取出, 异物取出后详细观察瘘口的大小、范围、有无感染。异物取出后即刻放置覆膜金属支架 (CZES II 型 sigma) 堵瘘, 术后常规禁食、抗感染治疗, 24~48 h 后行食管碘油造影检查观察瘘口的封堵效果, 若观察支架位置良好、无碘油渗漏可嘱患者进食流质饮食。根据瘘口的大小, 分别于术后 1~2 周内取出支架, 并内镜下观察瘘口的愈合情况。

2 结果

48 例患者中, 45 例患者术后 1 周取出支架, 瘘口愈合良好; 2 例患者因支架脱落, 再次行支架置入, 于术后 10 d 取出支架瘘口愈合; 1 例患者因异物存留时间较长, 并发纵隔脓肿, 经外科引流, 术后 2 周取出支架瘘口愈合。典型病例: 患者男, 56 岁, 因误吞异物 3 d 入院, 行食管 CT 检查提示食管上段

基金项目: 南京军区医学科技创新面上项目 (15MS109)

作者单位: 363000 漳州, 解放军第一七五医院 (厦门大学附属东南医院) 消化内科 (张华玉、刘 将、刘文平、张 帅、刘 研、李仙丽、张鸣青)

通信作者: 张鸣青, E-mail: zhy9916@sohu.com

异物横穿食管壁两端,进一步行内镜检查提示食管上段骨性异物嵌顿,在麻醉下行食管异物取出术,术后见异物为骨性,测量大小为 2.6 cm×3.0 cm,三角形,边较锐利。结合患者发病前所进食的食物,考虑为鸭骨,异物取出术后见食管上段 0.5 cm×0.5 cm 的穿孔面,随即通过内镜活检孔置入导丝,在导丝引导下置入覆膜金属支架封堵。术后给予制酸、抗感染、补液、营养支持等治疗,禁食 48 h 后行食管碘油造影检查,未见碘油渗漏,给予流质饮食,术后 10 d 取出食管支架,见原创面愈合良好。

3 讨 论

食管异物是消化内科的常见急诊之一,如并发食管穿孔,病情较为严重,接诊后需及时处理。过去认为外科手术是治疗穿孔的“标准方法”,包括早期的修补和引流,到后期的手术切除,但近 40% 患者需多次处理,这无疑增加了住院时间和死亡率。随着医学的发展、新型材料的研究、内镜级支架技术的成熟,覆膜金属支架在食管穿孔中广泛使用,可有效避免外科手术的缺点。因此,覆膜金属支架置入技术的成熟对于食管异物穿孔治疗具有重大意义。

食管的结构较为特殊,其无浆膜层,而其周围又为疏松结缔组织,破裂后细菌、消化液及食物易进入纵隔和胸腔,产生严重的纵隔炎、脓胸及全身感染^[5]。针对这一解剖结构特点,我们采用覆膜金属支架治疗食管异物穿孔,其主要原理是:利用自膨式支架的张力,使支架外覆膜与食管穿孔面充分贴合,封堵瘘口,避免细菌、消化液、食物等通过瘘口进入纵隔和胸腔,造成感染,促进瘘口的愈合。治疗中应根据穿孔面的位置、大小、深度选择合适的支架形状,重要的是贴合紧密,以利于肉芽组织的爬行及瘘口的愈合。单纯的支架置入并不困难,主要是并发症的处理,若处理不当,常可导致严重后果。金属覆膜支架置入后的常见并发症有:①胸骨后疼痛、异物感、不适感:为最常见的并发症,跟支架对食管的牵拉、扩张有关,食管上段最为明显,一般经止痛等对症处理后可减轻、缓解;②食管支架的脱离、移位:根据相关 Meta 分析表明,覆膜支架在应用中出现移位的发生率约为 32%^[6],主要跟异物穿孔的位置、支架的选择、术后护理有很大关系,

一般根据穿孔部位食管的解剖结构不同,选择大小长度适合的支架,术后适当给予止吐、止痛治疗,避免剧烈呕吐、食管痉挛、呛咳引起支架移位、脱离。术后应密切观察患者病情,必要时胸部透视检查,如发现支架移位、脱离,可给予镜下调整位置及支架取出再次置入。

本文对食管异物穿孔患者采用内镜下置入金属覆膜支架的方法治疗,2 年间共治疗 48 例患者,其中 45 例术后 1 周取出支架,瘘口完全愈合;2 例因支架移位、脱落再次行支架置入,于术后 10 d 取出支架,观察瘘口完全愈合;1 例因就诊时间晚,异物存留体内时间较长,并发纵隔脓肿,经外科引流,术后 2 周取出支架观察瘘口愈合。该方法较为简单、易于操作,手术操作时间 6~15 min,平均 8 min。48 例患者中 47 例经内科保守治疗治愈,治疗有效率(47/48)97.91%,术后 1 周瘘口愈合率(45/48)93.75%,仅 2 例出现支架移位、脱落,于内镜下调整位置,余患者支架位置良好,无严重并发症发生,该方法较为完全。

综上所述,我们采用覆膜金属支架对异物造成的食管穿孔进行封堵治疗,有效促进瘘口的愈合,取得了满意的治疗效果。该方法操作简单、治疗有效、并发症少、可行性高,值得临床应用推广。

[参考文献]

- [1] Sepesi B, Raymond DP, Peters JH. Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies[J]. *Curr Opin Gastroenterol*, 2010, 26(4): 379-383.
- [2] 刘永靖, 许 舜, 于 奇, 等. 食管异物 37 例临床观察[J]. *安徽医药*, 2017, 21(7): 1273-1275.
- [3] 钟永锋, 范利好, 刘水清, 等. 食管异物患者不同时机就诊处理的并发症研究[J]. *中国实用医学*, 2017, 12(35): 78-79.
- [4] 李宏宇, 赵利国. 食管异物穿孔 X 线与 CT 诊断[J]. *中国临床医学*, 2008, 20(21): 2534-2535.
- [5] 胡颜江, 李德闽, 王常田. 异物至食管穿孔的微创手术治疗[J]. *医学研究生学报*, 2012, 25(10): 1072-1073.
- [6] 蔡艺玲, 徐文娟, 刘 研, 等. 新型双层食管支架治疗 6 例晚期食管癌并梗阻的应用体会[J]. *东南国防医药*, 2016, 18(3): 256-258, 264.

(收稿日期: 2017-10-26; 修回日期: 2018-04-09)

(责任编辑: 叶华珍)