

临床经验

内镜下支架置入治疗食管癌放疗后食管狭窄的疗效观察

蒋 康, 陆 恒, 廖婉玉, 陈志坚, 杨妙芳, 汪芳裕

【摘要】 目的 评价内镜下食管支架置入治疗食管癌放疗后食管狭窄的疗效。**方法** 回顾性分析从 2008 年 1 月至 2018 年 1 月东部战区总医院消化内科收治的食管癌放疗后并发食管狭窄并通过内镜行食管支架置入术的 12 例患者临床资料, 其中食管狭窄并发食管气管瘘者 3 例。比较术前及术后吞咽困难改善情况(使用 Stoller 分级法评估吞咽困难严重程度)、胸痛评分, 以及术后并发症发生情况。**结果** 食管支架放置成功率 100.0%。术前 Stoller 分级Ⅱ级 1 例(8.3%), Ⅲ级 5 例(41.7%), Ⅳ级 6 例(50.0%)。术后 Stoller 分级Ⅰ级 3 例(25%), Ⅱ级 6 例(50%), Ⅲ级 2 例(16.7%), Ⅳ级 1 例(8.3%)。支架置入后 Stoller 分级与置入前相比, 差异有统计学意义($\chi^2=10.014, P=0.002$)。3 例合并食管气管瘘患者瘘口封闭。支架置入后胸痛评分(1.42 ± 0.669)与置入前(1.50 ± 0.674)比较, 差异无统计学意义($P=0.095$)。观察期间无出血、食管穿孔等严重并发症。**结论** 内镜下食管支架置入治疗可改善食管癌放疗后食管狭窄患者吞咽困难症状而不增加胸痛程度, 也无严重并发症发生。

【关键词】 食管癌; 放射治疗; 食管狭窄; 食管支架

【中图分类号】 R735.1

【文献标志码】 B

【文章编号】 1008-8199(2020)02-0200-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2020.02.019

0 引 言

食管癌一直是威胁我国居民健康的主要恶性肿瘤之一^[1]。据统计 2013 年我国食管癌粗发病率为 20.35/10 万, 粗死亡率为 15.17/10 万, 发病率及死亡率分别位列全部恶性肿瘤的第六和第四位^[2]。当前食管癌首选手术切除治疗, 但是由于食管癌早期症状并不明显, 从而临床上很多患者在就诊时已经是晚期, 发生远处转移, 失去手术机会。放射疗法是针对中晚期食管癌患者的主要治疗手段之一。但放疗后会引发食管狭窄, 有时甚至合并食管气管瘘。有研究报道食管癌放疗后食管狭窄及食管瘘的发生率可达到 20% 左右^[3]。患者多表现为吞咽困难, 合并食管气管瘘者表现为发热、进食呛咳等, 严重影响患者的生活质量。对于食管癌放疗后食管狭窄患者, 减轻梗阻症状, 改善营养状况成为临床治疗的

主要目的^[4]。食管支架治疗各种原因引起的食管狭窄在临床上已经广泛应用, 在治疗患者吞咽困难症状的同时, 可为患者提供营养供应通道, 提高生活质量, 但支架置入术后并发症仍然较多, 包括胸骨后疼痛、食管气管瘘、出血等^[5]。现对我院 2008 至 2018 年食管癌放疗后食管狭窄行内镜下食管支架置入术的 12 例患者进行总结, 以评价内镜下食管支架置入术治疗食管癌放疗后食管狭窄的疗效和并发症的发生情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2008 年 1 月至 2018 年 1 月我科收治的食管癌接受放射治疗后并发食管狭窄, 通过内镜行食管支架置入术的 12 例患者临床资料, 其中男 9 例, 女 3 例, 年龄 43~81 岁, 平均(64.9 ± 11.9)岁。其中食管狭窄并发食管气管瘘者 3 例。所有患者均由病理证实为鳞癌, 上段食管癌 3 例(25%), 中段 5 例(41.7%), 下段 4 例(33.3%)。病灶长度由内镜医师通过内镜测得, 病灶长度 20~120 mm, 平均长度为(69.2 ± 32.3)mm。

作者单位: 210002 南京, 东部战区总医院(原南京军区南京总医院)消化内科(蒋 康、陆 恒、廖婉玉、陈志坚、杨妙芳、汪芳裕)

通信作者: 汪芳裕, E-mail: wangfy65@nju.edu.cn

1.2 方法

1.2.1 支架选择 本组患者均采用 Z 型全覆膜食管支架(江苏淮安西格玛公司或山东德尔曼公司),根据病变长度选择不同规格支架,长度一般超过病灶上下缘各 2 cm 左右。支架直径一般选择 16 mm 左右。

1.2.2 手术步骤 术前予利多卡因胶浆口服咽喉部局麻,常规行电子胃镜检查,检查过程中准确测量食管狭窄处的上下缘距门齿的距离,明确狭窄的程度及范围。如食管有较多食物残渣或液体潴留,用等渗盐水反复冲洗干净,过程中避免误吸。电子胃镜进镜至食管狭窄处,置入导丝后退镜,使用萨氏扩张器扩张至胃镜可顺利通过。通过胃镜检查再次明确狭窄部位及长度,选择合适直径及长度的支架。置入导丝,退出胃镜,在导丝引导下,置入食管支架,使用支架定位器定位并释放支架,支架头尾两端均超出病灶 2~3 cm。支架置入后保证支架上缘与梨状隐窝下缘的距离大于 2 cm,以避免支架位置较高压迫气管、刺激咽喉部,引起严重不良反应,如呼吸困难,甚至窒息。放置支架后再进镜观察支架位置是否合适,若位置有偏差,可使用支架回收取出钩调整位置或者取出重置。

1.2.3 术后处置 术后禁食 24 h 后嘱患者温凉流质饮食,1 d 后开始半流质饮食,避免辛辣刺激性食物。予以抑酸药及黏膜保护剂治疗 3 d。术后行胸部 X 线平片检查明确食管支架所在位置。支架不在位患者再次行胃镜检查,调整支架位置至合适位置。

1.3 观察指标 比较术前及术后吞咽困难改善情况、胸痛评分,以及术后并发症发生情况。使用 Stoller 分级法^[6]评估术前及术后吞咽困难严重程度:0 级,能正常进食;Ⅰ级,能进软食;Ⅱ级,能进半流质;Ⅲ级,仅能进流质;Ⅳ级,不能进水。根据病例资料确定患者术前及术后胸骨后疼痛评分:1 分:轻度疼痛,疼痛能忍受,能正常生活,不影响睡眠;2 分:中度疼痛,疼痛明显,疼痛尚能忍受,可正常生活,影响睡眠;3 分:重度疼痛,疼痛十分剧烈,不能忍受,不能正常生活,影响睡眠。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 23 统计软件包进行统计分析,双向有序分类资料采用线性趋势检验的确切概率计算法分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)形式表示,采用 *t* 检验进行分析,以 $P \leq 0.05$ 为

差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效 本组 12 例患者均一次性成功置入支架,食管支架放置成功率 100.0%。支架宽度 15~18 mm,平均宽度(16.67 ± 0.89)mm,支架长度 80~160 mm,平均长度(115.83 ± 26.7)mm。术前 Stoller 分级Ⅱ级 1 例(8.3%),Ⅲ级 5 例(41.7%),Ⅳ级 6 例(50.0%)。术后 Stoller 分级Ⅰ级 3 例(25%),Ⅱ级 6 例(50%),Ⅲ级 2 例(16.7%),Ⅳ级 1 例(8.3%)。支架置入后 Stoller 分级与置入前相比,差异有统计学意义($\chi^2 = 10.014, P = 0.002$)。3 例合并食管气管瘘患者瘘口封闭,术后呛咳症状明显改善,能顺利进半流质饮食。肺部感染经抗感染治疗后也很快得以控制,近期疗效满意。

2.2 并发症 食管支架置入术前及术后,所有患者均有不同程度胸骨后疼痛。支架置入术后出现重度胸痛 1 例(8.3%)、中度胸痛 3 例(25.0%)、轻度胸痛 8 例(66.7%)。术后胸痛评分(1.42 ± 0.669)与术前胸痛评分(1.50 ± 0.674)相比,差异无统计学意义($P = 0.095$)。所有患者胸痛症状经对症处理后可有效控制。观察期间无出血、食管穿孔等并发症。

3 讨论

食管狭窄是食管癌放疗后常见的并发症和死亡原因。食管癌放射治疗后,会发生放射性黏膜炎症,组织发生炎细胞及成纤维细胞浸润,造成受照射部位的食管壁纤维化,使得食管失去正常的弹性功能,进而导致放疗后的食管狭窄^[7]。食管支架治疗为食管癌放疗后狭窄患者,尤其伴有食管气管瘘的患者,提供了行之有效的治疗方法。支架选择上一般选择覆膜支架。覆膜支架能够快速有效地重建患者进食通道,有效地解决食管梗阻症状,并能够防止肿瘤向支架内生长引起再梗阻,进一步维持通道的长期稳定通畅,有利于患者自主地营养摄入,改善患者的营养状态,提高患者生活质量,具有很高的可行性^[8]。对于合并有食管瘘的患者,覆膜支架不仅能够维持进食通道通畅,还能有效地封闭瘘口,避免消化液和食物通过瘘口进入纵隔和呼吸道而引起致命的感染^[9-10]。目前食管支架的置入技术主要有 X 线监视下和内镜下置入两种方法,通过内镜检查可直接观察到食管狭窄患者狭窄段上口的形状和

位置,有利于将导丝直接插入狭窄的孔道,进而更安全快速地置入食管支架^[11]。因此通过胃镜下放置食管支架具有操作简单、创伤相对较小、并发症少、成功率高等优点,患者耐受性更好。本研究通过胃镜引导下食管支架置入治疗,所有患者均一次性成功置入食管支架,术后吞咽困难明显改善($P=0.002$)。合并食管气管瘘患者瘘口封闭,术后呛咳症状也有所改善,能顺利进半流质饮食。

但食管支架治疗作为一种介入性的治疗手段,支架置入术后存在胸痛、食管瘘、出血等并发症^[12-13]。食管癌经放疗后,癌肿处瘢痕明显,食管壁紧张度高,患者对疼痛的敏感性增加,痛阈降低,同时可能伴有放射性食管炎的发生,这些都会造成放疗后疼痛。在食管支架置入术后,支架膨胀后对食管管壁的张力增大、刺激性增强,必定也会造成胸骨后疼痛。另外,食管癌放疗后食管组织脆性增加、肿瘤组织坏死、食管柔韧度降低,加上支架的摩擦刺激,更易发生食管穿孔及出血^[14]。大出血是食管支架术后最严重的并发症,常常危及生命,特别在食管癌放疗后及食管癌合并食管气管瘘的患者更容易出现^[15]。有研究建议,对于食管癌放疗后狭窄,在减少食管破裂、出血和疼痛方面,较细的支架有明显优势^[16]。本研究显示,食管支架置入术后所有患者均有不同程度疼痛,但术前及术后疼痛评分差异无统计学意义($P=0.095$)。说明食管支架置入并不会增加食管癌放疗后食管狭窄患者的疼痛程度。且本研究中食管支架置入术后无食管瘘、出血等并发症,可能与观察例数较少有关系。

食管支架置入术只是一种通过机械方法姑息性、暂时性缓解食管狭窄的方法,并不能从根本上控制食管肿瘤的生长以及浸润。但针对食管癌放疗后出现食管狭窄的患者,对因治疗方法有限的情况下,首先考虑解除食管梗阻,建立营养通道,保持良好的营养供应,为后期治疗提供支持。

综上所述,胃镜下置入覆膜食管支架操作简单、安全,近期临床疗效明显,是针对食管癌放疗术后狭窄及合并食管瘘患者的安全有效的治疗手段。同时也应关注治疗过程中出现的不良反应,及时对症处理,尽量避免出血、穿孔等严重并发症的发生。

【参考文献】

[1] 李道娟,梁迪,靳晶,等.上消化道恶性肿瘤流行病学

趋势[J].肿瘤预防与治疗,2018,31(1):62-68.

- [2] 陈万青,郑荣寿,张思维,等.2013年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2017,26(1):1-7.
- [3] Takahiro T, Junki M, Kazuki S, et al. Risk Factors for Esophageal Fistula Associated With Chemoradiotherapy for Locally Advanced Unresectable Esophageal Cancer- A Supplementary Analysis of JCOG0303 [J]. Medicine (Baltimore), 2016, 95(20): e3699.
- [4] 武静,任筱璐,李晓敏,等.肠内营养支持对食管癌放疗患者生命质量的影响[J].中国药物与临床,2017,17(11):1653-1656.
- [5] 张建华.食管支架置入术治疗晚期食管癌吞咽困难的临床疗效及并发症分析[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2016,6(2):79-81.
- [6] Stoller JL, Samer KJ, Toppin DI, et al. Carcinoma of the esophagus- a new proposal for the evaluation of treatment [J]. Can J Surg, 1977, 20(5): 454-459.
- [7] 蔡艺玲,徐文娟,刘妍,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.
- [8] 张华玉,刘将,刘文平,等.覆膜金属支架在食管异物穿孔中的应用[J].东南国防医药,2018,20(4):404-405.
- [9] 肖奇,熊斌,谢明水.食管支架治疗恶性食管狭窄的临床观察[J].东南国防医药,2011,13(5):422-424.
- [10] 范志宁.新型消化道支架的研制进展[J].医学研究生学报,2012,25(7):673-677.
- [11] 卢俊英,刘娜,刘星.食管癌放疗后狭窄及食管气管瘘患者行覆膜内支架置入术的临床效果观察[J].中国中西医结合外科杂志,2016,22(4):373-376.
- [12] 袁慧敏.经胃镜下食管支架置入术在治疗食管狭窄中的临床应用[J].中国实用医药,2014,9(30):37-38.
- [13] 吴沛瑶,李全朋,王飞,等.食管支架置入术和内镜下切开术治疗难治性食管癌术后吻合口狭窄的疗效比较[J].医学研究生学报,2019,32(6):591-595.
- [14] So H, Ahn JY, Han S, et al. Efficacy and Safety of Fully Covered Self-Expanding Metal Stents for Malignant Esophageal Obstruction [J]. Dig Dis Sci, 2018, 63(1): 234-241.
- [15] 王立章,俞方荣,杨晓峰,等.食管癌放疗后复发内支架治疗的并发症分析[J].江苏医药,2014,40(9):1083-1084.
- [16] 张石玉,罗红来,樊荣,等.细直径食管支架治疗食管癌放疗后狭窄[J].中华全科医学,2012,10(12):1883,1929.

(收稿日期:2019-07-06; 修回日期:2019-09-06)

(责任编辑:叶华珍)