

防反流自膨式带膜内支架治疗贲门失弛缓症

沙正布 张世伟 董吉祥 刘新

我院 1996 年 1 月~2000 年 10 月采用自膨式金属带膜支架治疗 8 例贲门失弛缓症,取得满意疗效,现报告如下。

临床资料

一、一般资料 8 例患者中男 3 例,女 5 例,年龄 24~48 岁,平均 32.6 岁。病程 4~13 年。均表现有吞咽困难和不同程度的消瘦,其中 6 例为间歇性发作,常因进刺激性食物或生气时诱发,症状明显时饮水均呕吐。均经过 X 线钡餐和胃镜检查确诊。胃镜下见食管腔有不同程度的扩张延长,内有少许残留食物。5 例食管粘膜充血水肿,贲门呈收缩状,胃镜通过稍有阻力,贲门环粘膜周围光滑。本组 8 例患者均经过 3~5 次扩张,持续时间 1~3 周,远期效果不满意。

二、器械及设备 CZES 型支架呈双喇叭口,防反流双曲线可变型,并有防下滑和取出装置,规格长 40mm~60mm,直径 1.8cm,形状可变贴近贲门生理功能,富有弹性和柔韧性。纤维电子胃镜导引钢丝、自制标尺和沙氏扩张器。

三、操作方法 术前常规胃镜检查准备,禁食水 4~6 小时,术前 30 分钟肌肉注射 654-2 10mg,安定 10mg,利多卡因会咽部表面麻醉。首先将胃镜经口插入食管测出门齿和狭窄上缘之间的距离,继续向下插入胃内测出贲门口下缘和门齿之间的距离,从中计算出狭窄的长度,根据公式 $X = S + S' + X' + 2$ (X 为输送器插入深度, S 为病变上口至门齿距离, S' 为病变的长度, X' 为超过病变下口的长度, 2 为支架前缘和输送器刻度始点之间的距离)测算出支架置入深度,沙氏扩张器从小到大扩张到 1.5cm,借助自制标尺和输送器外套管上的刻度,沿导引钢丝将支架释放到准确位置,然后一并退出。胃镜观察支架位置和扩张情况并录像,随后吞钡摄片,进一步明确支架位置、通畅及防反流情况。以后每个月复查胃镜和钡餐摄片了解支架情况,根据具体情况一般 3~4 个月取出支架,准备工作同放支架。在胃镜引

导下,借助于取出器和支架上的取出装置,缓慢并均匀用力将支架连同胃镜一起退出,切忌动作粗、快。

四、结果 8 例患者均一次置架、取架成功。放架期间均经多次胃镜和吞钡检查,无反流情况,扩张直径均达 1.8cm。其中 1 例因支架为单喇叭型,严重呕吐导致支架上移。本组取架后贲门开放均良好,2 例有轻度的反流性食管炎,经对症处理缓解,其余均恢复正常饮食。随访 12~48 个月未见复发。

五、不良反应及处理 置架后均有不同程度的胸骨后疼痛不适,给予庆大霉素、2%利多卡因、654-2 配液口服和止痛剂,3~7 天后症状缓解或消失。恶心呕吐易致支架上移,置架后 10 天内少食多餐半流饮食,同时给胃复安、富米汀等药物对症处理,2~5 天后症状缓解或消失。呃逆主要为支架刺激膈肌引起,采用针灸或氯丙嗪肌肉注射,症状可缓解或消失。反流性食管炎为内支架治疗食管下端和贲门部良恶性狭窄必定发生的副作用,本组采用防反流支架治疗期间,无一例发生反流性食管炎。本组未发生穿孔、大出血。无支架下移,可能与有防下滑装置有关。1 例支架上移,与单喇叭口有关,取出重新放置双喇叭口型支架。

讨 论

贲门失弛缓症病因不明,目前认为神经失调是其病理基础,多见于青壮年,无性别差异。贲门失弛缓症治疗方法较多。药物治疗对早期病人可短时改善症状,强力扩张疗法常需反复持续进行,疗效可达 81%,但可出现 2% 的食管穿孔,手术疗法症状缓解率可达 85%,若术式选择不当,可出现复发和严重的反流性食管炎。

本组 8 例为不愿意手术或无条件手术且扩张不满意者,进行短期放置防反流自膨式双曲线可变型带膜支架治疗贲门失弛缓症的尝试。其机理是通过持续外力扩张不能松弛的括约肌,使其部分肌纤维断裂,3~4 个月后断裂肌纤维形成稳定的瘢痕,再取出支架,既缓解进食困难症状,又无反流性食管炎发生。

治疗体会 (1)定位放置要准确。(2)支架的选择以最贴近贲门生理功能为依据。(3)术前 10 天要

充分扩张 ,术后 10 天内少食多餐半流食物 ,疼痛、恶心、呃逆等需及时正确处理 ,减轻病人痛苦 ,降低支架移位因素。(4)取出支架用力要柔和缓慢 ,防止食管贲门部粘膜撕裂引起出血或穿孔。

我们认为此型支架较其它支架有如下优点(1)防反流接近贲门功能 ,不会发生反流性食管炎。(2)

双曲线可变型适合食管贲门部生理弯曲。(3)自膨式全层覆膜金属支架不受进食温度影响 ,增加支架和食管粘膜之间的接触面积 ,减轻对局部粘膜的损伤。(4)备有取出器和取出装置 ,可调整或取出。此方法操作简单、安全 ,近期临床效果好 ,但远期临床效果仍需进一步观察。