

食管支架置入后脱落原因分析及注意事项探讨

睦铁军(河北省赞皇县医院 051230)

【摘要】 目的 探讨食管支架置入后脱落的原因及预防策略。**方法** 对比分析食管支架置入方法改进后(选择 2012 年 3 月至 2013 年 3 月 36 例患者设为治疗组)与改进前(2011 年 3 月至 2012 年 3 月 36 例患者设为对照组)支架脱落的发生率,并总结注意事项。**结果** 治疗组中 5 例(13.9%)患者发生支架脱落,其中 3 例(60.0%)患者发生良性狭窄支架脱落,2 例(40.0%)患者发生恶性狭窄支架移位;对照组中 11 例(30.6%)患者发生支架脱落,其中 6 例(54.5%)患者发生良性狭窄支架脱落,5 例(45.5%)患者发生恶性狭窄支架移位;治疗组支架脱落的发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 导致支架脱落的因素有支架的内径及长度、食管病变程度、吻合口狭窄程度等,为充分降低支架脱落的发生率,在置入支架时应结合患者的具体情况予以针对性的治疗和控制。

【关键词】 食管支架; 脱落; 预防

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)09-1241-01

食管癌是临床较为常见的恶性肿瘤,有关报道称,我国食管癌的发病率和病死率都位居世界首位^[1]。食管癌放疗后和晚期食管癌的严重并发症是食管狭窄,可导致进食困难,严重威胁患者的生命和生存质量。所以,如何解决患者的进食问题至关重要,食管内支架置入术是一种有效的姑息性治疗中晚期食管癌患者的方法,可使患者的吞咽困难得到有效改善,以满足患者机体最基本的营养需求,如果配合化疗或放疗,在一定程度上可有效提高患者的生存质量,也延长了患者的生存时间^[2]。此技术创伤小、操作简便、见效快且短期疗效较好,但有关其远期疗效的报道较少。本文旨在总结引发食管支架置入术后支架脱落的因素及预防支架脱落的措施,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 3 月至 2013 年 3 月 36 例食管癌患者作为治疗组,其中男 21 例,女 15 例;年龄 58~76 岁;食管上段癌患者 7 例,中段癌患者 22 例,下段癌患者 7 例;治疗后出现放疗后狭窄者 11 例,癌性狭窄者 19 例,外科手术吻合口狭窄者 6 例。选择 2011 年 3 月至 2012 年 3 月 36 例食管癌患者设为对照组,其中男 19 例,女 17 例;年龄 55~71 岁;食管上段癌患者 9 例,中段癌患者 21 例,下段癌患者 6 例;治疗后出现放疗后狭窄者 10 例,癌性狭窄者 21 例,外科手术吻合口狭窄者 5 例。两组患者的年龄、性别、病情等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 术前准备 术前所有患者行食管造影检查;有活动性义齿者需摘除,松动牙齿必要时需拔除;术前 4 h 患者需禁食、禁饮,若患者的食管滞留物较多,则需利用鼻胃管将其吸出,以免误吸^[3];患者需口服胃镜润滑剂。

1.3 方法

1.3.1 对照组 按照常规的食管内支架置入术方法进行手术:协助患者取仰卧位,将其肩部垫高并使头向后仰,待患者咽喉部麻醉后放置好牙垫,借助 X 线的透视功能在超滑交换导丝的引导下将 F4~F5 单弯食管导管经患者咽部插入其食管内,待进入梗阻段时,轻轻探插导丝,如经过狭窄段时导丝插入困难,需将导丝退出,注入造影剂,X 线透视下根据造影剂流向寻找通道,重新插入导丝,直达胃腔,置入导管后将导丝退出,注入造影剂以证实导管进入胃内,再次对狭窄段位置、长度进

行确定。术后患者需 12 h 禁食,嘱咐患者及家属要避免呕吐、剧烈咳嗽,常规给予抑酸、抗菌药物等对症治疗。术后 24~48 h 内需行食管造影,以对支架的位置、膨胀状况,食管通畅情况、瘘口封闭情况等加以了解。

1.3.2 治疗组 所有手术操作同对照组,为降低支架脱出的发生率对以下问题加以改进:(1)食管癌并发症所选取的支架要足够长,以长于瘤体上下界的 4~5 cm 为宜,这样可使肿瘤生长食管的再次狭窄时间延长。对于再狭窄者,肿瘤组织生长过快,可能会向支架内生长,导致支架受到压迫,此种情况无膜支架会比带膜支架更容易发生脱落,若发生则需压接 2 cm 于上下支架间,再将一带膜支架置入。(2)放置于吻合口瘘上的支架上缘需要超出瘘口,这样可避免脱落的液体或食物漏入瘘口导致患者发生呛咳。(3)选择支架时也要考虑内径的贴壁良好,内支架的直径要较狭窄的最窄处粗 4.5 mm 以上。(4)术后嘱咐患者及家属要禁冷食,以防止内支架的收缩、变形,还要禁食高纤维素、坚硬、黏性食物,以避免支架脱落,一旦发生食物嵌塞需利用胃镜冲洗取出团块,或利用扩张球囊推食物进入胃内^[4]。(5)由于窄上扩张与食管重度狭窄的差距加大,加之支架的较高膨胀力容易导致食管支架移位的发生,故应在支架置入之前进行适当的预扩张,选择稳定性和顺应性良好的支架,尽量避免使用高弹性支架。(6)过早摄入高纤维食物或大块固体食物容易引起食管强烈振动,影响支架稳定性,故应及时进行术后的抗菌药物治疗,术后 24 h 内为患者提供流质食物,随后依据其具体恢复情况逐渐给予半流质食物、软质食物,逐渐过渡至普食。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组中 5 例(13.9%)患者发生支架脱落,其中 3 例(60.0%)为良性狭窄支架脱落,2 例(40.0%)为恶性狭窄支架脱落;对照组中 11 例(30.6%)患者发生支架脱落,其中 6 例(54.5%)为良性狭窄支架脱落,5 例(45.5%)为恶性狭窄支架脱落;治疗组支架脱落的发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

(下转第 1243 页)

情况,使得这些组织供血能力差从而导致患者感到明显不适;此外,该法还将联合肌腱缝和腹股沟韧带进行缝合,这既不是相同组织之间的缝合,也不是相同解剖层面的缝合,因此无法产生真实的愈合侧;且因为局部组织以及缝线的张力过高,容易导致组织撕裂以及缝线断裂,从而使腹壁再次缺损,这可能是 TH 复发率居高不下的主要原因^[6]。另外,TH 只加强了腹股沟管的前后壁,内环的修补不够,也是术后复发的原因之一。为了避免疝复发,患者在术后较长一段时间内无法进行体力劳动以及运动,严重影响了患者生活质量。而 TFH 是从生理以及生物力学的角度解决外科问题,更注重患者舒适感。由于手术并未进行大范围的组织解剖分离,复合材料的使用使得操作过程更简单,进而大大缩短手术时间^[7]。由于 TFH 无张力,患者不用担忧早期下床会造成修补部位撕裂,本文观察组术患者后 8~10 h 便可以下床活动。TFH 没有破坏患者解剖结构,加上组织分离少,尤其是不进行深部缝合,从而大大减轻了患者术后的疼痛感;TH 疼痛剧烈则是因为局部张力大导致患者有牵拉感。

作者对比两组并发症情况发现,对照组尿潴留的发生率明显高于观察组,结果与付超华^[8]报道相符,分析其原因可能是因为对照组患者长时间卧床以及疼痛所导致的;观察组复发率明显低于对照组,可能是因为 TFH 是使用人工材料对患者腹腔缺损进行永久修复,并在无张力的条件下进行缝合以及修补。人工材料不会引起患者的排斥反应,与组织相容性好,能与组织迅速黏合固定^[9],手术过程中对患者腹腔缺损进行填塞、充填疝环修补,其突入患者腹腔处能在一定程度上对抗并降低腹压,从而大大降低了复发率^[10]。

综上所述,THF 与 TH 相比更加符合人类生理解剖特点,有操作简便,恢复迅速,对患者的创伤小,造成的疼痛轻以及并发症少,术后复发概率低等优点,是很好的替代 TH 的术式,值

得临床推荐。

参考文献

- [1] 黄成宽. 充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝 38 例的体会[J]. 广西医学, 2010, 32(6): 758.
- [2] 肖立俊, 金秉巍, 常奇蒙, 等. 充填式无张力疝修补术及并发症防治[J]. 现代生物医学进展, 2011, 11(16): 3166-3168.
- [3] 卢进勇. 无张力疝修补术在腹股沟疝患者中的应用[J]. 辽宁医学院学报, 2011, 32(2): 142-143.
- [4] 武江. 传统疝修补术和无张力疝修补术的效果对比[J]. 中国药物与临床, 2012, 12(8): 1089-1091.
- [5] 罗华. 无张力疝修补术与传统疝修补术治疗腹股沟疝的疗效比较[J]. 中国基层医药, 2013, 20(5): 730-731.
- [6] 林福利. 疝环充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝 1226 例体会[J]. 临床外科杂志, 2012, 20(6): 442.
- [7] 张彬, 娄红, 刘松, 等. 中小医院无张力疝修补术和传统术式的术后生活质量的研究[J]. 医学与哲学, 2012, 33(14): 22-24.
- [8] 付超华. 关于腹股沟疝传统术式和无张力疝修补术的优缺点的比较[J]. 医学信息, 2013, 26(3): 279.
- [9] 李雅琴. 疝环充填式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝疗效比较[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(34): 3826-3827.
- [10] 谭波. 无张力疝修补术 1120 例的日间手术护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(11): 2673-2674.

(收稿日期: 2013-10-01 修回日期: 2013-12-10)

(上接第 1241 页)

3 讨 论

食管支架是治疗食管瘘以及良恶性狭窄的一种姑息性疗法,可起到阻塞和支撑食管气管瘘管的作用^[5],改善营养增强患者体质,提高其生存质量,若不严格遵守选取和插入食管支架原则,术后不注意保护支架则可能会导致支架脱落。导致术后支架脱落的原因:病变以上留置支架过短导致摩擦力过小;支架内径过小导致植入后松动;选择支架的长度不够;支架下缘在残胃内或胃内失去着力点;患者术后出现剧烈咳嗽,或没有按照医嘱进食;患者自身病变性质、位置较特殊;狭窄有所好转致使支架移位;肿瘤侧向性发展导致支架贴壁效果不好;放疗后肿瘤迅速缩小引发支架移位^[6-7]。

本研究中治疗组支架脱落的发生率(13.9%)明显低于对照组(30.6%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明对食管支架置入方法改进后能明显降低支架脱落的发生率。

综上所述,导致术后食管支架脱落的原因有材料自身原因、操作技术原因、患者自身问题等。所以,在临床实际工作中要根据患者自身情况制订治疗和置管方案,要选取足够长的支架,以延长肿瘤生长食管的再次狭窄时间,置于吻合口瘘上的支架的上缘要超出瘘口,以防脱落的液体及食物导致患呛咳,另外,选择支架时要观察支架的内径,要贴壁良好,术后嘱咐患

者及家属要注意保护支架,以防脱落,最大限度降低并发症的发生率,达到提高患者生命质量的目的^[8]。

参考文献

- [1] 彭琳, 赵忠文, 刘晓林, 等. 78 例食管癌围手术期护理管理体会[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(7): 651-652.
- [2] 宋磊, 王峰, 纪东华, 等. 脱落覆膜食管支架自行排出一例[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17(4): 303.
- [3] 徐华秀. 食管支架置入术后并发症的观察和护理[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(19): 69-70.
- [4] 陈群清, 童健, 张福伟, 等. 食管支架置入失败后再植入技术探讨[J]. 南方医科大学学报, 2012, 32(10): 1525-1527.
- [5] 戴树全, 蒋俊, 谭晏林, 等. 食管支架置入术并发症原因分析和临床防治措施[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14(35): 167-168.
- [6] 张勇, 张铭. 食管支架植入术后移位 25 例原因分析和预防[J]. 中国医药指南, 2012, 10(26): 117-118.
- [7] 朱逸明, 赵建新. 食管支架置入术后并发症的分析与处理[J]. 临床医学, 2012, 32(11): 16-17.

(收稿日期: 2013-11-18 修回日期: 2013-12-28)