

内镜微波与探条扩张联合治疗重度食管贲门狭窄 12 例

陶浩祥

陶浩祥, 余姚市临山医院消化科 浙江省余姚市 315460
项目负责人: 陶浩祥, 315460, 浙江省余姚市临山镇车站西路 60 号, 余姚市临山医院消化科. lsthx@mail.nbptt.zj.cn
电话: 0574-62059239 传真: 0574-62055080
收稿日期: 2004-08-25 接受日期: 2004-09-25

摘要

目的:探讨内镜下微波与探条扩张联合治疗重度食管贲门狭窄的临床疗效。

方法:内镜直视下对 12 例重度食管贲门部狭窄患者, 采用微波烧灼扩大狭窄口后再进行探条扩张治疗, 术后定期随访和检查, 观察患者临床症状缓解与复发以及内镜检查结果。

结果:12 例重度食管贲门狭窄患者经内镜微波与探条扩张联合治疗后, 吞咽困难症状明显缓解, 梗阻解除; 显效 8 例, 占 66.7%, 有效 4 例, 占 33.3%, 总有效率为 100%。治疗后均出现不同程度的黏膜撕裂、擦伤和渗血, 未发生呕血、穿孔、食管气管瘘等严重的并发症。术后随访 1 mo 无病例复发; 随访 2 mo, 有 2 例因食管异物再次梗阻, 经取异物及再次微波与扩张联合治疗后成功解除; 随访 3 mo, 有 5 例出现不同程度的吞咽困难症状。

结论:内镜下微波与探条扩张联合治疗重度食管贲门狭窄是一种简便易行, 临床近期疗效确实可靠的治疗方法。对癌性狭窄疗效难以持久。

陶浩祥. 内镜微波与探条扩张联合治疗重度食管贲门狭窄 12 例. 世界华人消化杂志 2004;12(10):2509-2510
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2509.asp>

0 引言

2000-10/2003-10 我院采用经内镜微波与探条扩张联合治疗各种重度食管贲门部狭窄患者 12 例^[1], 取得了较好的近期疗效, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 OlympusXQ30 纤维胃镜, OlympusGIF-140 电子胃镜, OlympusFG-17K、FG-45L、FG-46L、FG-8L 异物钳; 江苏产萨氏锥形硅胶扩张器, 共 6 根, 长 85 cm, 导丝长度 220 cm; 南京新技术应用研究所的多功能内镜微波治疗仪, 导线电极等, 均在术前调试, 功能正常。12 例重度食管贲门部狭窄患者, 男 10 例, 女 2 例, 年龄 49-75 岁, 平均年龄 62±1 岁。病程 1 mo-2 a。所有病例均经食管吞钡 X 线拍片和内镜检查确诊。

其中食管癌梗塞性狭窄 5 例, 贲门癌梗塞性狭窄 2 例, 食管癌术后吻合口狭窄 3 例, 贲门癌术后吻合口狭窄 2 例。狭窄程度按 Stooler 分级法^[2-3], 0 级: 能正常进食; 1 级(轻度狭窄): 能进软食, 狭窄口直径大多 >0.8 cm; 2 级(中度狭窄): 仅能进半流质饮食, 狭窄口直径多在 0.6-0.8 cm; 3 级(重度狭窄): 只能进全流质饮食, 狭窄口直径多在 0.3-0.5 cm, 本组 4 例; 4 级(极重度狭窄): 进食全流质饮食有困难或完全不能进食, 狭窄口直径多 <0.2 cm, 本组 8 例。患者表现为进行性吞咽困难, 餐后呕吐, 直到进食流汁困难或完全不能进食。患者多数呈全身衰竭状态, 难以承受手术治疗。治疗前内镜检查有 3 例狭窄口完全闭锁, 组织弹性消失, 糜烂, 肿瘤组织及肉芽组织增生, 其余 9 例均见狭窄口不同程度充血, 肿胀, 糜烂, 瘢痕组织肥厚及肿瘤组织增生。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前常规 X 线碘油造影摄片了解食管贲门部狭窄情况, 术前 3 d 常规给予抗反流(制酸)、消炎(激素及抗生素)治疗、补液、纠正水电解质失衡等。术前与家属谈话签字, 常规检查血小板计数、出凝血时间。术前 8 h 禁食, 30 min 前肌注 654-2 针 10 mg, 安定针 10 mg。

1.2.2 操作方法^[4] 先行常规内镜检查, 观察并记录狭窄口部位, 了解狭窄程度。如有异物(多为大块食物)堵塞致狭窄口观察不清, 可先用异物钳取出, 同时清除干净周围黏液污秽, 选用合适的针形或柱状微波电极, 将微波同轴导线插入活检孔, 导线电极应超出镜端 2 cm 以上, 伸入至狭窄口内, 接通微波发生器与电极联接电源, 治疗功率调至 50-60 W, 脚踏开关控制, 将电极头部在狭窄内侧缘选 4-6 点依次做烧灼凝固治疗, 每次定时 3-5 s, 多次烧灼致使组织气化变白, 狭窄口内径增大无出血时停止治疗退出微波电极。继之由内镜活检管道放入带弹簧头的导引钢丝, 插入狭窄入口到狭窄处远端 10-15 cm 处, 固定并保留导丝, 退出内镜, 在导丝引导下依次放入直径为 5、7、9、11、12.8、15 mm 的 Savary 锥管探条进行扩张治疗, 术中操作缓慢轻柔, 每次扩张管滞留 3 min 后更换扩张管直到适当为止^[3], 然后将扩张器和导丝一起取出。并常规胃镜检查观察狭窄部位扩张效果及出血情况, 以及远端胃部有无病变情况, 如发现活动出血, 可再行微波止血治疗。

1.2.3 术后处理 术后 4 h 内禁食, 4 h 后可进流汁或半流汁温凉饮食, 同时服用生理盐水、维生素 C 针、地塞米松针和庆大霉素针混合液, 以利局部消炎和消

肿,补液3 d后过渡到正常饮食.常规给予抗反流(制酸)、消炎(激素及抗生素)等治疗^[5],以抑制炎症及瘢痕形成.术后留院观察12-24 h,注意有无食管破裂及出血等并发症.初次治疗后效果不佳者可每周重复治疗1次,直至狭窄解除为止.

2 结果

2.1 疗效标准 根据治疗后狭窄口径增加与吞咽困难症状改善情况判定.显效:管腔直径>12 mm,吞咽困难症状消失;有效:治疗后管腔直径增加4-6 mm或Stooler分级提升2级,吞咽困难症状缓解;无效:治疗后管腔直径无改变,症状无改善,只能进全流汁饮食.

2.2 疗效 12例患者经内镜微波与探条扩张联合治疗2次6例,3次4例,>4次2例.显效8例,占66.7%,有效4例,占33.3%,总有效率为100%.治疗后自觉症状明显改善或消失,产生“解除梗塞”的效应.结果术后随访1 mo,全部病例均无吞咽困难发生;随访2 mo,有2例因食管异物再次梗阻,经取异物及再次微波与扩张联合治疗后成功解除;随访3 mo,有5例出现不同程度的吞咽困难症状.我们对恶性狭窄病例的联合治疗短期内均有效,延长了患者生存期,提高了生活质量;但远期疗效差,提示恶性食管贲门狭窄患者的生存期与食管贲门梗阻缓解程度相一致^[1].

2.3 并发症 12例患者经内镜下治疗后均出现胸骨后不适或隐痛,以及上腹部灼痛,对症治疗1-2 d,症状消失.全部病例治疗后均出现不同程度的黏膜撕裂、擦伤和渗血,3例出现少量黑便2 d,所有病例均未出现呕血、食管穿孔、食管气管瘘及假道形成等严重的并发症.

3 讨论

重度食管贲门狭窄患者因进食困难,全身状况差,导致营养不良.虽然手术可得到较好的疗效,但本组12例患者多不愿手术或已失去手术时机,且手术后吻合口狭窄发生率较高.食管贲门部狭窄的非手术治疗随着内镜治疗技术的普及与设备条件的改进应用日趋广泛.本组病例因狭窄口过小,探条扩张器不易通过,高频和激光穿透力较强,容易引起穿孔,故临床治疗上较为棘手^[6].我院采用微波及探条扩张联合治疗方法,取得较为满意的疗效.微波是一种电磁波,其治疗原理是

利用微波产生的高温凝固效应使局部组织发生变性坏死凝固,产生气化,萎缩而达到治疗目的.微波波长约3 mm,凝固范围为微波天线轴周3 mm,一般无穿孔之虑,对于较长的狭窄段,可逐步“掘进”,且微波本身具有止血作用,治疗过程中很少出血,微波还具有抗肿瘤免疫效应.用微波烧灼扩大狭窄口后再进行探条扩张治疗,使狭窄部位纤维组织轻度撕裂,松懈,最后狭窄解除,吞咽困难得到缓解.此方法具有成功率高,疗效显著,操作简便,安全系数大等优点,但在具体的操作治疗过程中仍应注意以下几点:(1)术前准备:所有病例均常规行X线食管贲门部造影,观察狭窄程度及长度,有无管腔扭曲,有无食管气管瘘口,以防将导丝插入瘘口之中使瘘口扩大,同时观察心肺功能.对于严重心肺疾病,气管内转移明显缺氧以及高龄或体质情况极差应视为禁忌证.(2)术中注意事项:术中应嘱患者深呼吸,防止过度屏气造成缺氧致呼吸心跳骤停.视患者情况给予鼻导管高流量吸氧以及无创心电监护等对症措施.(3)微波治疗时,电极头及微波功率的选择应视不同情况而定,烧灼时间要适当掌握,以避免发生穿孔.(4)探条扩张器的使用应遵循先细后粗的原则,逐渐加大外径,不要跨度太大,狭窄严重者,首次扩张最好不要超过11 cm,可停1-2 wk再次扩张.治疗中力度使用应均匀得当,切忌粗暴用力与过度扩张,严禁将扩张探条在狭窄口部位来回抽动或转动,以防止狭窄口严重撕裂出血.(5)治疗过程中如患者因疼痛较剧以手语表示时,即应停止治疗,并作内镜检查,仔细观察狭窄口情况,并作出及时的对症治疗措施.(6)术后注意事项:探条扩张治疗后,使狭窄部位组织轻度撕裂出血,易致感染,扩张治疗24 h后有30%的患者出现低热及白细胞轻度增高现象,因此术后应常规进行抗生素治疗.除此之外,还应注意并积极治疗术后并发症.

4 参考文献

- 1 陶浩祥.沙氏探条扩张治疗食管贲门狭窄38例分析.浙江临床医学 2004;6:575
- 2 胡运彪.食管贲门狭窄的扩张治疗.内镜 1991;8:15
- 3 杨庆寿.食管贲门癌术后吻合口狭窄扩张术.内镜 1993;10:237
- 4 李益龙,陆星华.消化内镜学.科学出版社,1995:484-488
- 5 柯美云.食管狭窄扩张结合抗返流的远期疗效评价.内镜 1995;12:72
- 6 郭素珍,杨国玲.食管癌及贲门癌术后吻合口狭窄内镜综合治疗.中国内镜杂志 2000;6:73-74