

1 例食管癌支架植入术后出血分析及文献复习

谢晓璐 孙泽群*

湖北医药学院附属人民医院消化内科 湖北十堰 442000

摘要: 食管内支架因其操作简便,安全可靠,疗效显著,已越来越广泛的应用于食管癌晚期所致的食管狭窄。其中,消化道出血是食管癌植入术的常见并发症之一,近期临床研究在此类疾病的防治与紧急处理上有了新的进展,并从术前患者临床病理特征方面入手来预防该疾病的发生。这篇个案报道旨在提供食管癌支架植入后出血防治及紧急处理的新思路。

关键词: 食管癌; 消化道出血; 支架植入术

食管癌在全球的发病率排名前五。每年有大约 35 万的新增疾病,而这些新增病例中有一半左右来自我国^[1]。大部分的病人在疾病的不同阶段都可能遇到吞咽困难问题,在存在该问题的患者中,超过半数的人可能无法接受手术治疗,并且在放疗后患者中,大概有 25% 的病人会感到吞咽不适^[2]。近年来,食管支架植入术已成为非手术治疗晚期食管癌狭窄的新手段,特别是在食管癌患者出血进食哽噎的情况下。这项技术的操作方法简洁,设备需求不高,已在我国得到广发应用。然而我们也必须注意到,食管支架植入后引发的致命性大出血案例也在逐渐增加,这成为威胁患者生命的主要因素之一^[4]。

1 临床资料

1.1 基本病史

患者男,75岁,2023-09-21因“进食不畅1月余”入院,既往有3年以上的糖尿病病史,接受口服药物治疗,并表示血糖控制良好,患者否认患有肝炎、结核、高血压、冠心病等病史,否认外伤、手术及药物过敏史。门诊检查:于2023年9月1日在我院门诊查心电图提示窦性心律、T波异常,查胃镜:食管距门齿35-38cm见半环周不规则新生物,表面溃烂、附白苔,周边呈环堤样隆起,取4枚活检见部分腺体不典型增生,胃体粘膜充血,胃窦粘膜充血,呈红白相间样,十二指肠球部粘膜充血水肿。图1内镜诊断:1.食管CA? 2.胃潴留 3.慢性非萎缩胃炎伴糜烂 4.十二指肠球炎。

1.2 入院查体

T 36.3 °C, R 22 次 / 分, P 98 次 / 分, Bp 130/78 mm Hg。神志清楚,查体合作,双肺呼吸音粗,无肺部干、湿罗音及心脏特殊杂音。舟状腹,未见肠形及蠕动波,腹软,

全腹无压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及,肝肾区无叩痛,移动性浊音(-),肠鸣音5次/分。

1.3 诊疗经过

入院查肝胆脾胰彩超:胆囊壁毛糙。心电图:窦性心律正常心电图。胸部增强CT:双侧肺气肿。左肺上叶肿瘤性病变并周围少许感染;贲门及胃底肿瘤性病变,请结合临床。血常规、肝肾功能电解质、肌钙蛋白、脑钠肽无异常,糖化血红蛋白9.50%;凝血功能全套:活化部分凝血活酶时间25.1秒,D-二聚体0.67mg/L,余未见异常;食管粘膜活检:部分腺体不典型增生,腺上皮高级别上皮内瘤变,局灶癌变(腺癌,中分化);9.27行CT定位下肺部病变穿刺活检,结果:鳞状上皮高级别上皮内瘤变,局灶癌变(鳞状细胞癌,中等分化)。于10.10行胃镜下食管癌狭窄支架植入术图2,术后辅以患者护胃及营养支持、抗感染对症治疗,并予以超声波支持治疗,随后出院。2023-10-21因“呕血1天”再次入院,血常规提示血红蛋白进行性下降,间断血压降低,CT提升支架腔内稍高密度影,考虑积血;上述症状、体征及检查提示消化道活动性出血,予以禁食水、抑酸护胃、止血、输注红细胞、营养支持等治疗后,症状缓解,予以出院。

2. 讨论

食管癌早期常无临床症状,而晚期的临床特点主要为进行性吞咽困难,对患者的生活质量造成严重影响^[5]。晚期食管癌晚期多见食管狭窄,这一方面是由于肿瘤组织会向管腔内部凸出,占据了食管的内部空间,另一方面是因为肿瘤会在管壁上进行浸润,使得管壁变得更加厚实所致。此外,肿瘤的局部炎性和水肿同样构成了狭窄的一个原因。植入食管支架是临床上主要的治疗食管狭窄的手段,它不仅能提高

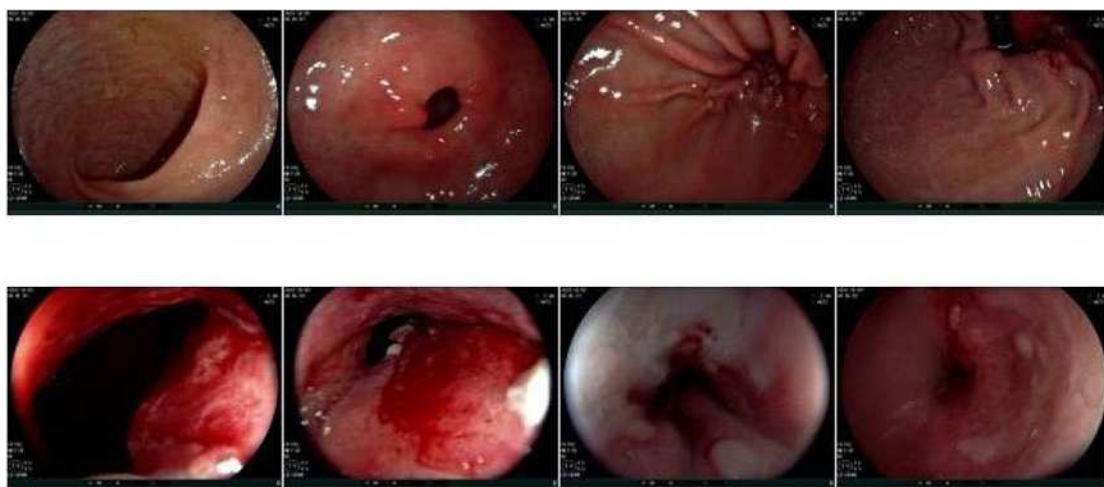


图 1

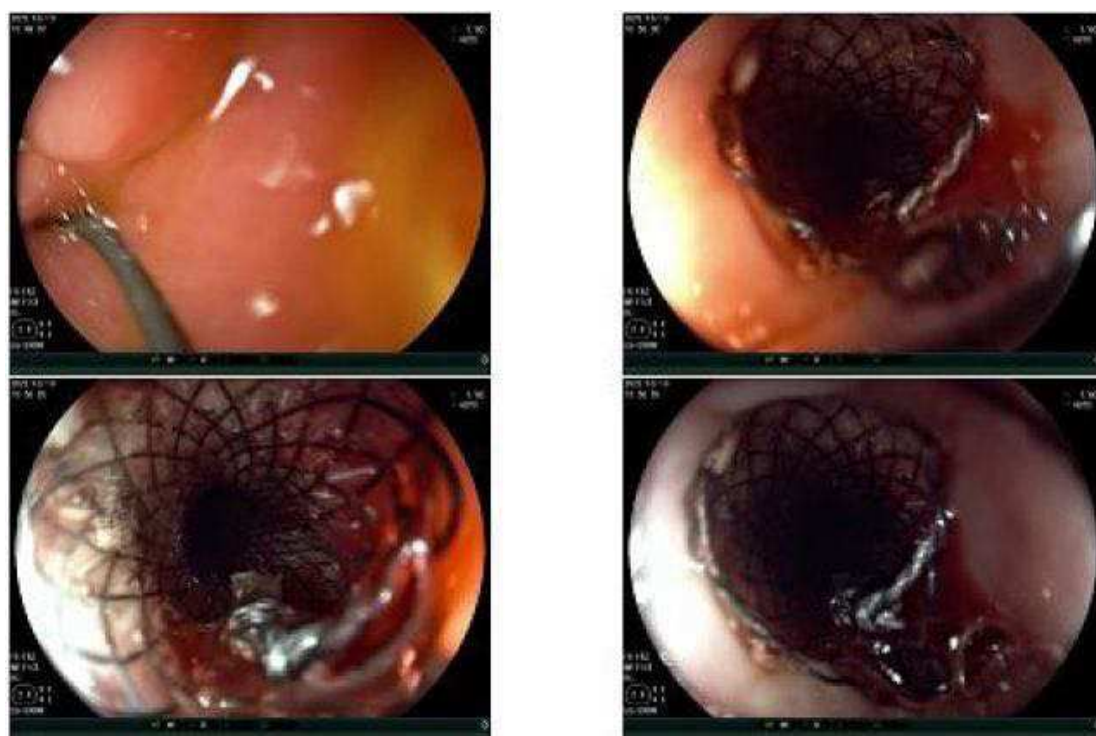


图 2

患者的生活品质,还能显著增强病人对于继续治疗的信心^[6]。然而,由于医生的技术熟练程度、病人体质差异、病灶位置以及支架本身的机械刺激等原因,可能会引发生多种不同的并发症。目前,术后胸骨后疼痛感、食管逆流、消化道出血、支架偏移、食管气管瘘、术后食管再狭窄等都是其常见的并发症,特别是消化道出血的风险相当高,如果出血量过大,可能导致生命危险,所以我们必须予以足够的关注。

食管作为一种拥有收缩和扩张特性的肌肉管路,其整个过程都充满了各种血管:包括甲状腺下动脉、食管内固有动脉、支气管动脉的食管支以及胃的左动脉分支。食道的静脉系统非常发达,通过左侧的副奇静脉和胃的左侧静脉进行排泄^[7]。食管癌有可能侵入食管壁的全部区域,导致黏膜肿胀、糜烂和溃疡的产生。肿瘤有可能侵入周围的大血管系统。食物团对食管壁的病变造成了摩擦伤害。所有这些因素都有

可能导致食管大出血^[8]。在进行食管支架植入手术后,消化道的出血问题主要源自病变部位的血液供应充足,同时其结构相当脆弱,很可能对胃底和胃体的微小弯曲部位造成伤害。再加上支架的机械性作用,可能会引发病变部位或胃壁的出血。另外,由于支架的下端是悬浮的,因此很难进行有效的压迫和止血处理^[9]。

本例患者于食管植入术后 10 天出现呕血、并出现失血性休克,在院期间查血红蛋白进行性下降,结合患者一般情况、生命体征及修改检查结果,暂不能耐受内镜或介入止血治疗,积极予以静脉输注止血、升压、抑酸护胃等药物治疗,并辅以禁食水、静脉营养,上述治疗 3 天后呕血症状消失,予以流质饮食,生命体征平稳后出院。该患者术后出血原因分析如下:家属代诉呕血症状出现前曾有进食干硬食物史,考虑为食物团对病变段食管壁产生磨擦损伤所致;胃镜曾提示食管癌病灶表面溃烂、质脆、触之易出血,考虑肿瘤自身侵犯血管所致。在这个案例中,患者通过内镜直接植入支架,其定位精确、成功率高且操作简便。书中所述的镍钛合金记忆网状支架具有优秀的耐腐蚀性和生物兼容性,能够完全覆盖肿瘤,对癌症产生压迫,抑制出血。这种压迫可能导致病变部位血液供应不足,从而抑制肿瘤的生长,使得患者的生存期得以延长。因此,只要患者出血后用药物进行止血,就能成功,并且预后良好。本病例亦为食管癌患者行食管支架植入术的术式、材料提供了借鉴,并为术后出血的救治提供了宝贵经验;通过此病例,我们也了解到仍需要加强对术后患者及家属的护理宣教,避免因饮食等可规避的原因所致的并发症发生。

参考文献

- [1] 魏矿荣,练秋红,刘静,等.食管癌流行概况[J].中华内科杂志,2012,51(2):156-158.
- [2] 国家卫生健康委员会.食管癌诊疗规范(2018年版)[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2019,9(4):158-192.
- [3] 曾诗颖,宋阳阳,朱渊.食管性吞咽困难症状评估工具的研究进展[J].解放军护理杂志,2018,35(23):37-41,46.
- [4] 廖小勇,文毅,邱干,等.食管支架置入术在中晚期食管癌治疗中的应用进展[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(5):550-553.
- [5] 殷小伟,韦国桢,宋湘云.经支气管镜介入带膜支架治疗食管气道瘘的临床应用[J].实用临床医药杂志,2009,13(01):52-53.
- [6] 李毅明,徐幼泉,杨真等.采用内支架治疗食管癌性狭窄的疗效观察[J].中国基层医药,2010(08):1047-1048.
- [7] 黄金龙,林元问.选择性食管动脉插管的应用解剖[J].中国临床解剖学杂志,1990(01).
- [8] 谢宗贵.食管支架植入后大出血的危险因素与对策[J].介入放射学杂志,2003(02):135-136.
- [9] 王峰.食管内支架植入术后并发症的发生情况及防范措施探讨[J].心理医生,2017,23(3):100-101.

作者简介:谢晓璐(1998-),女,湖北十堰人,硕士生在读,研究方向:消化道肿瘤。

通信作者:孙泽群(1971-),男,湖北十堰人,主任医师,硕士生导师,博士,研究方向:消化道肿瘤。