

本文 3 例也均出现或多或少的腹泻症状,这可能与甲氨喋呤部分从肠道排泄有关,当注入后 30 分钟肠壁内就含有较高的浓度^[1]。MTX 脂质体肝动脉灌注除出现腹泻外,还出现了通常肝动脉灌注化疗与栓塞不出现的寒颤与血压下降。这可能与脂质体有关,一般寒颤无需特殊治疗,2 例血压下降者(另一例术后未测血压)一例用升压药。由于合并症较重,我们仅试用 3 例,未继续试用。为了减少和避免此类合并症对于脂质体的纯度,制作工艺等尚需改进,否则难以在临床推广应用。

参 考 文 献

1. Colley CM, et al: Liposomes as carriers in vivo for methotrexate. Biochemical society transactions, 553rd meeting, London P. 157.
2. 程永德,等. 动脉灌注化疗与栓塞治疗肝癌生存期的分析 中华消化杂志 1991;11:304.
3. 潘秉梅,等. 抗癌药物多相脂质体研制及抗癌活性初步筛选. 中国医药学杂志 1988;8:385.
4. 顾学裘,等. 多相脂质体简介. 新药与临床 1984;3:43.
5. Geddes FW, et al. Malignant hepatoma in the Bantu. Cancer 1970; 25:1271.

同轴双囊导管扩张术治疗贲门失弛缓症(附 46 例疗效分析)

李惠民 王明奎 景华春 潘志丽

球囊扩张术对上胃肠道吻合口狭窄、先天性食管狭窄以及食管灼伤后狭窄已有肯定的疗效,但对贲门失弛缓症的评价褒贬不一^[1,2]。我们四年来,用大球囊扩张治疗的方法,对 46 例患者实施了扩张,除 7 例扩张后不足一年,一例无效外,其余 38 例效果满意。

资 料 与 方 法

自 1988 年 6 月以来,经我们收治的贲门失弛缓症 46 例(男 16 例,女 30 例),年龄 8~56 岁(平均 31 岁),病史最短 7 个月,最长 15 年,(平均 2 年 5 个月),总计施行贲门扩张 131 次,所有病例均进行随访观察。

根据病人吞咽困难的程度、呕吐次数及钡餐检查测量结果,将贲门失弛缓症(狭窄)分为三度:(1)轻度:进普食困难,每天呕吐不超过一次,贲门管径 0.5~0.8cm;(2)中度:进半流质食物困难,每天呕吐不超过 2 次,贲门管径 0.3~0.5cm;(3)重度:进流汁饮食困难,每天呕吐 3 次以上,贲门管径 0.3cm 以下。本组病例轻度 4 例(8.7%),中度 18 例(39.1%),重度 24 例(52.2%)。

扩张材料及方法:扩张材料参照李惠民等报道^[3]。扩张方法:扩张术前常规心功能检查。用稀钡做食管钡餐透视,了解贲门狭窄的程度,内镜检查食管有否炎症,并在术前治愈。然后禁食,术前 15 分钟肌注 654-2 20mg,安定 10mg,安痛定 2ml,可减少食管内分泌物,并起到镇静、止痛作用。经口腔送下经消毒的球囊导管,置扩张囊至贲门处,向囊内缓缓注入水溶性造影剂,使之逐渐膨胀至 4.0~4.5cm,患者感胸骨后剧痛时为止,持续 5 分钟,然后抽出造影剂,间隔 5 分钟后重复扩张

2~3 次后,抽尽囊内造影剂,拔出导管,一次扩张术便完成。间隔 1 周再做第二次扩张治疗,根据病人吞咽困难改善的情况决定扩张次数,一般不超过 3 次。

临床疗效评价指标:(1)扩张后吞咽困难改善;(2)扩张后一周钡餐检查,观察狭窄管径变化;(3)体重增加。我们将疗效分为四级:①效果极好:可进普食,梗咽感完全消失,体重明显增加,保持 1 年以上无变化;②效果良好:进普食偶有梗噎,体重增加,连续观察 1 年以上无复发趋势;③轻度好转:扩张后从进普食退至进半流质食物,并趋于稳定,无需再次扩张;④无效:扩张后一年内复发,表明扩张术无远期效果,需再次扩张。

结 果

根据上述指标,现将连续观察 1~4 年的 39 例病人扩张治疗效果统计如附表。

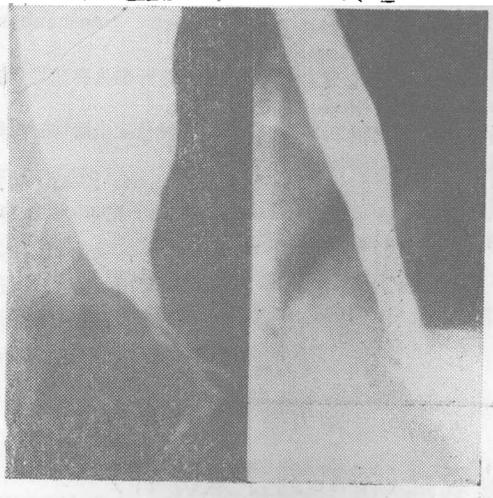
附表 39 例扩张疗效统计

贲门失弛缓症	轻度	中度	重度	合计(%)
效果极好	2	7	5	14 (35.89)
效果良好	1	8	10	19 (48.72)
轻度好转		1	4	5 (12.82)
无 效			1	1 (2.56)

所有病人进食速度均同正常人,贲门管径较扩张前有不同程度增宽(附图),4 例体重无变化,29 例体重有不同

作者单位:810001 乌鲁木齐市空军乌鲁木齐医院放射科

程度增加,幅度在 0.5~6.0 公斤之间。



附图(左) 贲门失弛缓症,贲门狭窄管径0.2cm,中下段食管高度扩张

(右) 同一病人,经3次同轴双囊导管扩张术后4年复查,贲门管径1.9cm,中下段食管轻度扩张

轻度好转 5 例中,扩张后症状从明显改善退至一般改善,并稳定一年以上无变化,除 1 例体重增加外,其余 4 例均无增加。

无效者 1 例,在扩张术后 8 个月复发,从可进普食逐渐退至出现扩张前的症状。我们在再次扩张时将膨胀之球囊直径比第一次增加 1.0cm,结果再次扩张后 1 年 1 个月无复发,远期效果仍在继续随访观察中。

讨 论

对贲门失弛缓症的扩张实施的方法不同,因而产生的效果也不同。有的学者认为对该症的治疗应首选贲门肌切开术,只有对不适合手术或术后复发者可采用扩张法^[5]。但也有学者认为该症首选的治疗方法就是球囊扩张术^[2]。本组资料也说明,有效的扩张术对贲门失弛缓症有肯定的价值。我们认为在对贲门失弛缓症实施扩张中有一点极为重要,即球囊膨胀的直径要足够大,使贲门充分扩张不小于 4.0cm。我们曾使 1 例贲门最大膨胀至 5.2cm。有人强调球囊膨胀的直径对贲门失弛缓症治疗效果的影响至关重要。

贲门失弛缓症球囊扩张的原理,可能有两点:(1)贲门肌撕裂,达到与贲门肌切开术相类似的效果;大球囊强有力的扩张可使病变的贲门肌断裂,然而正常的环

肌因具有一定的弹性,扩张术对其影响甚小,又由于正常环肌的支架作用,断裂的环肌很难重新愈合,使贲门保持近乎正常的弛缓状态。故有效的扩张术不但可使贲门松懈,且可保持其远期疗效。(2)由于贲门肌慢性炎症所致的肌间纤维化和疤痕组织形成^[7],扩张术可松懈这些异常组织对贲门的限制,使其弹性增加。

我们将扩张后病人主观症状的改善作为判断疗效的主要指标,管径加大和体重增加作参考指标。贲门失弛缓症扩张后,因为部分病人主观症状的改善与管径加大不平行;贲门管径加大与食管中下段扩张的恢复不平行;加之体重变化受病人的食欲、摄入食物的营养结构等诸因素影响。因而我们主张采用综合指标判定贲门失弛缓症的扩张疗效。

由于对贲门失弛缓症实施扩张的球囊膨胀时的直径较大,可出现一些并发症,如(1)所有病例均出现恶心、呕吐,在逐渐适应扩张后可缓解;(2)剑突处剧痛,可随球囊减压而减轻;(3)心慌、气短,由于较大球囊对心脏及气管的压迫与刺激而引起,多在扩张术后 10 分钟内消失;(4)食管粘膜损伤出血,少量出血可自行缓解,出血多者可行止血、消炎,作一般性处理。Seigel^[8]认为出血是扩张术成功的标志,不应视为并发症。作者与其看法相同,甚至可根据出血多少预测扩张后疗效。(5)文献^[2]曾报告大球囊扩张可引起食管破裂穿孔。本组病例尚未见发生,如遇穿孔,应禁食水,用抗菌素和静脉给药的方法,穿孔多在 3~5 天内闭合,无需外科手术。

本疗法操作简单、创伤小、痛苦少、安全可靠,疗效显著,费用低,远期有效率高,可作为贲门失弛缓症治疗的首选方法。

参 考 文 献

1. 王长龙,等. 带囊导管扩张治疗食管狭窄及胃肠吻合口狭窄. 中华放射学杂志 1978;21:18~30.
2. [美]贝莱斯(查良镒主译). 胃肠和肝病现代治疗,第一版,天津科学技术出版社 1988:24.
3. 李惠民,等. 同轴双囊导管扩张术治疗食管狭窄. 中华放射学杂志 1991;25:307.
4. Vantrappen G, et al. Treatment of achalasia and related motor disorders Gastroenterology 1980;79:144.
5. 王晨. 上胃肠道狭窄的介入放射学治疗. 实用放射学杂志 1989;5:99.
6. Starck E, et al. Radiology 1984;153:637
7. 江绍基,等. 临床胃肠病学第一版上海:上海科学技术出版社,1981:181.
8. Seigel JH. Esophageal dilatation after Surgical resection Endoscopy 1986; 18 (sup13):40.