

内,压力泵和连接导管植入皮下隧道内;3. 切口仔细缝合以防漏腹水;4. 术中摄片以确定导管端的位置,必要时注入造影剂定位。

术后注意点:1. 入监护室,头高脚底平卧位(45度为宜),每日测尿量、体重、中心静脉压(CVP);2. 利尿剂使用,保持 CVP<12cmH₂O;3. 监测凝血参数;4. 多普勒流量测定Denver分流管是否通畅及管径流速情况。

常见并发症:1. 分流失败,可能由于分流管闭塞,分流管移位及放置位置不当,Harmon报道当纤维蛋白降解产物明显下降,超过术前1/3时,则高度提示Denver分流管阻塞,Roussel等用Denver分流管治疗36名患者,分流管阻塞占33%(13/36),Edney等报道由于分流无效而重新置管者11%(6/55),此类病人最有效的解决办法是更换新管或挤压泵腔以冲开阻塞物。2. DIC:Edney等研究发现行Denver分流术后的患者均存在与DIC相关的凝血参数的改变,有学者提出当血小板降至原水平的58%,血红蛋白降至48%,第Ⅲ因子降至60%时,出现真正的消耗性凝血病,典型或亚临床型的DIC症状产生。Lerner等报道腹水中间皮细胞和巨噬细胞具有促凝血性能,促使DIC发生,当然肝功能越差,纤维蛋白裂解产物越多,DIC发生率就越高。治

疗方法:立即阻断转流,必要时拔除Denver分流管,输注新鲜全血、血浆、血小板悬液和纤维蛋白原,也可酌情应用小剂量肝素治疗。3. 食道静脉曲张破裂出血:Samanta报导约有9%~26%术后病人出现出血,这与术后血容量突然增加,导致门静脉压力突然增高有关,因此近期有食道静脉曲张出血史的患者不宜行Denver管分流术。4. 发热:术后均有发热,37.5~39℃不等,一般一周内消退,一般给予预防性抗生素治疗。5. 肿瘤栓塞和种植:有学者提出腹水细胞学中发现肿瘤细胞应作为Denver分流术的禁忌症,但国外大多数学者仍认为恶性肿瘤性腹水,作为改善患者的生活质量,缓解症状,仍不失为可选择的有效方法。

Denver腹腔颈静脉分流术能有效地缓解大部分患者的腹水症状,避免了临床上对顽固性腹水反复穿刺放腹水导致大量蛋白丢失的弊端,且手术危险性低、并发症少。虽然Gough等对85名恶性腹水患者中进行PVS组和非PVS组对照,存活时间无差异,但PVS组64%患者住院天数减少,能步行回家,与家人共同生活,这无疑说明了Denver分流术能显著提高患者的生活质量,因此Denver分流术治疗顽固性腹水是一种新型有效的方法,值得临床上广泛应用。

食管狭窄的介入治疗

邹多武 许国铭

食管狭窄是消化道常见病症之一,常致患者吞咽困难,甚至危及生命,传统的治疗方法为外科手术切除病灶或重新再造吻合口,近年来随着医学科学技术和医用材料的发展,食管狭窄的介入治疗有了较大的进步,现介绍如下。

一、食管狭窄的放射介入治疗

主要为在X光透视下经扩张器治疗,适用于炎症性食管狭窄及吻合口狭窄、食管贲门失弛缓症和贲门癌等患者。方法有:经气囊扩张,在X光下插入导丝使导丝通过狭窄部,再经导丝插入气囊,待气囊置于最狭窄部后,注气、注水,压力维持在10~15Psi,持续扩张3~5分钟,可反复数次;经非气囊扩张器治疗,有可塑性塑料扩张器,金属橄榄球及硅胶扩张探条等。先经导丝插入扩张器,扩张原则为,选择直径由小至大的不同类型连续扩张,当扩张器通过有较大阻力或患者疼痛明显时,中止扩张。

应用各种扩张器治疗食管狭窄,近期疗效尚可,但时间稍长,或组织再修复时可出现再狭窄,远期疗效不满意,需要反复、多次扩张治疗。

二、食管狭窄的经内镜介入治疗

1. 食管狭窄的内镜下扩张器扩张术

此法与放射介入治疗类似,只是插入导丝是经内镜活检孔道进行的,因而更加准确、方便。此外尚有经内镜活检孔道插入的气囊和附在内镜端部的气囊。用此两种气囊扩张,术中无须退出内镜,在六镜直视下操作,更简便易行。扩张器治疗必须在X光监视下进行。

2. 食管狭窄的激光治疗

主要采用Na-YAG激光,经内镜活检孔道插入光纤,选择功率30~110W,将光纤直接接触狭窄部位及肿瘤组织或距离1cm,治疗后组织碳化、汽化、坏死、脱

作者单位 200433 第二军医大学长海医院

落。此法对食管、贲门癌性狭窄疗效较好,也可用于术后吻合口狭窄及膜状狭窄,不适用于广泛性疤痕狭窄。主要并发症为穿孔、发热及疼痛。

3. 食管狭窄的微波治疗

微波治疗如同激光治疗一样,通过高温使靶组织发生凝固、坏死,可用于食管、贲门癌性狭窄,先天性膜性狭窄及吻合口狭窄等。微波功率一般为 30~80mA,通电 5~10 秒,探头呈辐射方向烧灼,每 1~2 周进行一次,通常 3~4 周可见较好疗效。

4. 食管狭窄的局部注射抗癌药物治疗

在内镜直视下,通过内镜注射针将抗癌药物直接注入肿瘤实体内,达到治疗目的。常用药物有丝裂霉素、5-Fu、平阳霉素等,与微波或激光治疗联合应用,可提高疗效。

5. 食管狭窄的高频电切开治疗

高频电切开治疗食管狭窄主要适用于食管、贲门手术后疤痕性狭窄、先天性膜状狭窄及化学烧伤后疤痕狭窄。根据狭窄的形状及厚度可采用针状刀放射状切开或螺旋切。较薄的膜性狭窄一次性治疗可顺利通过内镜,

较大的可分次切开。高频电对部分患者的狭窄疏通有长期的疗效,但时有发生出血或穿孔的危险性。

6. 食管狭窄的内置支撑管治疗

支撑管主要包括硅胶管及网状金属管两大类,前者由于管壁较硬,置入后与食管壁贴壁欠佳,常致患者疼痛,或食物滞留于管壁外,现已较少使用。后者为合金丝编制而成,管壁柔软,具有自我膨胀性,目前较为常用,对部分癌性狭窄或有食管支气管瘘者尚可采用带膜金属支撑管。此法常用于食管、贲门部癌性狭窄,吻合口狭窄,炎性狭窄及化学烧伤所致狭窄。方法为:内镜下插入导丝过狭窄部,经扩张器扩张狭窄部,X光与内镜下明确狭窄部位及长度,根据狭窄长度,以远、近端各加 2cm 为原则选择合适的支撑管,在 X 光下将支撑管置于狭窄中央,使支撑管扩张。操作的关键是位置必须合适。

本法疗效确切,特别是对一些狭窄段较长的病人能较好地解决吞咽困难。术后再狭窄发生率较其它方法少,发生后采用扩张器扩张亦可获得良好的疗效。

PTC 及 PTCD 穿刺定位方法改进(附 83 例报告)

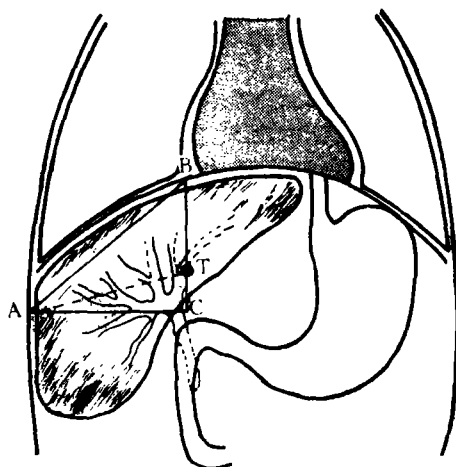
孙广新 于铁民 王玉河

以往,PTC 及 PTCD 经右肋间定点入路的穿刺,均以肩胛骨、左肩峰、剑突以及第十一、十二胸椎等骨性标志为导向依据^[1],这些标志都是固定的,未考虑肝脏大小及位置的动态变化,故穿刺成功率低,腹腔内出血及胆汁漏并发症发生率高。我们调查分析 100 例各种胆道造影的 X 线片后,结合临床实践体会,总结出一种非骨性标志的“ABC 三角肝内胆管动态定位法”,具有简单可靠,不用 B 超引导,穿刺成功率高、合并症低等优点,报告如下。

临床资料

一般资料:男 37 例,女 46 例,年龄为 22~75 岁,有黄疸者 51 例,PTC 前临床及 B 超诊断:阻塞性黄疸 42 例,急性重症胆管炎 11 例,可疑胆管结石 30 例。

PTC 及 PTCD 方法,不用 B 超引导,全部在 X 线闭路电视监视下进行,如无 X 线闭路电视,在普通 X 线透视屏下也可。患者平卧检查台,双手上举。穿刺针采用 Chiba 细长针或 8/12PTCD 套管针。将右腋中线第 8



A 穿刺进针点; B 透视下右心膈角; C 脊柱右侧肝下气影上限; T 穿刺靶点; A-T 进针道

作者单位 (056001) 河北省邯郸市中心医院