



夏宝枢 1932 年出生,江西省九江市人。从事放射学医、教、研工作 40 年。早年致心于在放射影像指导下从事急腹症的非手术介入治疗。先后对胃扭转、小肠扭转、盲肠扭转、乙状结肠扭转等作出了 X 线诊断的研究。并在此基础上,沿用中医传统的“祛邪以扶正”理论和民间推拿疗法治疗“结症”的依据,采用变更体位和推、按、揉、运等手法充分调动人体自身调节功能,在胃肠道未发生坏死之前,改善局部供血,使已存在的病理变化发生逆转,促使胃肠道蠕动的恢复,达到自身整复扭转和恢复功能的目的。嗣后,尚对肠套迭、肠蛔虫梗阻、原发性功能性肠梗阻等非手术的介入治疗进行研究都取得一定疗效,为上述急腹症开创了介入治疗新途径,相继向国内外发表有关论文 40 余篇,并出任中国中西医结合学会急腹症专业组理事。1983 年任美国纽约州立大学下州医学院客座教授,

从事研修介入放射学一年。回国后积极开展介入放射工作,并受中华医学会放射学会委托于 1986 年在潍坊市承办了“全国首届介入放射学学术交流会”。为及时总结、反映国内介入放射经验,与国内著名放射学专家陈星荣、林贵、沈天真教授共同主编了“介入放射学”一书,并于 1984 年出版,还撰写审核有关介入放射学论文等 60 余篇。指导和参与有关介入放射学科研项目 10 项,其中八项获全国、省市科研成果进步奖。

棘手,往往致命,故应特别重视预防,其注意事项:(1)行 BAI 应作支气管动脉造影,了解有无食管支动脉供血,当灌注时发生胸痛或烧灼感,应立即停止,改用放疗或静脉化疗为宜^[4]。(2)行 BAI 时,抗癌药应控制浓度和灌注速度。避免应用大剂量 MMC 或 ADM,一般限量 MMC 10 mg,ADM 30 mg,若改用吡喃阿霉素(THP)较好。若三联应用 5Fu 剂量也应减少至 0.25g,THP 40mg,CDDP 60mg 或卡铂 300 mg,每药应用生理盐水稀释至 30~40 ml,缓慢灌注,时间各为 20 分钟左右,以避免化疗性食管炎的发生。(3)当 BAI 后出现胸骨后疼痛及吞咽困难时,首先应考虑化疗性食管炎,应作钡剂食管造影检查,若阴性也不能排除,并采取胃管鼻饲营

养,避免进食进水以加重损伤;并给以静滴抗生素及止痛药物,以防止炎症发展至溃疡,待症状缓解后才能拔胃管。此后应终止 BAI 的治疗

参考文献

1. 卢清鑫摘译。支气管动脉分支的食管动脉及其临床意义。国外医学临床放射学分册 1991;2:103。
2. 张光裕,等。食管动脉灌注化疗治疗中晚期食管癌(附 23 例分析)。影像诊断与介入放射学 1993;3:129。
3. 孔颂阳,等。肺癌支气管动脉灌注化疗后并发食管支气管瘘的防治(附四例报告)。实用肿瘤杂志 1994;3:176。
4. 刘子江。介入血管造影及治疗中并发症的预防和处理体会。实用外科杂志 1992;5:259。