

关:I 组,碘油 X 片呈密实型、集簇型、缺损型分别占 66.6%、26.6%、6.6%,而 II 组则占 15.4%、37.7%、46.1%,这提示肿瘤坏死区越大、越完全,发生转移的机会相对减少;反之,则发生转移的机会增高。

肝癌 II 期切除后发生肝内复发的时间较为集中。本组半年内复发占 61.5%,半年至 1 年内占 30.7% 与其他作者^[5]报道相似,因此术后的早期复查,早期诊断,采取有效治疗方法,直接影响患者生存期,表中用寿命表法计算:1、2、3 年生存率分别为静脉化疗组 50%,0% 0%,单纯 TAE 治疗:80%,20%,0%;TAE 加再切除 100%,75% 25%。因此笔者认为单结节,单血供的病例以 TAE 加再切除是行之有效的方法,而对于不愿或不能再手术切除的患者 TAE 治疗为其提供有效且易于接受的治疗方法。

参考文献

1. Okamura J, Herikawa S, Fajiyama T, et al. An appraisal of transcatheter arterial embolization combined with transcatheter arterial infusion of chemotherapeutic agent for hepatic malignancies. *World J Surg* 1982;6: 352.
2. 赖日权,郝志,王建喜,等。肝细胞癌肝动脉化疗栓塞后的病理观察。中华病理杂志,1993;22:19。
3. Aril MD, Tanaka MD, Yamazoe MD, et al. Predictive factors for intrahepatic recurrence of hepatocellular carcinoma after partial hepatectomy *Cancer*, 1992, 69:913.
4. 余业勤,等。肝动脉化疗栓塞后肝癌切除 27 例分析,实用外科杂志,1991,5:247。
5. 庄振武,李麟逊,王杰,等。肝癌术后复发及其介入治疗。中华放射学杂志,1996;30:410。

食管球囊扩张术治疗食管狭窄 (附 20 例分析报告)

崔巍 霍刚

本文共收集食管狭窄病例 20 例,采用食管球囊扩张治疗,取得较好疗效,且未发生严重并发症,随访 5~18 个月,食管保持通畅,无再发生狭窄,吞咽困难症状消失或基本消失,患者生活质量大为提高。

材料与方法

一、资料

本组 20 例,男 8 例,女 12 例,年龄 13~47 岁,食管狭窄原因为化学灼伤 5 例,食管术后狭窄 10 例,食管癌放疗后狭窄 3 例,贲门失弛缓症 2 例,狭窄段长 3~11cm,平均 4.7cm;狭窄

处管腔内径 2~6mm 平均 3mm;狭窄位于主动脉弓水平以上 5 例,以下 13 例,贲门部 2 例;病程 3~38 个月,全部病例均有程度不同的吞咽困难,甚至呕吐、呛咳。

二、治疗方法

(一)器械 亚铃型气囊导管扩张管,直径为 1.6cm, 2.0cm, 2.6cm 不等,长度均为 7.5cm,配有专用带表打气筒。

(二)方法 扩张前 4 小时起禁饮水及禁食,置管前用 2% 利多卡因作粘膜麻醉,患者仰卧于 X 线机床面上,头侧升高 30 度,操作在电视监护下进行。让患者口服钡剂,显示狭窄部位、调整气囊两端金属环使之位于狭窄部两端,

然后用气筒注气,压力达 0.15mPa 时,气囊呈哑铃状,狭窄段位于气囊中间,当压力达到 0.25mPa 时,哑铃状气囊均匀膨胀呈梭形,维持此压力 3~5 分钟,放出囊内气体,如此反复 2~3 次可达初步扩张的目的,放出气囊内空气后缓缓拔出导管,以后每隔 1 周重复扩张 1 次,并逐次增加扩张导管直径,直至达到满意的扩张效果。狭窄段长者可分段扩张。

(三)扩张后处理 扩张术后根据需要给予镇痛及抗生素。

结 果

本组 20 例患者共进行扩张治疗 63 次,最少 2 次,最多 5 次,均取得满意的效果,扩张过程中除患者感觉有可忍受的不同程度的疼痛外,未出现食管破裂、穿孔、大出血等严重

并发症。术后检查证实:狭窄处内径平均由术前的 3mm 增至术后 12mm,吞咽困难症状明显改善,普遍能进流质,呕吐及呛咳消失,随访 5~18 个月,患者体重增加,营养状况好转。

讨 论

本病传统的治疗方法是外科手术,创伤大,费用高,术后并发症多,且效果并不很理想,目前医院已很少采用手术疗法。而近年来随着介入放射学的深入开展,球囊导管扩张治疗食管狭窄显示了它的独特优越性;操作简便,创伤小,费用低,可重复治疗,扩张效果好,患者易于接受,这为食管狭窄的治疗开辟了新的途径,它的多项优点也使得该技术应成为治疗食道狭窄的首选方法。

原发性肝癌合并门脉癌栓的经导管碘油化疗栓塞

秦永福 宁路江 齐 颖

经导管动脉内栓塞术(TAE)治疗肝细胞肝癌(HCC),是目前应用广泛的姑息疗法,经导管碘油加抗癌药物混合栓塞(TOCE)的应用,也取得了令人满意的效果,但是 HCC 合并门脉癌栓被认为是 TAE 的禁忌证,因为它将直接导致肝坏死及肝功能衰竭,因而国内文献对此报道不多。

我们于 1988 年 12 月~1996 年 5 月先后对 530 例 HCC 患者进行了 TAE,其中 80 例 HCC 合并门脉癌栓的患者进行了 TOCE,收到良好效果,现报告如下。

资料与方法

80 例患者男 65 例,女 15 例,年龄 18~70 岁,平均年龄 46.5 岁。HCC 诊断依据为血清 AFP 水平,慢性肝病病史以及肝动脉造影表现。门脉癌栓通过增强 CT 扫描证实,动门静脉瘘由肝动脉造影明确,门脉梗阻为彩色多普勒间接获得。

80 例中,66 例为乙肝引起的慢性肝损害,12 例为酒精引起的慢性肝损害,2 例为原因不明的慢性肝损害。37 例门脉主干部分($n=27$)或完全($n=10$)受侵。原发肿块局限在 1 个或 2 个肝段内为 30 例,超过此范围为 50 例,通过肝动脉造影证实动门脉瘘为 25 例。

所有患者的 TOCE 是通过碘化油(10ml) +

作者单位:150080 (哈尔滨)解放军 211 医院放射科。