

的病例不多。而食管内支架支撑术应用范围广泛,适应于各种原因造成的食管狭窄的患者,患者术后即可以解除吞咽困难,营养及身体状况得以改善。术后随访体重明显增加者 9 例,身体状况良好。这样给我们的后期治疗提供了好的条件。我们采用内支架置入术后介入治疗的方法,治疗效果明显。但应注意食管内支架置入术有很多并发症,其中包括出血、穿孔、胸骨后痛、压迫坏死、支架移位、梗阻和返流。现主要对本组出现的并发症进行讨论:

(一)、胸骨后痛 术后多数患者出现轻微的胸痛,一般在 7 天内自行缓解,不作特殊处理。2 例胸痛明显,给予抗炎、止血和止痛药,12 天后疼痛消失。

(二)、出血 常规术前的术后应给予止血药,防止术中或术后出血。一般术中扩张患处时都可有少量出血,术后给予抗炎和止血药多无再出血。术后出血 1 例,伴有剧烈胸痛,吐出鲜红色血约 50ml,黑便 5 天,给予抗炎、止血和止痛药,治疗观察 20 天后出院。

(三)、穿孔 1 例,女、66 岁,中段食管癌晚期,术前身体状况差精神欠佳。术中内支架安装顺利,术后 3 天患者剧烈胸腹部疼痛、板状腹、高热,术后 7 天死亡。尸体解剖见胸腔、腹腔

大量脓液,支架支撑部位未见穿孔,而在贲门处肿瘤转移,侵犯膈肌,有一约 3mm 的穿孔。这里提醒大家食管癌除肿瘤外有食管其它部位的穿孔。

(四)、支架移位 是并发症中较常见的一种,因支架装入后前 3 天还未完全张开,因患者咳嗽、吞咽食物时不注意,支架向上或向下有移位,但多不超过 0.5cm,本组未发现移位超过 1cm 的病例。

(五)、阻塞 其原因是由食物嵌塞和癌组织侵入造成。食物嵌塞 1 例,术后 12 天内发生两次,经疏通后梗阻消失。癌组织侵入 1 例,男、67 岁,支架置入后第 25 天发生梗阻,经内窥镜检查示癌组织阻塞支架下口,二次置入内架后症状消失。9 个月后再发生阻塞,经查为癌组织再次阻塞内支架下口,第三次置入内支架后症状消失。此病例给我们说明食管内支架可以多次按放连接使用。

食管癌在我国是常见癌症之一,发病率较高。多数患者和偏远地区的患者一经发现已失去了手术机会,保守治疗的效果差。采用食管内支架支撑可以改善患者的身体状况,增强身体素质 and 免疫能力,给后期的化疗的介入治疗提供了好的条件。明显地延长了患者的生命。

## 肠恶性组织细胞病大出血介入治疗一例

杜茂钦 雷松年 张文伟 周晓轩

患者男性,32 岁,反复右下腹痛,粘液便半年,出现胸腹壁皮下结节 3 个月,发热伴咳嗽 20 天,血便一次,量约 500ml,1996 年 1 月 18 日入院。入院后经临床病理检查,确诊为肠恶性组织细胞病。治疗过程中,于 1996 年 3 月 1 日突然解出暗红色大便,一天达 10 余次,便血量 3000 多 ml,内科给予静脉滴注脑垂体后叶素及立止血,输血等治疗。至 3 月 2 日上午,仍血便不止,已达 20 多次,便血量达 5000 余 ml,体格检查:一般情况差,面色苍白,血压 68/40mmHg 呼吸 30 次/分、脉搏 112 次/分。实验室检查:血红蛋白 60G/L,血小板 30 万/cmm~PT15 秒,60%,当天下午 1 时 30 分,在严密监护下行急诊介入手术。采用 Seldinger 穿刺技术,成功后插入 RH5F 导管至肠膜上动脉,肠系膜上动脉造影 DSA 显示:肠系膜上动脉空肠支小动脉出血,空肠腔内见多量造影剂

渗出。遂将导管头端置于该动脉之分支部,以二分之一片明胶海绵,剪成 1mm×2mm 大小之颗粒,进行栓塞。然后将导管退出至肠系膜上动脉开口部,用加压器 15u 加 5% G.S 60ml,以 0.3u/min 速率,用微泵经导管进行灌注。灌注完毕,再将导管插入出血动脉开口部,以手推造影剂 76% 泛影葡胺 10ml,见原肠腔内造影剂无增多。术中患者情况稳定,未出现不良反应。

术后当晚,患者解浅红色大便二次,总量 300ml 左右。次日未解大便。术后第三天大便颜色呈黄色,隐血试验(-)。提示肠道出血已停止。3 月 16 日 6 时许,患者又出现暗红色血便,约 7~8 次,总量 3500ml 左右,常规实验室检查后,于当天下午 2 时,再次急诊介入治疗,术中采用第一次同样方法,达到止血目的。3 月 22 日患者终因全身衰竭而死亡。

作者单位:323000 浙江丽水地区医院放射科