

大的诊断价值,可在非出血期或出血期进行检查,而不受是否正在出血的影响,且具有方法简单、创伤小、安全、快速等特点。该检查不仅能定位定性诊断肠道血管畸形且能同时行介入治疗,特别对急性大出血而又不能承受急诊手术病例可达暂时止血目的。因此作者认为对临床可疑肠道血管畸形病例,经常规检查阴性者,适于作选择性腹部动脉造影。

参考文献

1. 尹朝礼,梁扩寰,于景昌等. 选择性腹部动脉造影对疑难消化道出血的诊断,中华消化杂志,1984,4:165.
2. 潘人伟,顾凤元. 动脉造影诊治肠道血管畸形出血 8 例报告. 实用外科杂志,1992,12:247.

3. Peter J. Reilly, Nostrom JT. Clinical manifestations of hereditary hemorrhagic telangiectasia. Am J Gastroenterol. 1984; 79: 363.
4. 林建华. 罕见的消化道大出血病因. 国外医学(外科学分册),1991,6:335.
5. 钱允庆,林超鸿,何德安等. 十二指肠、小肠及结肠血管畸形,中华外科杂志 1983,21:679.
6. Lewis HJE, Gledl T, JGilmur HM, et al. Arteriovenous malformation of the intestine. Surg JGynecol Obstet. 1979. 149: 712.
7. 唐振铎,唐万春综述. 下消化道出血的进展. 国外医学(消化系统疾病分册),1982,3:155.
8. 陈宗琴,陆伟壮. 小肠血管畸形的选择性肠系膜动脉造影 6 例报告. 上海第二医科大学学报,1992,12:151.
9. 吴恩惠,贺能树. 血管造影在胃肠道出血中的应用. 普外临床,1990 3:134.

肝脏肿瘤的经皮穿刺治疗:技术现状

现行经皮穿刺治疗肝脏肿瘤的方法主要有两类:

一、病灶内注射:①经皮穿刺乙醇注射(PEIT),已广泛应用。其优点是操作方便,价廉、并发症少、无需住院,其生存期与手术相似;②经皮穿刺乙酸注射,具有用量少,坏死严重的优点;③热盐水注射的死亡率和合并症的发生较 PEIT 低。后两种方法仅见少数报道,具有替代乙醇的潜力,对不可切除的肝细胞癌选择经皮穿刺肿瘤注射是有效的非手术治疗方法,既可保存正常肝组织,又可反复局部治疗。

二、局部加热法:①经皮穿刺射频电凝术(percutaneous radiofrequency electrocautery)其副作用轻微,致坏死程度优于 PEIT;②填隙激光光凝法(interstitial laser photocoagulation),应用:钕

- 铝红激光(Nd: YAG 激光)及光导纤维,光能在瘤体内被吸收并转化成热能,引起凝固性坏死。其热效应可超出 8mm 的光穿距离。③经皮穿刺微波凝固法(percutaneous microwave coagulation),适用于较小的肿瘤治疗④高强度聚焦超声(high intensity ultrasound),目前尚在动物实验阶段,转移性肿瘤质地较硬,药物在瘤体内的弥散范围较小,故经皮穿整注射治的效较差,可考虑应用技术较复杂、化费较昂贵的病灶加热法。通常,局部治应用于肿瘤直径小于 4 厘米,病灶数不超过 5 个的患者。

摘自 De Sanetis JT, et al, Seminars in Interventional Radiology 1997; 14: 255

(叶强摘译 顾伟中校)