

组织上也可能不同,但本组未能取得满意的病理标本,还有待于进一步研究。

参考文献

1. LaBerge JM, Ferrell LD, Ring EJ, et al. Histopathology of transjugular intrahepatic portosystemic shunt stenosis and occlusion. J Vasc Interv Radiol. 1993, 4: 779
2. 滕皋军. TIPSS 术中胆汁漏出对平滑肌的作用. 中华放射学杂志. 1998, 32: 293.
3. Stout LC, Lyon RE, Murray NG, et al. Pseudointimal biliary

epithelial proliferation and Zahn's infarct associated with a 6 1/2 - month - old transjugular intrahepatic portosystemic shunt. AJG Amer Gastroenter. 1995, 9: 126.

4. Nishimine K, Saxon RR, Kichikawa K, et al. Improved transjugular intrahepatic portosystemic shunt patency with PTFE-covered stent grafts: experimental results in swine. Radiology. 1995, 196: 341.

5. LaBerge JM, Somberg KA, Lake JR, et al. Two-year outcome following transjugular intrahepatic portosystemic shunt for variceal bleeding: result in 90 patient. Gastroenterology. 1995, 108: 1143.

胰腺癌肝转移药盒植入置管方法改良一例报告

曾国斌 张开鄂

经皮左锁骨下动脉导管药盒系统植入术 (PSPI) 行长期动脉内灌注化疗则是晚期胰腺癌的重要治疗方法之一。笔者在实践中,对短腹腔干置管方法作了改良,收到较好的效果,现报告如下。

男性,58岁。上腹、腰背部持续性疼痛2月余,伴消瘦。入院后行腹部CT扫描检查见:胰体增大约4.2cm,后缘见2cm大结节突出,密度不均,边缘不规则,左、右肝内多发低密度结节影。诊断为:胰体癌并肝转移。1周后行经皮左锁骨下动脉导管药盒系统植入术。应用带DSA的X光机,采用Seldinger技术作左锁骨下动脉穿刺,成功后先行腹腔动脉造影,证实肝动脉、胃、十二指肠动脉、脾动脉、胰背动脉均由腹腔动脉发出,测量腹腔动脉长约1.2cm,为短腹腔干型。本改良置管方法为:留置管在距端部约8-10cm外用小弯剪剪1个侧孔,大小约0.15×0.5cm,注意侧孔深度勿超过导管半径,然后将交换导丝尽可能深入肝内动脉,撤出超选导管,置入

带侧孔的留置导管,直到肝动脉二级分支或更远些,拔出导丝,注入造影剂,调整留置管位置,使侧孔位于腹腔动脉内。左胸壁皮下埋入药盒结束手术。术后一周再次造影,证实导管固定,造影剂从侧孔流入腹腔动脉分配到各分支。

讨论:晚期胰腺癌尤其合并远处转移,常失去手术治疗机会。长期动脉内灌注化疗为其提供了新的治疗手段。由于胰腺肿瘤常由多支动脉供血,单一插管不能全面照顾,长腹腔干者,导管可置于腹腔动脉,但脱出率高。本例改良置管方法是将留置管置入肝动脉长约8cm,侧孔位置刚好在腹腔动脉内,使远段导管起到固定作用。其次侧孔远段导管内因不能保留肝素盐水抗凝,在短期内形成血栓而闭塞,药物只能从侧孔流入腹腔动脉而到各分支,超到多动脉灌注作用。本例经联合化疗灌注一疗程,一般情况好转,腹痛、腰背痛明显缓解,收到初步效果。

作者单位:514031 广东梅州市人民医院放射科介入室(曾国斌),肿瘤科(张开鄂)