

自制同轴双腔单囊带网导管治疗食管狭窄

陈为军 杜凤山 马跃斌 李晓光 王 宁 袁鲁明

我们自 1991 年 2 月始至今采用自制双腔单囊带网导管扩张治疗食管良恶性狭窄,达到了理想的治疗效果,该方法操作简便,适应证广泛,有很强的推广应用价值。现报告如下。

资料和方法

一、一般资料

本组共 235 例,男 98 例,女 137 例。年龄 8~79 岁,平均 52 岁。食管良性狭窄 203 例,其中贲门失弛缓症 186 例,食管-胃吻合口良性狭窄 15 例,化学烧伤后食管狭窄 2 例;恶性狭窄 32 例,为食管癌、贲门癌或术后复发者。狭窄病变长为 3~18cm,平均 8.2cm,其中小于 5cm 者 211 例,大于 5cm 者 24 例。发病一个月至 30 年不等,平均 1 年 2 个月。本组 1 级吞咽困难 198 例,2 级 28 例,3 级 9 例^[1]。

二、操作

术前 3 日做食管钡餐造影,观察狭窄部位、范围及狭窄程度,选择不同规格球囊导管扩张治疗^[2]。1 级吞咽困难,狭窄在 0.8cm 以上者选用直径 3.0cm 球囊;2 级吞咽困难,选用 2.5cm 球囊;3 级吞咽困难选用 2.0cm 球囊导管。术前 15 分钟肌注 20mg654-2,术前 5 分钟用利多卡因行喉头喷雾麻醉。将导管送入食管狭窄处。球囊远端要超过狭窄远端 0.5cm,作球囊扩张,通常充气持续 5~15 分钟,间隔 5 分钟后,重复扩张 2~3 次。对范围较长者,采用重叠法,分段扩张。术后当日进流食,给予抗生素、止痛解痉剂对症处理。3 天后做食管钡餐,观察扩张后情况,一周后做第二次扩张,2 周后做第三次扩张。扩张结束 3 个月随访一次。对个别复发者可重复扩张。

结 果

本组 235 例患者均完成了扩张治疗,但操作时亦有少数狭窄程度较重者发生下管困难,此时我们在导管内径中下引导丝先通过狭窄处,再沿导丝下扩张导管。

我们将治疗结果分为显效:由 1、2 级吞咽困难变为 0 级,且无复发者,或由 3 级吞咽困难变为 1 级者。有效:由 1 级吞咽困难变为 0 级,2 级吞咽困难变为 1 级,有复发。好转:由 3 级吞咽困难变 2 级吞咽困难。无效:治疗前后无明显变化。本组显效者 137 例,占 59.29%;有效者 44 例,占 18.72%;好转者 54 例,占 22.99%;总有效率达 100%。显效和有效者均为良性狭窄者,且狭窄范围均小于 5cm 者,恶性狭窄者及良性狭窄范围较长者扩张治疗效果较差。

讨 论

食管狭窄主要病因是:①贲门失弛缓症:186 例,占 79.11%;②食管、贲门或近端胃大部切除后吻合口狭窄:15 例,占 6.38%;③食管和/或贲门癌 32 例,占 13.9%。

在对上述三种疾病的扩张治疗中,贲门失弛缓症效果最佳,均能达到显效;食管、贲门或近端胃大部切除后吻合口狭窄疗效次之,治疗效果多为有效;食管和/或贲门癌扩张后均有好转,但因恶性组织生长速度快,易引起再狭窄,远期疗效欠佳。所以对贲门失弛缓症患者引起的食管狭窄应首选扩张治疗,对吻合口狭窄患者,食道癌和/或贲门癌可解决近期吞咽困难,改善生活质量。

参考文献

1. 翟仁友,戴定可.食道支架治疗食道良恶性狭窄.中华放射学杂志,1995,29:465.

作者单位:071000 保定市解放军 252 医院放射科

2. 张荣泽, 沈荣庆, 印经熙, 等. 自制球囊导管作食道和已状结肠吻合口狭窄打张术四例报告. 临床放射学杂志, 1988, 7: 150.

3. 江绍基. 临床胃肠病学. 第 1 版. 上海: 上海科学技术出版社. 1981. 181.

经皮穿刺摘除颈椎间盘突出治疗颈椎间盘突出

池宝成 潘鑫 高淑兰 郭文丽 王百军 白勇

颈椎间盘突出症是临床上一种常见疾病, 自无创伤性的影像 CT、MRI 检查应用以来, 颈椎间盘突出症进一步得到了明确诊断。以往颈椎间盘突出症的治疗, 以牵引、按摩、局部用药等保守治疗为主, 但一部分患者难以奏效。只有靠外科手术治疗, 外科手术创伤大, 恢复慢, 部分术后颈部活动受影响。

继周义成报告用经皮穿刺摘除术 (PCD) 治疗颈椎间盘突出症后, 我们 1997 年 6 月应用济南龙冠公司生产电动式 PCD 切割器对 15 例, 23 个颈椎间盘突出行 PCD 治疗, 均获优、良效果, 现报告如下。

资料与方法

一、一般资料

15 例, 23 个椎间盘突出行 PCD 治疗, 其中男 14 例, 女 1 例。年龄 35 ~ 67 岁, 平均 51 岁。病史为 1 个月 ~ 2 年。主要临床症状有: 阵发性高血压 1 例, 双眼胀痛 1 例, 枕、颈、臂、手部麻木 11 例, 小便失禁、平衡障碍、行走不稳 1 例, 临床分型及分级参照全国颈椎病专题座谈会所定标准而定本组 15 例中脊髓型 6 例, 神经根型 6 例, 交感神经型 2 例, 混合型 1 例。瘫痪分级情况为: I 级 13 例, II 级 1 例, III 级 1 例。

二、适应证及禁忌证

(一)、适应证: (1) 患者症状、体征较重、影响日常生活和正常工作, 经非手术治疗 2 个月无效者; (2) 神经根或脊髓压迫症状性加重或突然加重, 或反复发作; (3) 症状突然发作确诊为椎间盘突出, 脊髓压迫明显者; 但每例均需有

符合诊断要求的颈椎正、侧位、双斜位 X 线片和颈椎 CT、MRI 片证实为椎间盘膨出或突出。

(二)、禁忌证: (1) 临床症状、体征轻, 经保守治疗或休息有效者; (2) 虽有临床症状但影像学检查阴性者; (3) 临床检查和影像学检查符合椎间盘突出, 但合并有椎管内肿瘤, 或脊髓本身有病变者, 椎体感染等者; (4) 病史长, MRI 示脊髓变性, 估计术后不能恢复者; (5) 椎间盘突出合并黄韧带肥厚、钙化、骨质增生致骨性椎管狭窄; (6) 有严重心、脑血管病或神经精神病患者, 均属非本手术治疗适应证。

三、手术方法

(一)、(1) 切割设备: 济南龙冠公司产电动式颈椎间盘切割器; (2) “C” 臂带影像增强器 X 线机。

(二)、术前准备 (1) 术前检查血常规、血沉, 出、凝血时间; (2) 手术前一天应用抗生素; (3) 术前 20 分钟肌注 20mg654-2 (无禁忌者), 减少术中气管分泌物。

(三)、手术方法 (1) 患者取仰卧位, 肩部垫高, 使头、颈尽量后伸 (便于手术操作); (2) 术野按外科手术范围消毒, 铺无菌巾; (3) 电视透视定位; (4) 利多卡因局部皮肤麻醉, 用尖刀片顺皮纹切开 4mm 小口; (5) 一般取右侧颈前外侧入路, 侧位电视透视导向下, 左手拇指向左侧推移气管、右手持定位针沿左手拇指与气管右缘大约与脊柱矢状面成 15 度角, 斜向左后方刺入病变椎间隙内, 勿穿出椎体右缘, 取出定位针芯, 沿定位针逐级插入扩张器及工作套管致纤维环处, 取出靠近工作套管的 2 级扩张器, 插入

作者单位: 110032 沈阳铁路局总医院介入放射科