

脉血流回流而相对缓解门脉高压状况,对防止或减少食管-胃底静脉曲张破裂出血的机率有帮助。本组病例未发生严重后遗症及死亡,故认为慢性肝炎肝硬化继发脾功能亢进,采用 PSE 治疗是一种损伤小,副反应少,安全程度高,疗效好的方法。

本组病例发热平均天数 17 天,与孙大裕等报道接近,发热过程中患者精神状态良好,较少出现畏寒、乏力等征象。发热时间长短可受术前用药与否,用药时间长短影响,对于一般发热、腹痛,常规使用消炎痛就能控制症状。

有人提出,对于巨脾一次栓塞面积应控制在 40% 以下较为安全,亦可分次进行,不宜一次性大面积栓塞,如首次栓塞面积达 70% 或 70% 以上,脾循环血流大部分阻断后,门静脉血流可逆流至脾,将大肠杆菌带入梗塞液化区而导致脾脓肿发生。本组 1 例首次栓塞面积达 70% 以上,在引流物培养中为大肠杆菌生长便是一次最好的证明及教训。在 CT 表现上脾栓塞区出现明显水样低密度区及空气影,呈蜂窝状改变,CT 值在 69Hu 左右。有作者认为在发生脾液化脓肿后主张采用穿刺引流法完全可以治愈。

关于栓塞面积的探讨。作者在实际工作中探索使用不同的方法来估测栓塞面积,但均难以达到理想的目的。作者曾对 6 例栓塞患者进行 CT 扫描,发现 CT 所测栓塞区面积明显大于术中估测栓塞面积。因此作者认为在 PSE 术中应严格控制栓塞面积并应有所保留,以免使栓塞面积超过 70%,有人

认为根据脾血流缓慢,脾实质显影迟缓来指导栓塞面积,另有人提出根据脾 2、3 级分支栓塞术前、后数目的比较来估测栓塞面积。

作者认为将导管尽可能超选择至脾中或和下极支栓塞有以下优点:①对脾中或和下极动脉的栓塞能准确而可靠地栓塞 30%~60% 的脾动脉分支,易于掌握栓塞面积,②明胶海绵微粒栓塞外周小动脉后,短时间内不易形成侧支循环,因而血管再通和脾功能亢进复发的可能性相对减少。③超选择插管避免了误栓胰腺供血动脉的可能。④脾脏中、下极与膈无接触,术后不会刺激左侧膈肌和网膜产生反应性炎症,胸腔积液。⑤脾脏中、下极与大网膜相毗邻,梗死造成的局部腹膜炎性反应可导致大网膜向脾游走并包裹脾脏,以减轻局部刺激和腹痛症状。

#### 参 考 文 献

1. 陈星荣,朱宝荣,孙大裕.脾栓塞疗法.中华放射学杂志.1983;17:300
2. 孙大裕,朱宝荣,陆玮等.脾栓塞治疗肝硬化并发脾功能亢进.中华消化杂志.1984;3:144
3. 刘士俊.部份性脾栓塞治疗脾功能亢进(附 6 例报告).介入放射学杂志.1994;3:98
4. 王兴臣,韩毅,毛峻岭.脾栓塞治疗脾功能亢进(附 3 例报告).中华放射学杂志.1992;26:708
5. 陈勇,李彦豪.部分脾栓塞治疗儿童遗传性贫血的术后反应、并发症及其处理.中华放射学杂志.1995;8:534
6. 李京雨,张新国,赵振琴等.部分性脾动脉栓塞方法的探讨.介入放射学杂志.1994;1:15

## • 病例报道 •

### 国产带膜内支架治疗食管-支气管瘘一例

高德 程淑霞 边敏

患者,男,69 岁。因左肺中心型肺癌 9 个月行 3 次介入治疗(BAI+BAE)后 4 个月再行“加速器”放疗后 1 个月出现呛咳呼吸困难 2 天入院。进食即呛,尤以流管为著,并咯出大量含液体食物、痰液及胃内容物。查体:恶性体质,神志清,浅表淋巴结未及肿大,左肺叩浊音,呼吸音弱,中下野可闻及较多痰鸣音。右肺(-),必脏听诊(-)。X 线检查:先后吞服 76% 泛影葡胺 15ml、10ml 透视及点片示:大部分造影剂顺利进入胃内,部分於食管胸段平第 7 胸椎处向左侧外

溢,瘘道显示清楚,左下支气管分支显影,其密度与胃内造影剂密度一致。胃镜:距门齿 27cm~31cm 处见长 4cm 椭圆形瘘口。诊断:食管-支气管瘘。治疗:在胃镜下,把导丝送入瘘道口远端,通过导丝放入支架推送系统,国产带膜记忆合金金属内支架一次安放成功,支架位置,扩张正常。即饮温水 100ml 未呛咳,进流食 3 天后 X 线复查:内支架位置、展开正常,造影剂顺利通过,无外溢。