

下动脉分支甲状颈干,胸段支气管分叉以上选择左支气管动脉食管支,分叉以下选择主动脉左前壁的食管固有动脉,腹段插入胃左动脉和左膈下动脉^[1],肿瘤跨过两段者则分插 2 支血管。所用化疗药物选择 5-Fu 500mg/m² DDP50mg/m² MMC 10mg/m²,化疗后 2 周行血常规检测,对骨髓抑制给予处理。

结 果

12 例病人进行了内支架置入术,放置内支架 12 枚。支架最长 12cm,最短 6cm,其中 1 例因食管瘘放置一枚覆膜内支架。技术成功率为 100%,随访观察未发现术后支架滑脱及移位情况,亦未发现食管穿孔及出血,内支架放置后病人食管梗阻征象迅速缓解并逐步恢复正常饮食,营养状况改善,体重增加,生活质量提高。进行动脉化疗时由于肿瘤血管相对增粗,因此行动脉插管成功率 95%,对于未发现供血动脉者则选择癌肿上 1cm 主动脉灌注。随自由血流进入癌肿内达到杀伤肿瘤细胞的目的。经过该技术治疗后 1 个月,与治疗前相比,患者体重均明显增加,每例平均增加 3kg。Karnofsky 评价指标从平均 50~60 上升为 80~90 分,生存期随访观察显示 2 例仅行内支架治疗,未行动脉化疗者分别于术后 1 个月和 3 个月死亡,接受动脉化疗的 10 例病人中已死亡者 5 例(生存期 6~12 个月)。另 5 例仍生存于随访治疗中(4~14 个月)。

讨 论

食管癌晚期病人大多出现食管狭窄征象,它不仅严重影响病人的饮食状态,恶化营养状况,而且影响病人对治疗的信心。此时解决食管狭窄显得尤为

重要。因此食管支架的治疗是必要的。本组 12 例病人内支架治疗后,狭窄均明显缓解。营养状况迅速改善。卡氏评分亦由原来的 50~60 上升为 80~90 分。在此组病例中对于支架治疗较差的分析其原因,有以下几点:(1) 对于颈段食管癌由于位置较高,咽异物感明显,病人产生恐惧心理,从而导致进食恐惧;(2) 肿瘤位于贲门胃底与食管下段癌浸润性生长,从而出现贲门狭窄,行内支架治疗后,由于贲门失去括约功能,造成食物反流,产生反流性食管炎症状,效果同样较差。最理想的状况为位于中段食管,长度为 4~6cm 左右,我们随访观察中生存期较长者均属此类型。虽然内支架治疗可缓解病人进食困难症状,但并未抑制肿瘤的生长,因此随后进行的动脉化疗尤其重要。在本组行动脉化疗的 10 例病人中,已死亡 5 例,生存期达 6~12 月,平均 8 个月。其中死于胃癌性穿孔 1 例。消化道出血 2 例,多脏器衰竭 2 例,生存的 5 例中最长生存期已达 14 个月。通过上述具体病例的分析,我们可以看出,在支架放置解决梗阻的同时给予肿瘤供血动脉内化疗,可明显抑制肿瘤的生长,延长生存期,与内支架治疗形成相辅相成之势。

上述两种治疗措施的结合,产生良好的治疗效果,但无论是国产及进口支架均为金属支架,置入食管后,不能随着食管蠕动波运动,从而产生一系列临床症状,尤其对于支架较长者,影响食管正常蠕动功能更明显。因此我们盼望着更加符合人类生理功能的新支架问世。

参 考 文 献

1. 李麟荪. 临床介入治疗学. 江苏科学技术出版社, 1994. 16.

(收稿: 1999 05 04)

·消息·

全国创伤与急症介入放射学研讨会在桂林召开

《介入放射学杂志》社与桂林医学院附院联合举办的“全国创伤与急症介入放射学研讨会”,于 1999 年 9 月 24 日~27 日在桂林如期召开。参会代表来自上海、北京、江苏、山东、河南、湖北、广东、广西和解放军。会议还特别邀请了美国纽约州立大学医学中心 Scifani 教授和德国马尔市立医院 Apitzsch 教授。会上,两位教授分别对颈面部、肝、脾、肾、骨盆的外伤以及难治性动静脉瘘的介入治疗作了专题讲座,并与会议代表进行了热烈的探讨。国内专家、教授也就自己在创伤与急症方面的介入治疗经验,在大会上进行了交流。与会代表一致认为此次会议开得很成功,学到了很多新知识、新技术,想必通过此次会议将推动我国的创伤与急症介入放射学的发展。

(冯健麟 周志鹏)