

颈段的瘻口应选择直径稍小、镍钛合金丝细而软、覆膜薄的支架。在本研究中的 2 例颈段食管-气管瘻病例采用了体部直径 15mm、镍钛合金丝直径 0.2mm 的支架。如果直径过大、较僵硬的支架置入颈段食管后会出现较严重吞咽或颈部活动时疼痛,气管受压发生偏移或狭窄,尤其是扁平胸廓者,支架跨跃胸廓上口会压迫气管形成狭窄,重者患者会出现急性呼吸困难。②位于食管下段近贲门的瘻口应选择有防返瓣的支架,否则会形成反流性食管炎。③如果在食管-气管瘻的同时局部又有显著食管狭窄,支架置入后一般较稳定,可选用两端呈球形膨大并完全覆膜的支架,采用此类设计的支架在保证稳定性的同时又能延缓支架两端食管再狭窄的形成。如果食管-气管瘻而不伴有局部食管狭窄,应充分考虑支架的稳定性,应选择两端为大杯口状膨大的体部覆膜支架。本组中 2 例右肺中心型肺癌术后或介入化疗后所形成的食管-气管瘻患者,瘻口局部食管无明显狭窄,置入上述设计的支架后稳定性良好,未发生移位,但其中 1 例于支架置入后 4 个月在支架两端食管形成狭窄,经球囊扩张后缓解。我们通过胃镜、食管钡透、病理及随访中的动态观察并结合以往用覆膜支架治疗食管狭窄病例的回顾性分析,认为支架两端形成狭窄的主要原因:其一为肿瘤组织或肉芽组织的过度生长,并向支架腔内长入,形成再狭窄。其二为支架两端食管黏膜的皱褶炎性反应。食管钡

透表现为与支架上下口相一致的局限而规则的环形向心性狭窄,胃镜下观察可见食管于支架上口处呈规则的环形向心性狭窄,黏膜越过支架上口呈唇形伸入支架腔内,支架上口被埋入黏膜,局部黏膜表面常较光整,与支架相接触的黏膜有时可见充血或水肿。随访观察表现为渐进性吞咽困难,多在支架置入后 2~4 个月出现,局部食管球囊扩张有一定效果,但往往在 3~4 周后复发,每次狭窄的胃镜及食管钡透表现均相似。④瘻口较大或有大的坏死腔的患者应选择长一些的支架,支架要覆盖整个坏死腔区域,支架过短可在支架覆盖区域外形成新的瘻口。

总之,覆膜镍钛合金支架是治疗恶性食管-气管瘻的简便、安全、有效的方法。

#### 参考文献

- 1 Tomaselli F, Maier A, Sankin O, et al. Successful endoscopic sealing of malignant esophageotracheal fistulae by using a covered self-expandable stenting system. *Eur J Cardio Thor Surg*, 2001, 20: 734-738.
- 2 梁秀芬,任炜,余国政,等.食管支架选择应用的临床探讨.介入放射学杂志,2001,10:349-350.
- 3 韩新巍,李天晓,王瑞林,等.癌性食管-气管瘻的被膜自膨胀式金属内支架植入治疗.中华放射学杂志,1997,31:741-743.
- 4 Saxon RR, Morrison KE, Lakin PC, et al. Malignant esophageal obstruction and esophagorespiratory fistula: palliation with a polyethylene-covered Z-stent. *Radiology*, 1997, 202: 349-353.

(收稿日期 2003-03-26)

## · 临床经验 ·

### 重症急性胰腺炎的早期介入治疗

谢海 王保渔 张国靖 向守萍

重症急性胰腺炎是一种发病急、进展快、并发症、病死率高的严重疾病。其治疗方法尚在探索、完善。重症急性胰腺炎经动脉插管区域动脉灌注是近年研究的热门课题,无论在基础研究还是临床应用方面都在逐年增多<sup>[1]</sup>。本院对 4 例重症急性胰腺炎患者采用早期区域动脉灌注取得了良好效果,现报道如下。

#### 材料和方法

##### 一、临床资料

本组重症急性胰腺炎 4 例,男 3 例,女 1 例,年龄为 30~43 岁,平均 35 岁,发病前有酗酒及饮食不当史 3 例,既往有胰腺炎 2 例,症状为腹痛、腹胀、恶心呕吐,体检见腹壁紧张、上腹部有压痛、反跳痛,4 例均经血、尿淀粉酶及 CT、B 超检查,确诊为重症急性胰腺炎。一经确诊为重症急性胰腺炎后,1~2d 内立即行动脉插管灌注治疗。

##### 二、治疗方法

经皮改良 Seldinger 技术股动脉穿刺,根据 CT 表现,按胰腺不同的病变部位将导管分别置于胃十二指肠动脉、胰十二指肠上动脉、脾动脉、胰背动脉,

其中胰十二指肠上动脉、胰背动脉超选有困难,我们用 3F 微导管同轴法漂注到达理想位置,导管留置固定,连接输液泵。然后经导管灌注①5-氟尿嘧啶 500mg/24h;②通过血胰屏障的第三代头孢菌素,常规用量;③复方丹参 8~16ml/24h,外周静脉同时滴注右旋糖酐;④地塞米松 5~10mg/24h。用微泵持续 24h 给药,平均为 7~16 d,症状好转后药物剂量减半至症状消失后停药。其他治疗措施还包括:①禁食,胃肠减压;②补充血容量,抗休克,纠正水电解质紊乱;③吸氧,必要时镇痛治疗;④加强监护,预防多器官功能不全;⑤胃管内早期灌注生大黄液,促进胃肠功能恢复;⑥营养支持,主要以胃肠外的营养支持。

## 结 果

本组 4 例,插管均获成功,未见因置管引起的严重并发症。持续动脉药物灌注 7~16 d,平均 10 d,患者均在 48~72h 内腹痛、恶心呕吐消失,腹部体征缓解,3~6 d 内恢复胃肠功能,血清淀粉酶水平 1d 后降为正常。区域动脉灌注治疗结束后,均行 CT 和 B 超检查,见胰腺肿胀消退,低密度坏死灶缩小或消失,胰周外渗液吸收。无一例出现应用 5-氟尿嘧啶而引起的白细胞降低。

## 讨 论

重症急性胰腺炎是临床常见的重症急腹症之一,发病急骤,临床过程凶险,不易控制,病死率高。多数学者指出早期重症急性胰腺炎宜避免手术,应该以保守疗法为主。研究表明,大量使用抗生素可以有效的降低重症急性胰腺炎的感染率和病死率<sup>[2]</sup>,而给药渠道以区域动脉灌注为最佳方式,它能使药物经胰腺供血动脉直接进入胰腺组织,局部有效浓度高,治疗作用强,同时灌注动脉应尽量接近炎症部位,即向“超选灌注”方面发展。重症急性胰腺炎按病程分为 3 个阶段:①急性反应期;②全身感染期;③残余感染期。区域动脉灌注主要用于重症急性胰腺炎的急性反应期阶段治疗。早期的重症急性胰腺炎经过区域动脉灌注治疗后,多在全身急性

反应期自愈。可能是因为区域动脉灌注导向治疗使胰腺坏死部位的药物浓度升高,防止了感染和抑制炎症进一步发展。

根据重症急性胰腺炎临床特点,区域动脉灌注一般四联用药,抓住胰酶的释放和激活,全身炎症反应综合征(SIRS),胰腺微循环障碍,胰腺及胰周坏死组织继发及全身感染四个环节,同时逐部地提高胰腺和胰周组织的药物浓度<sup>[3]</sup>。①5-FU 抑制胰酶的合成和分泌,使胰腺的自身消化减缓或停止,炎症减轻,水肿逐渐消退<sup>[4]</sup>。②复方丹参改善胰腺的微循环。③地塞米松可以抑制 SIRS,平衡免疫应答反应。④有效预防和控制早期感染尽量减少坏死的发生是重症急性胰腺炎治疗的关键<sup>[5]</sup>。针对肠源性革兰阴性杆菌移位,选用能通过血胰屏障的第三代头孢类药物,到达胰腺组织,可有效的预防感染和感染扩散。


总之,重症急性胰腺炎的治疗是综合治疗,应以积极、有效的非手术治疗为主(特别是急性反应期),而区域动脉灌注正是一种有前途的保守疗法。区域动脉灌注是急性胰腺炎的新疗法,早期的区域动脉灌注治疗可减少重症急性胰腺炎的并发症、病死率,缩短病程,减少平均住院时间,是综合治疗的补充及创新<sup>[6]</sup>。而动脉的高选择性和药物的复合灌注是区域动脉灌注治疗重症急性胰腺炎最好方式,疗效优于静脉给药和早期手术治疗,为非手术治疗重症急性胰腺炎可靠而有效的治疗方法,值得推广应用。

## 参 考 文 献

- 1 冯耀良,钱祝银,刘训良,等.经导管区域灌注和全身给药治疗重症急性胰腺炎的对照研究.放射学实践,2003,18:91-92.
- 2 陆永良,顾凤元,李鸿伟,等.区域动脉灌注治疗重症急性胰腺炎 116 例报告.中华肝胆外科杂志,1999,5:94-96.
- 3 陈杰,马凤藻,游凯涛,等.重症急性胆源性胰腺炎的治疗和手术时机的选择.肝胆外科杂志,2003,11:32-35.
- 4 张金山,张雪哲,欧阳塘,等.腹部介入放射学.北京:北京科技出版社,2000,116.
- 5 张羽中,李非,孙家邦.区域动脉灌注治疗重症急性胰腺炎的进展.中华肝胆外科杂志,2001,7:575-576.
- 6 祝跃明,倪民,徐炜.区域动脉灌注治疗急性坏死性胰腺炎-CT 分析.放射学实践,2002,17:222-224.

(收稿日期 2003-06-16)

# 重症急性胰腺炎的早期介入治疗

作者: [谢海](#), [王保渔](#), [张国靖](#), [向守萍](#)  
作者单位: [635000, 四川省达县人民医院介入室](#)  
刊名: [介入放射学杂志](#)   
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)  
年, 卷(期): 2003, 12 (6)  
被引用次数: 3次

## 参考文献(6条)

1. [冯耀良](#), [钱祝银](#), [刘训良](#) [经导管区域灌注和全身给药治疗重症急性胰腺炎的对照研究](#)[期刊论文]-[放射学实践](#) 2003 (02)
2. [陆永良](#), [顾凤元](#), [李鸿伟](#) [区域动脉灌注治疗重症急性胰腺炎116例报告](#)[期刊论文]-[中华肝胆外科杂志](#) 1999
3. [陈杰](#), [马凤藻](#), [游凯涛](#) [重症急性胆源性胰腺炎\(SABP\)的治疗和手术时机的选择—附118例临床诊疗分析](#)[期刊论文]-[肝胆外科杂志](#) 2003 (01)
4. [张金山](#), [张雪哲](#), [欧阳塘](#) [腹部介入放射学](#) 2000
5. [张羽中](#), [李非](#), [孙家邦](#) [区域动脉灌注治疗重症急性胰腺炎的进展](#)[期刊论文]-[中华肝胆外科杂志](#) 2001 (09)
6. [祝跃明](#), [倪民](#), [徐炜](#) [区域动脉灌注治疗急性坏死性胰腺炎—CT分析](#)[期刊论文]-[放射学实践](#) 2002 (03)

## 引证文献(3条)

1. [欧阳塘](#) [经导管动脉灌注术和栓塞术在我国的发展历程及其现状](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2008 (12)
2. [胡秀香](#), [周洋](#), [郭怡佳](#) [急性坏死性胰腺炎介入治疗的护理体会](#)[期刊论文]-[中国医药指南](#) 2008 (17)
3. [陆文彬](#), [孙松](#), [李忠学](#), [张道春](#), [鲍兰芳](#) [重症急性胰腺炎的介入治疗](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2006 (4)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200306024.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200306024.aspx)

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: c20479c9-820f-433d-a337-9e4000d34125

下载时间: 2010年12月2日