

酶 20 万 U, 静滴肝素 12500U/12 小时, 第 3 天 8 时复查造影, 血栓较前进一步缩小, 通畅度明显增大, 遂拔管。以尿激酶 4 万 U/天 + 生理盐水 100ml 静滴 2 天, 后减量为 2 万 U/天维持 4 天, 肝素 12500U/天静滴共 10 天, 阿斯匹林 0.5g 口服半年。留置导管期间及拔管后 1 周内应用抗生素预防感染。总计灌注时间 41 小时, 尿激酶 62 万 U, 其中动脉灌注量为 35 万 U, 随访 4 年无复发征象。

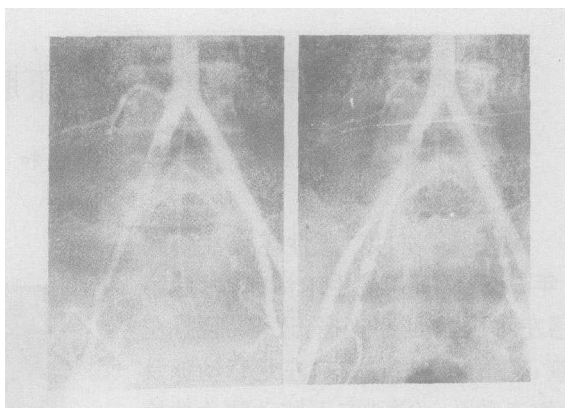


图 3: 病例Ⅱ溶栓前动脉造影显示右髂总动脉完全栓塞。

图 4: 病例Ⅱ首次灌注尿激酶溶栓后半小时造影显示右髂总髂外动脉显影较快, 部分通畅并可见髂总动脉内血栓充盈缺损范围。

## 肝门部癌肿双介入治疗二例

陈岳声 叶 强

### 讨 论

例 1. 男, 49 岁。皮肤巩膜黄染进行性加重 4 月, 大便白陶土色。肝轻度肿大。GPT < 40U, SB281. 5 $\mu$ mol/L, 一分钟 SB148. 1 $\mu$ mol/L, AFP < 20 $\mu$ g/L。B 超、CT 示: 肝门部癌肿, 肝内胆管扩张。行 PTCD 术, 一周后 SB 降至 249 $\mu$ mol/L, 一分钟 SB 降至 126 $\mu$ mol/L。二周后行 THAI 术。辅以退黄, 支持等药物治疗。术后病情稳定, 黄疸减轻。

例 2. 男, 53 岁。皮肤巩膜黄染进行性加重 2 月, 大便白陶土色。肝轻度肿大, 腹水征(+)。SB486 $\mu$ mol/L, AFP188. 7 $\mu$ g/L。CT 示: 肝门部癌肿, 总胆管阻塞, 肝内胆管扩张, 腹水。行 PTCD 术, 并辅以退黄, 支持等药物治疗。一月后行 THAI+THAE 术, 术后症状改善, 腹水消退, 黄疸明显减轻。SB141. 3 $\mu$ mol/L, 一分钟 SB73. 9 $\mu$ mol/L THAI+THAE 术后二月内行外科内转流术。

肝门部原发癌肿, 特别是肝胆管上皮癌肿, 为梗阻性黄疸的重要原因之一。临床以进行性黄疸为主要表现, 而癌肿本身生长缓慢, 远处转移少, 确诊时常属晚期, 失去手术根治机会。致死原因多为长期胆管梗阻致淤胆性肝硬化, 肝功能衰竭死亡。对这类病人, 治疗上应及时缓解黄疸, 减轻肝损, 辅以支持治疗, 再行抗癌。本文 2 例经过 PTCD 退黄及全身支持治疗后, 再行 THAI (或加以 THAE) 治疗, 其结果确改善了病情。例 2 并经Ⅱ期手术, 将外引流改为内引流, 得以生活自理。

PTCD 在明确病变部位、大小、范围及性质上很有帮助, 对不能手术的晚期肝癌病员, 目前介入化栓治疗是一公认的有效措施。故对肝门部癌肿, 双介入疗法有延长生存, 提高生存质量的效果, 并可为Ⅱ期手术创造条件。

作者单位: 200072 上海铁路局中心医院