

浓度大,作用迅速,效果好,可使闭塞血管完全再通,而药物的副作用却较低。至于其临床症状、体征的恢复程度,则与发病时间长短密切相关,尤其是急性心梗和急性脑梗死有明显的治疗时间窗,如在发病较短的时间内开始溶栓治疗,可使病变血管完全再通,症状体征也可完全消失,但如发病时间超过一定时间段,即使血管再通也不能避免供血组织坏死,症状体征也不能完全消失,而出血的并发症却可能增加。溶栓治疗时,如怀疑有心壁或静脉血栓存在时溶栓治疗应慎重,给药速度和剂量均应适当控制,避免意外栓塞的发生。对于急性出血性病变,介入治疗通过将导管直接插至出血的血管内将其栓塞,使该血管血流中断,出血迅速停止,其效果明显优于内外科治疗措施。

介入技术在急救领域中的应用除本文提到者外还有许多项目已见于文献报道,而且因其具有创伤小,操作简单、安全,见效快,效果好等优点,可起到

事半功倍的效果。可见介入技术在急诊治疗中有着广阔的应用前景,必将成为现代急救医学的重要治疗手段。

参 考 文 献

1. 张金山,王茂强,杨立,等.经颈静脉途径肝内门体分流术的临床应用.中华医学杂志.1994,74:150-153
2. 杨海山,双介入方法治疗食道静脉曲张破裂的疗效观察.中华放射学杂志,1997,28:535-537.
3. Remy J, Arnaue G, Fardol M, et al. Treatment of hemoptysis by embolization of bronchial arteries. Radiology. 1997, 122: 33-36.
4. 阎农,刘卓,于雷,等.经皮冠脉根部插管溶栓治疗急性心肌梗塞临床研究.中国急救医学.1998,18:24-25.
5. 单鸿,邵国庆,李少文,等.急性闭塞性脑血管病的腔内溶栓治疗.中华放射学杂志.1996,30:595-597.
6. 张生林,牛争平,魏利华.6小时外脑梗塞溶栓治疗的探讨.中国急救医学.1998,18:18-19.
7. 蒋世良,戴汝平,徐仲英,等.动脉内溶栓治疗外周动脉阻塞性病变.介入放射学杂志.1994,3:6-8.

(收稿:1999-07-18)

• 临床经验 •

内支架置入并动脉化疗治疗食管恶性狭窄

戚晓军 刘伟 高文斌 吕明 刘阳

食管癌发展至晚期时常出现食管狭窄,导致病人有进食困难,恶液质等临床表现,为解决食管恶性狭窄,我院采用食管支架置入结合食管动脉化疗治疗恶性狭窄,效果显著。现将我们自1997年10月至1999年1月治疗12例病例的总结报告如下。

材料与方 法

一、临床资料

自1997年10月至1999年1月,我科收治了12例因食管癌致恶性狭窄的病人,其中男性10例,女性2例,年龄47~79,平均年龄64岁。所有病例均经食管钡剂透视及食管镜检,病理学检查证实为鳞癌。病变长度为1~12cm,平均7.5cm。癌肿位于食管上段者2例,中段者8例,下段者2例,其中1例为食管贲门双发癌,1例出现肝转移,1例出现食管气管瘘。生活质量卡氏评分50~60分。

二、内支架置入方法

所有操作均在X线电视监视下进行,先用1%地卡因溶液作咽部表面麻醉,通过聚四氟乙烯导管将0.038in导丝通过狭窄段送至远端达胃内,然后通过Cobra导管更换超滑导丝为超硬导丝,将球囊沿导丝送入到狭窄段,行扩张术(根据狭窄段长度选择不同长度的球囊)。同时确定病变上下段位置,做好标记。扩张成功后,沿导丝送入支架输送系统,我们采用Premium自膨式镍钛合金食管支架,整个支架长度根据狭窄病变长度来选择,要求支架比病变长出2~4cm。定位后将压缩的支架放在狭窄部,支架留置后,即行食管造影观察其开通情况。

三、动脉灌注化疗

本组12例病人,2例未行动脉化疗,其余10例均于内支架置入术后1周行选择性肿瘤动脉插管化疗,10例共行动脉灌注药物25次,其中最多达5次,最少达2次。平均每人2.5例次。每次间隔3~4周,具体操作是采用Seldinger改良法行股动脉穿刺,经导丝导入Cobra导管,根据病人的肿瘤位置不同,选择其特定肿瘤供血动脉。上段肿瘤选择锁骨

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,学到了不少新知识、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)