

大量造影剂弥散。由于复通程度与妊娠机会成正比,所以复通要尽量达到Ⅱ度以上。本组病例Ⅱ度与Ⅲ度占 90.8% (79/87), 15 例妊娠者复通程度均在Ⅱ度以上。

### 参 考 文 献

1. Thurmond AS, Rosch J. Nonsurgical fallopian tube recanalization for treatment of infertility. Radiology, 1990, 174: 371.
2. Rosch J, Thurmond AS, Uchida BT, et al. Selective transcervical fallopian tube catheterization: technique update. Radiology, 1988, 168: 1.

3. 杨珂, 戚延龄. 临床妇产科子宫输卵管造影学. 天津人民出版社, 1974.
4. 颜小琼. 妇产科影像学. 天津科学技术出版社, 1993, 7: 336.
5. 任连兴摘. 选择性输卵管造影和输卵管再通术. 国外医学. 临床放射学分册, 1991, 6: 371.
6. 詹晓星, 杨建勇, 李红发, 等. 选择性输卵管造影和再通术(附 70 例报告). 中华放射学杂志, 1992, 26: 437.
7. 吴文劲, 王先岭, 文进春, 等. 选择性输卵管造影和再通术对阻塞性不孕的疗效分析. 中华放射学杂志, 1994, 28: 777.
8. 邢丽华. 子宫输卵管碘水造影及选择性输卵管介入再通治疗不孕症. 实用放射学杂志, 1997, 13: 298.

(收稿: 1999-09-07)

## • 临床经验 •

### 球囊扩张术治疗食管-胃吻合口狭窄

邓晓涛 张永春 于经瀛

食管-胃手术后吻合口狭窄是临床经常遇到的问题。治疗手术后吻合口狭窄,除了采用再次手术外,传统方法是经口插入橡胶或金属材料制成的扩张器,进行治疗。该方法具有易复发和穿孔的危险。本组对 21 例食管-胃吻合口术后狭窄病人,采用电视引导下球囊扩张治疗,现作回顾性分析。

### 材料和方法

#### 一、病例

自 1996 年 1 月到 1999 年 2 月,对手术治疗后的食管-胃吻合口狭窄的 21 例病人,实施球囊扩张术。本组 21 例,男 16 例,女 5 例,年龄 54~72 岁。平均年龄 63 岁。食管贲门癌 12 例(其中 1 例术后吻合口放置金属内支架)。食管下端静脉断流术 3 例,食管下段癌 6 例。所有病人均有明显吻合口狭窄。本组轻度狭窄(钡剂造影显示狭窄管径在 5~10mm) 3 例(14.2%),中度狭窄(管径在 3~5mm) 11 例(52.4%),重度狭窄管径 < 3mm 7 例(33.3%),其中 5 例不能进食,靠输液维持营养。

#### 二、扩张方法

(一) 术前 确定狭窄部位和狭窄程度。

(二) 透视下依次插入超滑导丝导管至狭窄部位,并交换插入直径 0.89mm 超硬珠头钢丝至胃远端,沿珠头钢丝将球囊插到狭窄部,用有刻度指示压

力的注射器,推注 30% 泛影葡胺 6~8ml,显示球囊扩张形态。当球囊中心狭窄部切迹消失后,持续 1~4 分钟后,回抽球囊造影剂。视病人情况,可反复 2、3 次。如病人无明显异常,可立即口服钡剂进行造影检查,观察吻合口扩张情况,术后观察 1~2 小时后回家。扩张术当天可进半流食,术后 24 小时后可进较稠食物。术后口服抗生素 1~3 天。如一次扩张效果不明显,可在术后 7~15 天行第二次扩张。

### 结 果

本组 21 例病人共进行 53 次扩张,其中扩张 1 次 2 例; 2 次 11 例; 4、5 次 8 例; 所有病人扩张后马上能进水或钡剂,无梗阻感。17 例(80%) 造影显示吻合口有不规则改变。但未发现穿孔和纵向粘膜撕裂征象。随访时间(最长 3 年 2 月,最短 3 月,平均 14 月) 均能进普食或进食稍慢。

### 讨 论

球囊扩张术适合各类胃肠道狭窄。上胃肠道术后狭窄为最佳适应证。食管蹼和先天性狭窄、食管烧伤性狭窄、贲门失弛缓症均为较好适应证。球囊扩张术时间选择,通常是在手术后 3~4 周施行。过早扩张除了会造成吻合口的破裂之外,有的狭窄很可能为吻合口水肿等其它因素引起的假狭窄。对于食管灼伤后的狭窄,则只有在瘢痕形成后施行,大约在 3 个月之后。

Manuel maaynar 报道 35 例食管狭窄病人, 其中外科术后吻合口狭窄扩张成功率在 87%, 平均每人扩 3.75 次(成功的标准为: 摄入液体或固体均无吞咽困难症状)。本组 21 例, 平均每人扩张 2.5 次, 随访时间为 3 个月~ 3 年 2 个月, 扩张成功率为 100%。我们认为选择合适球囊, 掌握好扩张压力和扩张持续的时间是收到良好的临床效果的关键。有报道称曾用 2 个直径 20mm 球囊重叠在一起同时扩张贲门失弛缓症和吻合口狭窄, 收到较好效果。然而, 采用相对价格较便宜的单个 20~ 22mm 直径球

囊多次扩张亦可达到预期效果。实践中, 我们认为: 吻合口扩张后, 可以在 24 小时后进部分较稠食物, 少吃多餐, 因为每次进食都是生理性的扩张, 更有利于吻合口长期通畅。并发症的问题应予重视, 为了防止扩张时出现食管穿孔, 我们不给病人止痛药, 以便在扩张术中了解病人情况。另外很重要一点是要和临床医生密切合作, 尽管该方法具有相对安全, 简便特点, 但是, 如果一旦出现意想不到的并发症就会难以应付, 特别是在年老体弱或长期进食不良的病人, 出现意外情况应即予处理或收住院治疗。

(收稿: 1999-05-12)

## • 临床经验 •

### 非血管性介入药物治疗阻塞性腮腺炎的临床分析

孙滨波 沈阳 王慧民 杜向东

阻塞性腮腺炎常由腮腺管结石等原因所致。治疗困难对患者生活影响很大。近年我们用微导管技术治疗阻塞性腮腺炎取得一定效果, 现报告如下。

#### 材料和方法

##### 一、临床资料

本组 6 例, 男 4 例、女 2 例, 年龄 40~ 55 岁, 平均年龄 48 岁, 腮腺炎病程 1~ 2 周, 患者全部以腮腺肿大入院。临床表现为单侧或双侧腮腺肿大, 局部皮肤发红、伴有高热、口干、食欲不振。血常规为白细胞增高。临床大剂量抗生素治疗效果欠佳。

##### 二、治疗方法

患者仰卧、下颌抬高, 在上颌第二磨牙部位找到颊粘膜乳头口。局部消毒。肌注阿托品减少口腔粘膜及唾液的分泌。先用微导丝通过腮腺乳突口进入腮腺管, 后将微导管引入, 拔出同轴导丝, 固定好导管推注 1% 普鲁卡因一支, 在 DSA 监视下将造影剂缓缓地推入腮腺管内动态观察腮腺管的走行。是否出现腮腺管的阻塞、狭窄及腺泡充盈情况。然后将抗生素和糜蛋白酶通过微导管缓慢加压推入腮腺管及其分支内。拔出导管手术完毕, 以观疗效。术后

口服烟酸, 促进唾液分泌。

#### 结 果

6 例阻塞性腮腺炎的患者经微导管非血管性介入治疗, 无并发症出现, 2~ 3 天后局部红肿逐渐消退, 配合临床药物治疗, 患者痊愈出院。

#### 讨 论

对阻塞性腮腺炎过去临床采用 6~ 7 号针头插入腮腺管乳头口内进行造影, 往往造影效果欠佳。我们用微导管直接进入腮腺管及其分支内进行造影和药物治疗, 临床效果满意。

阻塞性腮腺炎主要是腮腺管及其分支不通畅而出现的腮腺炎症, 而用微导管选择性地进入阻塞部位进行抗炎和抗粘连治疗, 使局部的药物浓度增高, 使其直接杀灭病菌或病毒的感染。这比静脉滴注抗生素治疗阻塞性腮腺炎来的直接、见效快, 使患者尽快恢复健康。

我们通过用微导管治疗阻塞性腮腺炎, 认为此方法可靠、易行、简单, 值得推广和发展。

(收稿: 1999-06-29)

作者单位: 830002 新疆生产建设兵团医院