

行,而且价廉,但诊断符合率较低,本组仅为44.0%,大大低于文献报道的80.9%~88.5%^[2,3]。随着影像诊断技术的发展,CT的应用已相当广泛,据报道CT对梗阻性黄疸病因的诊断正确率可达85.4%^[3],而本组仅为65.0%。其原因主要是对梗阻性黄疸病人未能全部采用规范化CT检查,即常规运用静脉增强,兴趣区加薄层扫描,或螺旋CT扫描。薄层扫描和螺旋CT扫描可显著提高肝门占位性病变、胰头癌和壶腹癌的检出率。本组PTC的病因诊断正确率为89.2%,与文献报告相似^[3],病因诊断正确率明显高于B超和CT,是显示胆管梗阻部位、阻塞段形态特征最准确的方法^[4]。因此,目前对于老年梗阻性黄疸病人,PTC仍不失为一种很好的检查方法。

三、PTC检查的安全性和临床诊断价值

PTC虽属创伤性检查,可有胆汁性腹膜炎、肝损伤、出血等并发症发生的可能,但本组病例在实际操作中均未发生严重并发症,且一次穿刺成功率高。本组37例中,36例均1次穿刺成功,仅1例进行了第2次穿刺,1次穿刺成功率达97.3%。故只要掌

握正确的操作方法,对老年人来讲PTC检查仍相当安全。

我们认为对老年梗阻性黄疸病人的影像学检查首先仍为B超及CT,CT因其在评估肿瘤侵犯范围、远处转移及手术可否切除等方面要明显优于B超和PTC,因此在B超和CT对梗阻部位、性质等初步了解的情况下,再进行PTC检查,这样可有的放矢。这几种影像学检查方法合理的联合应用,才可使诊断正确率明显提高。

参考文献

1. Nro 'o AS, Sida MB, Juimo AG, et al. Obstructive jaundice in Yaounde. Value of echography and transhepatic cholangiography in determining the cause. Ann Gastroenterol Hepatol Paris. 1991, 27: 199-201.
2. 白振明,王希海,王盛江,等. PTC及B超对梗阻性黄疸的诊断价值比较. 哈尔滨医药卫生,1987,3:27-29.
3. 王梦龙,吴仕云,戴边海,等. US、CT和PTC对梗阻性黄疸诊断价值的比较. 江西医药,1991,6:334-336.
4. 巴奇,龚沈初,黄胜,等. 壶腹周围癌的CT诊断. 中国医学计算机成像杂志 1995,3:181-184.

(收稿日期:1999-07-30)

病例报道

气管、食管金属内支架双置入术一例

乔德林 龚德根 郭大炜 沈德美 蔡粉妹 王燕娥 章宏靖

患者,男,60岁。于1年前患有右上叶支气管肺癌(鳞癌),经放疗与化疗后病情有所缓解。1个月来患者感呼吸困难,近周来进行性加剧、伴吞咽困难(Ⅱ级,仅能进流质),于1999年6月28日急诊入院,入院时仅能在坐姿状态下靠吸氧维持呼吸,不能入睡,生命垂危。1周前曾做CT扫描检查,示右上叶支气管肺癌伴放射性肺炎,纵隔及气管隆突下淋巴结(L-D)明显增大,气管隆突上抬、角度增大、两侧主支气管狭窄,宽度均仅1~2mm,右侧长达40mm,左侧为10mm,食管亦被肿大的L-D压迫变扁,内径为1~2mm×10mm,长度为70mm,经研究讨论认为:当时无倒“Y”形金属内支架,且右侧有原发性病灶,右主支气管狭窄程度严重。故放弃右肺功能的抢救,争取保留左肺的肺功能,立即予以

急诊介入手术:患者只能取坐姿,吸氧状态下,在纤维支气管镜协助下从气管内插入6F泥鳅导丝,并通过左支气管狭窄段至左下叶支气管腔内,再沿导丝置入国产网状14mm×60mm金属内支架1枚,一半位于主气管内,另一半位于左主支气管内。术毕患者呼吸得到明显改善。当晚在吸入空气状态,半卧位下入睡。第2天呼吸即恢复正常。

3d后一般情况明显好转,唯吞咽仍困难。即在X线电透下于食管内置入国产网状单喇叭20mm×80mm金属内支架1枚,术后即可进半流质饮食。1周后给予胸部正侧位片复查,气管、食管内金属内支架扩张度良好,位置正确,临床症状明显好转,同时给予右侧支气管动脉灌注化疗,1周后出院。

(收稿:1999-09-08)

作者单位:200135 上海市浦东新区公利医院