

5.713、10.555、2.282, $P < 0.01$, 差异有显著性;多数患者术后 1 个月左右肝功能恢复至术前水平,部分病例的肝功能较术前好转,与术前比较 TBIL、ALT、AST 稍下降, t 值分别为 8.029、4.028、2.456, $P < 0.01$, 差异有显著性。见表 1。

表 1 32 例患者治疗前后肝功能变化 ($\bar{x} \pm s$)

	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	ALT(U/L)	AST(U/L)
术前	31.5 \pm 12.3	101.3 \pm 59.3	106.5 \pm 87.7
术后 1 周	40.50 \pm 12.4	211.6 \pm 95.5	185.1 \pm 77.8
术后 1 个月	28.6 \pm 9.4	74.1 \pm 35.3	73.8 \pm 40.3

术后反应: 栓塞后综合征 29 例, 胃肠道反应 30 例(I~II 度), 骨髓抑制 13 例(I~II 度), 经对症处理后好转。

讨 论

原发性肝癌门静脉癌栓的发生率高达 54.8%, 且肿瘤越大, 癌栓发生率越高^[1]。目前认为门静脉癌栓形成的同时伴有大量的侧支循环形成, 肝脏的门静脉血供只有不同程度的减少。此外, 癌栓由肝动脉、门静脉单独供血或双重供血, 栓塞化疗除了能控制肝肿瘤外, 对门静脉癌栓也有作用^[2,3], 故对于原发性肝癌合并门静脉癌栓的患者应进行积极的治疗。为了保护非癌肝组织, 介入治疗应尽量避免正常肝血管, 减少操作次数。一般认为无癌栓者肝功能损伤后, 可在 2~3 周内完全恢复^[4]。本组分析的肝癌合并门静脉癌栓的病例(为排除多次化疗及其他因素的影响, 均为首次介入治疗), 经超选择插管栓塞化疗后肝功能有一过性损坏, 经保肝及对症治疗, 术后 1 个月肝功能基本恢复, 与无癌栓者肝功能恢复时间相似, 未发生肝功能衰竭及其他严重并发

症, 瘤体较术前有所缩小。我们认为 Child A 级、B 级的患者肝功能状况良好, 合并门静脉一级以下分支癌栓形成或门静脉主干部分癌栓形成时, 超选择性插管栓塞化疗可常规进行。我们发现本组间接门静脉造影、MRI、CT 检查提示门静脉主干完全栓塞的患者, 经彩色多普勒超声检查均可见门静脉血流, 提示门静脉癌栓的确诊及癌栓占门静脉管径百分比的确定应多种检查相印证。另外, 在治疗过程中应注意: ①尽量超选择性插管避开非靶血管, 必要时使用微导管, 因其非常柔软, 可随血流冲刷到达细小血管, 机械刺激小, 减少了血管的损伤; ②到达靶血管后缓慢给药, 避免药物返流, 减少正常肝组织的损伤; ③超液化碘油的栓塞治疗尽量将肿瘤血管床完全填塞, 使肿瘤坏死较彻底; ④保肝治疗同时, 充分的水化治疗, 使一次性、大剂量进入机体内的药物尽快排出体外, 减轻化疗的不良反应; ⑤本组多数患者术后肝功能恢复至术前水平, 少数甚至好于术前, 主要原因可能是治疗后, 肿瘤血管闭塞, 使肿瘤盗血现象减轻, 术后肝脏张力的减轻及肿瘤压迫的解除, 正常肝组织缺血、缺氧得到缓解, 使肝功能得以好转。

参 考 文 献

- 1 汤钊猷, 余业勤, 主编. 原发性肝癌. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 216.
- 2 王建华, 王小林, 主编. 腹部介入放射学. 上海: 上海医科大学出版社, 1998, 10: 64.
- 3 林靖策, 乔德林. 晚期肝癌伴门脉癌栓介入治疗的体会. 介入放射学杂志, 2001, 10: 218-219.
- 4 Caturelli E, Siena DA, Villani MR, et al. Transcatheter arterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: Evaluation of damage to nontumorous livers tissue-long-term prospective study. Radiology, 2000, 215: 123.

(收稿日期: 2002-05-25)

· 临床经验 ·

CT 导向介入治疗胰腺炎并发急性积液、假性囊肿和脓肿的临床应用

朱力平 朱正庆 马荣庚

R65 B

本院自 1996 年至今, 采用 CT 导向经皮穿刺引流术, 对 10 例胰腺炎并发急性积液、假性囊肿(非感染或感染性)进行治疗, 本文讨论介入的方法及其在

治疗胰腺炎并发症的效果及作用。

材料与方 法

一、病例

作者单位: 214041 江苏省无锡市第三人民医院

本组 10 例,男 6 例,女 4 例,年龄 25~64 岁,5 例急性重症胰腺炎患者,体温 30~40℃,腹痛剧烈,恶心呕吐,伴腹膜炎。发病 3~5d,CT 扫描示腹腔、胰周大量积液。5 例急性胰腺炎患者,经保守治疗 1 个月左右,病情已有稳定,但仍有发热、腹痛、腹膜炎症状及体征,CT 扫描示胰周有较大(直径大于 5cm)囊肿,密度欠均匀。

二、介入器械

18G Seldinger 穿刺针,长 50cm,直径 0.038 吋直头导丝,扩张管,10F 猪尾巴引流管,自制 CT 定位器,负压吸引袋。

三、方法

先行腹部 CT 扫描,层厚 10mm,间距 10mm,明确积液范围和囊肿的部位和大小,选择最佳穿刺点和引流位置,用 CT 定位器确定进针部位,进针角度。用 Seldinger 穿刺置管方法放置引流管,至适当的部位,使引流通畅。然后,把导管固定于腹部皮肤,并覆盖无菌纱布,导管尾部外接负压吸引袋,计算引流液量,作有关生化、微生物检查及培养。术后对留置导管认真护理,保持导管通畅,引流期间根据病情,同时药物治疗。

结 果

5 例急性重症胰腺炎并发急性积液患者中,2 例导管置于积液的左结肠旁间隙,1 例置于积液的右结肠旁间隙,2 例置于小网膜囊内。引流液为咖啡色样伴小碎屑,引流 48~72h 后,患者体温明显下降,腹痛、腹胀明显减轻,腹膜炎症状和体征明显改善,引流液量为 1 000~2 000ml,复查 CT,积液明显减少。5 例胰周囊性块影患者,导管经脾胃间隙,留置于囊腔内,引流液为脓血性,同时经导管注入抗生素,引流 3~4d 后,发热减退,腹痛减轻,引流液量 200~500ml,CT 复查囊性肿块明显缩小,2 例患者在全身情况好转后行手术治疗,清除较厚的脓液及

胰腺坏死组织,余 8 例经引流和内科治疗后治愈。

讨 论

胰腺炎并发症一般分为急性积液,假性囊肿,胰腺脓肿等,以往均主张手术治疗,特别是急性坏死性胰腺炎并发急性大量积液者,单纯保守治疗疗效差,原则上要行手术治疗^[1];但有时因病情复杂,患者不能耐受手术,故经皮引流治疗可以是一种非常有用的手段,有报道成功率在 32%~79%^[2]。本组 5 例急性重症胰腺炎并发大量积液,经 CT 导向介入治疗,均取得了明显效果。

对于胰腺炎并发胰周假性囊肿(非感染性或感染性)直径大于 5cm 并有不断增大者,出现较重疼痛和胃肠道和(或)胆道梗阻的;局限性胰脓肿亦适合经皮引流^[3]。本组 5 例感染性或非感染性胰周囊肿,经引流后,囊腔缩小,症状好转。

由于 CT 图像能提供积液、囊肿相关的范围、数目、毗邻结构位置清晰,采用 CT 作为导向,穿刺准确,用 Seldinger 穿刺置管,创伤性小。

在引流同时进行积极的治疗如胃肠减压,抑制胰液分泌,抗休克,纠正水电解质平衡,抗感染,静脉营养等是必要的。

总之,CT 导向经皮引流,方法简单,创伤性小,实用性强,疗效明显,是治疗胰腺炎并发积液的重要手段。

参 考 文 献

- 1 裘法祖,主编.外科学.第 4 版.北京:人民卫生出版社,1996.571.
- 2 Balchazar EJ, Freeny PC van Sonnenberg A. Imaging and intervention in acute pancreatitis. Radiology, 1994,193:297-306.
- 3 Kumar P, Mukhopadhyay S, Sandhu M., et al. Ultrasonography, computed tomography and percutaneous interrention in acute pancreatitis: a serial study. Australas Radiol, 1995,39:145-152.

(收稿日期:2001-09-21)

·临床经验·

金属内支架治疗食管上段良恶性狭窄及食管-胃吻合口瘘

张富强 朱汉洲 刘海日


R73 B

我院自 2000 年 7 月~2001 年 7 月对 6 例食管

上段(相当于胸 1~胸 4 椎体高度)良恶性狭窄、食管胃吻合口瘘、结肠代食管结肠胃吻合口胸腔瘘行支架置入术治疗,现将有关资料及治疗效果报道

作者单位:225300 江苏省泰州市人民医院

CT导向介入治疗胰腺炎并发急性积液、假性囊肿和脓肿的临床应用

作者: [朱力平](#), [朱正庆](#), [马荣庚](#)
作者单位: [214041, 江苏省无锡市第三人民医院](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2002, 11(6)
被引用次数: 1次

参考文献(3条)

1. [裘法祖](#), [孟承伟](#) [外科学](#) 1996
2. [Balthazar EJ](#), [Freeny PC](#), [van Sonnenberg A](#) [Imaging and intervention in acute pancreatitis](#) 1994
3. [KUMAR P](#), [Mukhopadhyay S](#), [Sandhu M](#) [Ultrasonography computed tomography and percutaneous interrention in acute pancreatitis:a serial study](#) 1995

引证文献(1条)

1. [李建平](#), [武正炎](#) [暴发性胰腺炎的微创治疗](#) [期刊论文] - [国际外科学杂志](#) 2007(4)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200206024.aspx

授权使用: qkayh(qkayh), 授权号: eb2bac99-01c2-474e-aaad-9e38016c1411

下载时间: 2010年11月24日