

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<sup>[1]</sup>;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%<sup>[2]</sup>。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<sup>[3]</sup>。本组 5 例感染性或非感染性胰周囊肿,经引流后,囊肿缩小,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

如下。

### 材料与方法

本组 6 例均为男性, 年龄 54~63 岁, 平均年龄 58 岁。均有吞咽困难, 合并气管瘘的患者饮流质时明显呛咳, 消化道碘水、钡餐及胃镜检查均见食管上段狭窄及食管胃吻合口狭窄, 碘水造影可见瘘口大小及走行。食管胃吻合口肿瘤复发狭窄合并气管瘘 2 例, 食管胃吻合口瘢痕狭窄 2 例, 结肠代食管结肠胃吻合口胸膜腔瘘 1 例, 食管癌性狭窄 1 例。狭窄长度 2~5cm 不等, 平均 3.5cm, 重度狭窄 5 例, 中度狭窄 1 例, 1 例合并喉返神经麻痹。

支架置入术均在 X 线电视监视下进行, 对食管狭窄支架置入前先行气囊扩张或沙氏扩张器扩张, 选用南京微创医学科技有限公司及常州佳森医用支架研究所生产的镍钛记忆合金网状带膜可回收支架。支架长度 6~10cm, 直径 1.8~2cm, 释放支架上端超过狭窄 2cm, 下端超过 2~4cm, 2 例支架上端平胸 1 椎体上缘, 2 例平胸 1 椎体中部, 2 例平胸 1 椎体下缘<sup>[1]</sup>, 术毕 10min 用稀钡或碘水进行食管造影, 观察造影剂通过及封堵瘘口的情况, 术后使用抗生素 3d、使用止痛剂和止血剂减轻或预防并发症。

### 结 果

本组 6 例置入食管支架, 操作全部一次成功, 未发生因操作引起的严重并发症, 2 例患者支架置入后立即膨胀, 4 例支架不全膨胀, 造影通过畅, 3 例食管瘘口全部堵塞, 进食呛咳症状消失, 2 例患者 2h 后开始自饮温热的流质, 另 4 例患者 6h 后开始饮食。3d 后钡餐复查所有支架膨胀良好, 钡剂通过顺畅。支架置入后由于进食畅, 患者的营养状况明显改善, 体质好转, 同时主动配合其他综合治疗达到了较好的效果。随访 1~12 个月, 3 例良性狭窄均健在, 2 例半年后死于肿瘤广泛转移, 1 例治疗 4 个月失访。

### 讨 论

临床上, 食管良恶性狭窄支架置入术治疗已广泛应用, 然而食管上段由于解剖关系支架置入有较大的难度, 其原因有如下几点: ①咽食管扩约肌位于

咽食管交界处, X 线解剖位于颈 7 椎体中部<sup>[2]</sup>, 如果支架达到颈 7 椎体高度, 势必影响咽食管扩约肌收缩, 造成正常咽部功能障碍。②食管上段周围组织血流丰富, 如操作不熟练, 动作粗糙将会引起局部出血增多, 咽喉部肿胀。③食管上段及周围组织神经组织丰富, 受刺激后产生明显痛感和异物感。我们认为, 在完全认识食管上段解剖的基础上准确定位是支架释放成功的关键。每例患者术前我们都进行认真仔细多方位食管造影检查, 结合胃镜资料, 分析狭窄段的位置, 长短, 确定瘘口的位置、大小、开口方向, 根据病变长短选择支架型号。

本组 6 例患者支架释放后均有不同程度上胸部疼痛, 咽部异物感, 咽部分泌物增多, 食管少量出血。我们给予连续 3d 静脉滴注抗血纤溶芳酸 0.5g, 酚磺乙胺 1g, 青霉素 800 万 U, 疼痛难忍时肌注布桂嗪 100mg 或派替啶 75mg。1 例置入长 10cm, 直径 2cm 支架的患者反应较重, 我们认为癌肿手术加放疗后病变处癌肿复发引起管腔严重狭窄是主要因素, 但支架硬度也不无关系, 显然, 支架生产尚可改进。本组病例中未发生支架下滑, 我们认为管腔狭窄扩张程度与支架直径要相吻合, 同时术后严禁患者进食冷饮如冰棒等, 以防支架回缩下滑。6 例中未发生管腔再狭窄, 尤其对恶性狭窄, 带膜支架有效地阻止了肿瘤向内生长, 但支架不能阻止其向上向下两端生长, 如食管癌同时放疗, 可有效地控制肿瘤生长, 对控制肿瘤远处转移也将起到积极的作用<sup>[3]</sup>。

食管内支架置入治疗食管良恶性狭窄及食管瘘的近期效果令人满意, 远期疗效深受医学界的关注, 其方法简单、安全、无严重并发症, 食管通畅后改善了患者的营养状况, 提高了生活质量, 良性狭窄得到了根治, 恶性狭窄延长了生存期, 尤其在食管上段狭窄的病变失去手术机会的情况下, 我们认为置入食管支架是可供选择的治疗方法。

### 参 考 文 献

- 1 朱汉洲, 郑栓, 王兴华, 等. 应用国产带膜金属内支架治疗食管瘘的初步研究. 临床放射学杂志, 1999, 18: 484.
- 2 齐中政. 人体 X 线解剖图谱. 北京: 科学出版社, 1984: 75.
- 3 崔进国, 孙先旺, 王秀英, 等. 食管恶性狭窄内支架治疗和良性狭窄球囊扩张后的随访评价. 中华放射学杂志, 1999, 33: 625.

(收稿日期: 2001-11-26)

作者: [张富强](#), [朱汉洲](#), [刘海日](#)  
作者单位: [225300, 江苏省泰州市人民医院](#)  
刊名: [介入放射学杂志](#) **ISTIC PKU**  
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)  
年, 卷(期): 2002, 11 (6)  
被引用次数: 9次

## 参考文献(3条)

1. [朱汉洲](#), [郑铨](#), [王兴华](#) [应用国产带膜金属内支架治疗食管瘘的初步研究](#) 1999
2. [齐中政](#) [人体X线解剖图谱](#) 1984
3. [崔进国](#), [孙先旺](#), [王秀英](#) [食管恶性狭窄内支架治疗和良性狭窄球囊扩张后的随访评价](#)[期刊论文]-[中华放射学杂志](#) 1999 (09)

## 引证文献(9条)

1. [陈勇](#), [高知玲](#), [郭玉林](#) [金属支架置入治疗上消化道癌性梗阻的临床应用](#)[期刊论文]-[实用放射学杂志](#) 2010 (1)
2. [张希全](#), [王胜强](#), [董戈](#), [郭峰](#), [朱伟](#), [潘晓琳](#), [于伟娜](#) [设计不同形状覆膜支架封堵食管-胃吻合瘘及食管化学灼伤后瘘](#)[期刊论文]-[实用放射学杂志](#) 2007 (4)
3. [韩新巍](#), [吴刚](#), [李永东](#), [高雪梅](#), [马南](#), [陈雪梅](#) [咽喉下段的解剖学观测及其在高位食管内支架中的应用](#)[期刊论文]-[上海医学](#) 2007 (4)
4. [李凯滨](#), [黄肇云](#), [罗剑云](#), [陈亚炎](#) [支架置入或经皮穿刺胃造瘘术治疗颈段高位食管狭窄20例](#)[期刊论文]-[中国微创外科杂志](#) 2006 (1)
5. [王华明](#), [朱明生](#), [赵峰](#), [武峰](#) [食管良、恶性狭窄金属内支架的选择](#)[期刊论文]-[农垦医学](#) 2005 (1)
6. [吴刚](#), [韩新巍](#), [高雪梅](#), [马南](#), [王艳丽](#), [高剑波](#), [陈建立](#) [高位食管内支架的临床应用](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2005 (2)
7. [韩新巍](#), [吴刚](#), [马南](#), [高雪梅](#), [李天晓](#), [王艳丽](#) [蘑菇状覆膜内支架的设计和在食管胃吻合口-胸腔瘘中的应用](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003 (6)
8. [茅爱武](#), [高中度](#), [李国芬](#), [蒋霆辉](#), [胡旋](#), [吴洁如](#), [杨仁杰](#), [肖湘生](#) [颈段高位食管恶性梗阻的介入治疗](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003 (5)
9. [郭俊](#), [孙小荣](#), [张强](#), [石宝琪](#), [张继刚](#) [通过过滤器植入后溶栓治疗下肢静脉血栓18例](#)[期刊论文]-[包头医学院学报](#) 2002 (2)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200206025.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200206025.aspx)  
授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: f345ddc4-a2b8-424c-9c8d-9e38016c1f53

下载时间: 2010年11月24日