

④结石梗阻。⑤外压性狭窄,如腹膜后纤维化、后腹膜肿物及输尿管周围的血管压迫所致^[1,4,7]。

二、介入治疗的适应证及禁忌证

无绝对禁忌证,除严重的泌尿系感染、严重出血倾向、严重高血压、心脏病、迷走血管压迫产生的梗阻等以外的输尿管狭窄性病变均为适应证。

三、介入治疗的注意点

结合我们的经验应注意以下几个方面:①应用 6~7F 长鞘建立尿道与输尿管之间通道;②根据术中造影选择双 J 管大小、长短。引流导管过长,对肾盂及膀胱产生刺激,患者会出现腰痛、尿频等刺激症状。引流导管过短可造成双 J 管上段不能形成猪尾状而位于输尿管内,影响引流效果,下段回缩至输尿管内造成无法取出。置管时间根据病变差异较大,一般为 4~8 周,由于输尿管裂瘘需保持双 J 管 6 周以上,恶性病变需长期置管。

四、经 PCN 顺行性置管术

常规经膀胱逆行性置管存在着导丝不易通过狭窄部位,造成治疗失败,此时可改为经 PCN 顺行性置管,可明显提高成功率^[5]。①PCN 的入路,穿刺点应选择在中下、后组肾盏,该区域血管少较安全、距离穿刺点最近,穿刺相对比较容易。选用 6~8F 内外引流管,建立肾造瘘内引流兼外引流方式,其引流效果较好。引流管安置完毕需用生理盐水将肾盂内积血尽量冲洗干净,以避免血凝块堵塞输尿管。待穿刺道出血停止,更换双 J 管可减少阻塞、感染和免除外引流管给患者带来的不便及引流管意外脱出的危险;②PCN 后导丝通过狭窄段困难或完全梗阻者,保留通道暂行肾盂造瘘外引流,肾盂压力减小可缓解因肾积水产生的高压引起的输尿管痉挛,3~7d 后多数导丝能通过狭窄段;③PCN 的安全性:

Hogan 等^[6]报道 83 例 102 次 PCN 操作中经筛选 39 次在门诊完成,没有出现与操作有关的并发症。严格掌握适应证及规范化操作可避免或减少并发症。

五、疗效评价

介入治疗输尿管狭窄及因梗阻引起急、慢性肾积水的优点是创伤小、适应证广、见效快和临床效果显著等。经膀胱逆行性双 J 管置入术损伤小、操作简单而且安全,应作为首选治疗方法^[1,7]。球囊扩张双 J 管置入对手术后及感染所致的输尿管狭窄较好,病程小于 3 个月、长度不超过 2cm 的狭窄段疗效较好。双 J 管置入或 PCN 能起到减轻肾盂积水、改善肾功能的作用,可作为急诊治疗的首选方法。恶性肿瘤引起的狭窄或梗阻应长期带管或置入金属内支架,先天性狭窄及外压性狭窄应以外科手术治疗为主。

参 考 文 献

- 1 孔健,许林风,梁慧民,等.介入法逆行置入双 J 管治疗输尿管狭窄.介入放射学杂志,2000,9:231-233.
- 2 刘军,沈明顺,苏江浩,等.双 J 管引流在尿路手术中的应用.中华泌尿外科杂志,1996,17:551.
- 3 张勋初,潘春妹,沈峥,等.双 J 管在上尿路疾病中的应用体会.中华泌尿外科杂志,1999,20:29.
- 4 郑金龙,郑传升,冯敢生,等.经下尿路介入法治疗输尿管狭窄.临床放射学杂志,2000,19:307.
- 5 秦增辉,刘凡,项敏,等.儿童先天性肾盂输尿管连接处梗阻的介入治疗.放射学实践,2002,17:72.
- 6 Hogan MJ, Coley BD, Koff SA. Percutaneous nephrostomy in children and adolescents: Outpatient management. Radiology, 2001, 218:207-210.
- 7 李麟荪,贺能树,主编.非血管性介入放射学.第一版,北京:人民卫生出版社,2001:242-247.

(收稿日期:2002-09-30)

· 临床经验 ·

内支架置入结合化疗治疗食管癌并发食管气管瘘

王剑云 乔德林

自膨式金属支架(SEMS)是一项解除消化道呼吸道梗阻性病变的介入技术,以其损伤小,操作容易,疗效明显,并发症少而越来越受到广泛应用^[1]。

我院自 2001 年 6 月至 2002 年 7 月对 15 例食管癌并发食管气管瘘患者采用 X 线监视下行经口放置食管 SEMS 治疗,并对其中 14 例行 5-Fu 持续输注联合 CF、L-OHP 化疗,取得了良好效果。

材料及方法

一、临床资料

自 2001 年 6 月至 2002 年 7 月,我科收治食管癌并发食管气管瘘患者 15 例,男 14 例,女 1 例,年龄 62~82 岁,中位年龄 72 岁,均为原发性食管癌,经病理证实皆为鳞癌,1 例曾行剖胸探查,15 例吞咽困难评分 4 级(5 级法),均有进食流质后呛咳伴严重肺部感染,生活质量按 Kavnofsky 评分平均 20~30 分。所有病例术前经口服 60% 泛影葡胺造影证实食管癌并发食管气管瘘,瘘口长度 0.5~1cm,部位均为中段(图 1),所有患者均患有不同程度的吸入性肺炎及严重的营养不良。

二、支架材料及输送器材

根据狭窄段部位情况用镍钛合金金属丝以单丝编制成带喇叭口网管状支架,15 枚支架均涂硅胶带膜,其直径为 18mm,长度 14cm 1 枚、12cm 14 枚。输送器材为双层空心塑料导管,其外套管外管径 10mm,长度 600mm,推送器总长度 900mm。其他输送及辅助器材包括超长超滑导丝、超强软头硬导丝、双腔造影导管及球囊导管。

三、支架放置法

①患者咽喉部局麻;②在 X 线透视下送入导丝,在导丝引导下,把推送器送至狭窄段以远;③由于瘘口在狭窄段上方 1~2cm,故尽量以瘘口为标志,支架上缘位于瘘口上方 3~4cm,下端超过肿瘤 2cm 以上,拔出导丝后退外套管放出支架,最后拔出双层空心塑料导管;④口服 60% 泛影葡胺食管造

影,了解支架开放及位置情况;及瘘口堵塞情况;⑤术后定期口服 60% 泛影葡胺食管造影检查。

四、化疗药物的应用

本组中有 14 例给以静脉化疗,奥沙利铂 130mg/m²,或顺铂 60mg/m² 静滴,第 1 天。CF 200mg/m²,第 1~5 天 5-Fu 500mg/m²,用贝朗弹性输注泵(5d 型)持续滴注 120h。以上药物均采用锁骨下静脉穿刺置管给药,28d 为 1 个周期。

结 果

一、支架置入成功率

支架置入成形术 15 次,放置内支架 15 枚。一次置入成功率 100%。

二、临床效果

内支架置入后,无进食流质后呛咳,呼吸道感染逐步痊愈;所有病例梗阻症状迅速缓解,阻断瘘口(图 2)并逐步恢复正常饮食。吞咽困难评分均从 4 级减至 1 级。患者体重增加,生活质量明显提高。内支架置入后 1 个月与术前比较,患者体重平均增加 4.3kg,生活质量按 Kavnofsky 评分从平均 20~30 分上升为 70~80 分。15 例中 13 例在支架置入后 2~8 个月死亡,现仍生存 2 例(1 个月及 3 个月)。

讨 论

一、食管癌并发食管气管瘘支架置入的必要性

食管癌患者并发食管气管瘘产生时已是肿瘤进展晚期,失去姑息性手术的机会,几乎都伴有严重肺部感染、恶液质,往往仅靠静脉内营养维持生命,生



图 1 支架置入前,口服 50% 泛影葡胺,显示狭窄段及气管显影



图 2 内支架置入后,瘘口封堵,临床吞咽困难及呛咳症状即刻消失

活质量低下^[2]。本组病例一般情况较差(Kavnofsky 评分平均 20~30 分)。经置入食管内支架后迅速阻断瘘口,缓解了梗阻症状,控制了肺部感染,明显提高了生活质量。我们采用经口支架置入成形术,操作安全,未发生并发症,同时配合化疗,提高了食管癌并发食管气管瘘的平均生存期。

二、静脉辅助化疗的价值

本组静脉辅助化疗的 14 例中已死亡的 12 例生存期平均达 5 个月,1 例未行化疗者虽一般情况与前者相仿但仅生存 2 个月,死于肿瘤恶液质致脏器功能衰竭。奥沙利铂是继顺铂和卡铂后的第三代铂类抗癌药物,与顺铂结构上存在差异与顺铂抗癌谱不完全相同,在体外和体内的临床研究表明,奥沙利铂对多种抑制有显著抑制作用^[3],与 5-Fu 有明显协同作用。这在 Ducreux 等^[4]报道的一项多中心Ⅲ期临床试验中得到肯定。因此我们认为在内支架置入的同时结合 5-Fu 持续输注联合 CF、L-OHP 化疗,可抑制肿瘤的扩展,进一步延长生存期,是内支架治疗食管癌并发食管气管瘘不可缺少的辅助性治疗。

由于食管癌并发食管气管瘘产生时已属肿瘤进展晚期,已失去手术及放疗的机会。而 5-Fu 持续输注联合 CF、L-OHP 化疗能有效抑制肿瘤生长。因而应用食管内支架治疗食管癌并发食管气管瘘并辅助 5-Fu 持续输注联合 CF、L-OHP 化疗,不仅立即阻断瘘口,缓解了梗阻症状,控制了肺部感染,明显提高了患者的生活质量,并能有效抑制肿瘤生长,提高治疗效果,切实延长患者的生存时间。

参 考 文 献

- 1 白彬,张士德,王宏辉,等.自膨式金属内支架治疗食管狭窄.介入放射学杂志,2002,11:62-63.
- 2 郭卫平,王执民,杨仁杰,等.内支架置入对食管良恶性狭窄姑息性治疗的临床应用.介入放射学杂志,2001,10:149-151.
- 3 Cvitkovic E A. Historical perspective on oxaliplatin: rethinking the role of platinum compounds and learning from near misses. Semin Oncol,1998,25(2Suppl 5):1-3.
- 4 Ducreux M, Louvet C, Bekradda M, et al. Oxaliplatin for the treatment of advanced colorectal cancer: future directions. Semin Oncol,1998,25(2Suppl 5):47-53.

(收稿日期 2002-11-25)

· 临床经验 ·

支架置入治疗胃十二指肠恶性梗阻 12 例

方世明 孙英华 刘训义 王丽珍

胃十二指肠恶性梗阻是指胃、十二指肠或其周围脏器恶性肿瘤浸润、压迫胃十二指肠,导致胃十二指肠输出道狭窄或梗阻,并引发进食障碍,上消化道梗阻,食管炎和电解质紊乱的一种严重的恶性肿瘤并发症。近年来,随着支架置入术成功地应用于食管、胆道和血管狭窄性疾病^[1,2],支架置入治疗胃十二指肠恶性梗阻也为患者提供一种新的选择^[3]。我们总结 12 例支架置入治疗胃十二指肠恶性梗阻的临床效果和并发症,并报道如下。

材料与方法

一、临床资料

12 例支架置入治疗胃十二指肠恶性梗阻病例取自我院 2002 年 1 月至 2002 年 12 月期间的住院患者。所有患者表现为不同程度的进食障碍、恶心

呕吐、食管炎和水电解紊乱等。12 例患者男 9 例,女 3 例,平均年龄 62 岁。其中 8 例为十二指肠降部和水平部梗阻,2 例为幽门区梗阻,2 例为胃癌术后吻合口梗阻。梗阻原因 6 例为胰头癌,4 例为胃癌,7 例为肝癌,1 例为壶腹部癌。梗阻长度为 4~8cm 不等。

二、内支架置入方法

在 X 线电视监视下,经口将直径 0.038 英寸(0.97mm)的超长超滑导丝插送过十二指肠狭窄段至远端小肠,如不能通过狭窄段,则在 X 线监视下经胃镜行微波烧灼,形成小通道后再将导丝插至远端。导丝插入后引入双腔导管造影观察狭窄段情况以选择适宜长度的支架,支架长度应较狭窄段长 2~3cm。将导管进一步深入至小肠并替换软头硬导丝,借助硬导丝引入南京微创生产的套状推送器(形状记忆镍钛合金网状支架,直径 16~20mm、长度 80~120mm),使支架远端超过狭窄段约 3~4cm 缓慢

内支架置入结合化疗治疗食管癌并发食管气管瘘

作者: 王剑云, 乔德林
作者单位: 王剑云(200080, 上海市第一人民医院胸外科), 乔德林(上海市浦东新区公利医院放射科)
刊名: 介入放射学杂志 ISTIC PKU
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2003, 12(3)
被引用次数: 15次

参考文献(4条)

1. 白彬, 张士德, 王宏辉 自膨式金属内支架治疗食管狭窄[期刊论文]-介入放射学杂志 2002(01)
2. 郭卫平, 王执民, 杨仁杰 内支架置入对食管良恶性狭窄姑息性治疗的临床应用[期刊论文]-介入放射学杂志 2001(03)
3. Cvitkovic E A Historical perspective on oxaliplatin: rethinking the role of platinum compounds and learning from near misses 1998(25)
4. Ducreux M, Louvet C, Bekradda M Oxaliplatin for the treatment of advanced colorectal cancer: future directions 1998(25)

引证文献(15条)

1. 王学静, 贾广志, 李建明, 高同锁, 白淑芳 国产镍钛合金食管、气管双支架的临床应用[期刊论文]-实用医学杂志 2009(5)
2. 王学静, 贾广志, 李建明, 高同锁, 白淑芳 国产镍钛合金食管、气管双支架的临床应用[期刊论文]-实用医学杂志 2009(5)
3. 殷小伟, 韦国桢, 宋湘云 经支气管镜介入带膜支架治疗食管气道瘘的临床应用[期刊论文]-实用临床医药杂志 2009(1)
4. 独建库, 李冠海, 杨金炜, 赵鹏举, 刘献茹 带膜支架置入治疗食管气管瘘[期刊论文]-实用医药杂志 2008(9)
5. 杨四海, 杨益森, 谢扬学 食管支架的临床应用[期刊论文]-现代医药卫生 2008(18)
6. 管松波, 董胜利, 姬红波 内镜联合X线下支架植入治疗晚期恶性食管狭窄36例分析[期刊论文]-中国误诊学杂志 2007(23)
7. 金春贤, 徐兆龙, 周金伟 自膨式带膜食管支架植入术治疗食管瘘(附13例报告)[期刊论文]-浙江临床医学 2007(1)
8. 刘军, 王霞, 盛蕾 癌性食管瘘自扩式覆膜金属内支架置入治疗[期刊论文]-泰山医学院学报 2007(4)
9. 张勇, 冯晓波, 陈建生, 张继红 食管狭窄及食管-气管瘘内支架置入的临床应用[期刊论文]-肿瘤防治研究 2006(7)
10. 汤耀东, 吴宏成, 何一兵, 姜静波, 任剑飞 带膜气管支架置入治疗气管食管瘘[期刊论文]-中华放射学杂志 2006(5)
11. 徐学清, 王树堂, 孙丽娟 食管自膨式覆膜内支架治疗食管瘘[期刊论文]-医用放射技术杂志 2006(10)
12. 韩新巍, 吴刚, 李永东, 马南, 王艳丽, 高雪梅 食管-纵膈瘘: 食管覆膜内支架与经鼻经食管引流管置入治疗[期刊论文]-介入放射学杂志 2005(2)
13. 高雪梅, 韩新巍, 吴刚, 马南, 王艳丽, 李永东 食管癌性重度狭窄并食管-气道瘘的内支架置入治疗[期刊论文]-介入放射学杂志 2005(2)
14. 韩新巍, 高雪梅 科学进行食管和食管-胃连接部病变介入治疗[期刊论文]-介入放射学杂志 2005(2)
15. 胡茂能, 孙道聪 内支架在上胃肠道良恶性狭窄治疗中的应用[期刊论文]-安徽医学 2005(6)

