

张后 2h 进食 先进食流质或半流质 逐渐过渡到普食。以后宜少食所餐 多进固体食物 因为每次进食也是一次生理性扩张 ④两次扩张时间应间隔 1 周以上为好。

(七) 疗效评价 ①主观指标 患者自我感觉症状缓解时间 时间越长越好 ②客观指标 胃肠道管腔内径扩张前后变化情况。

(八) 并发症及其处理

1. 出血 由于球囊成形术时 部分患者胃肠黏膜在高压下有损伤易致粘膜出血 应加服止血药。少数患者球囊表面有少许血丝 不需处理。

2. 穿孔 球囊导管成形术如果球囊直径选择合适 一般极少发生穿孔 国内外报道球囊导管成形术穿孔发生率约在 0.9%~5%。小的穿孔不需处理 大的穿孔可以采用带膜金属内支架放置堵塞穿孔或手术治疗。

3. 感染 一般术后都有抗感染治疗 发生率极低。如发生时 立即给予大剂量静脉抗生素治疗。

五、探条成形术

目前探条成形术不但在某些患者中能起到一定的治疗作用 而且还是球囊导管成形术和金属内支架成形术预扩张非常有价值的辅助方法。

(一) 适应证、禁忌症、术前准备同球囊导管成形术

(二) 基本器材 ①牙托 0.035inch 或 0.038inch 的超滑导丝 ②探条 探条的材质有金属、医用塑料、硬橡胶、硅橡胶和聚四氟乙烯等 目前应用较多有硅橡胶探条和聚四氟乙烯扩张器。以硅橡胶为材料制作的萨氏扩张器临床使用最多见 萨氏扩张器每套 5 根 直径从 3mm 至 12mm 从远侧 1/5 开始呈锥形 远端带有不透 X 线的金属标记 探条中心可以通过 0.035~0.038 英寸的导丝 ③吸痰器。

(三) 操作方法

1. 患者取仰卧位或站立位。采用咽部表面麻醉或吞服止疼胶。

2. 经口送入超滑导丝。在 X 线引导下导丝通过狭窄段约 15cm 以上后。

3. 经导丝送入探条通过胃肠道狭窄部位 使探条锥形部通过狭窄段 停留 3~10 分钟。

4. 如若进出不是很困难 则退出第一根探条 换成直径略大的第二根探条 重复进行以上操作。直至探条通过困难 则停止此次治疗。

5. 以后间隔 3~4 周增加探条直径重复以上治疗 直至所有探条皆使用完毕或症状明显缓解不需治疗为止 此项治疗即告完成。

(四) 术后处理、疗效判断、并发症及其处理同球囊导管成形术

(收稿日期 2003-03-19)

· 规范化讨论 ·

上胃肠道狭窄球囊扩张术规范化治疗的意见

于学林 崔进国

我们较早开展上胃肠道狭窄球囊扩张术的治疗 现对胃肠道狭窄球囊扩张术治疗的规范化提出意见。

一、适应证

下列病证均可试用球囊扩张治疗 ①手术后吻合口狭窄 ②化学烧伤后狭窄 ③贲门失弛缓症 ④肿瘤放疗后狭窄 ⑤反流性食管炎所致食管狭窄 ⑥恶性肿瘤放支架前 ⑦食管静脉曲张硬化剂治疗后狭窄 ⑧食管外伤或异物引起的损伤后狭窄 ⑨先天性狭窄 ⑩幽门梗阻主要因十二指肠球部溃疡或幽

门溃疡愈合后的瘢痕狭窄。

二、禁忌证

球囊扩张应注意掌握扩张时机 过早扩张由于初期瘢痕性组织脆弱 易发生穿孔。过晚扩张则由于瘢痕组织老化 不易扩开。下列时期则不宜扩张 ①上胃肠道手术后吻合口狭窄 3 周内的患者 ②化学灼伤性狭窄急性炎症期(3~4 个月内) ③放疗期间或放疗后不久的患者 易引起剧痛或出血 甚至穿孔 ④上胃肠道恶性肿瘤堵塞或癌肿切除后的吻合口肿瘤复发引起的梗阻。

三、术前准备

(一) 患者准备

1. 术前的辅助检查:①术前检测血小板计数、凝血酶原时间,避免有凝血机制障碍的患者术中或术后发生大出血;②肝肾功能检查;③术前进行胸透、心电图、血压、脉搏等检查,对于年老体弱,尤其是心功能不良、高血压患者,应对症治疗,待病情稳定后择期治疗,以确保患者安全。

2. 扩张前与患者手语约定,患者在术中可根据疼痛忍耐程度用手语表达。一般分为Ⅳ度,Ⅰ度:有疼痛感觉;Ⅱ度:疼痛明显;Ⅲ度:疼痛剧烈,可以忍受;Ⅳ度:疼痛剧烈,无法忍受。Ⅰ~Ⅲ度疼痛为球囊扩张的安全范围。

3. 手术当日用氯林霉素反复漱口。

4. 术前 30 min 肌注地西洋 5 mg,阿托品 0.2 mg(患有青光眼、前列腺肥大、严重心脏病、失律失常者禁用),以减少口腔分泌和松弛食管平滑肌。

5. 术前 15 min 用 2% 地卡因进行咽喉喷雾麻醉,麻醉要充分,喷雾要达到咽后壁,以达理想效果,可有效防止喉痉挛。

(二)器械准备 ①牙托、咽部喷雾器、注射器、三通开关、弯盘。②根据管腔狭窄程度及狭窄以上管腔宽度,食管扩张选择直径为 1.0~2.0cm 的球囊,贲门失弛缓症扩张选择直径为 3.0~4.0cm 的球囊为宜。③备好急救抢救设备及药物,另外球囊导管使用前必须用生理盐水冲洗干净,放入熏箱中熏蒸 24h,使用时再次用生理盐水冲洗。

四、操作方法

1. 患者取侧卧位,以左侧卧位最佳,这一体位更符合咽部的解剖结构及生理功能,避免咽喉部损伤。头部垫好敷料,准备好卫生纸,口旁放置弯盘,以便口腔内分泌物流出,有义齿的患者应取出义齿以防误吸。对于拟置入支架者术前吞稀钡造影,将狭窄上端、下端作好体表标记。切勿以术前造影片决定支架释放部位,因术中操作为卧位,而前者多为站立位所拍,两者相差约一个椎体,容易导致错误定位。

2. 患者口内放置牙托,头部尽量后仰,以利于导丝和导管通过。同时密切注意呼吸情况,要保持患者呼吸道通畅,危重患者做好心电图、血氧饱和度

监测,必要时应给予吸氧或术中短暂休息,口腔内分泌物较多者,要及时给予吸出。

3. 超滑导丝插入后,经导管(胃、十二指肠狭窄者需使用长交换导管)交换穿入超硬可交换导丝。

4. 拟行扩张者,将选择的球囊导管涂上石蜡油,沿导丝送至狭窄段,向球囊注入 10%~30% 泛影葡胺,当患者出现Ⅱ~Ⅲ度疼痛反应时停止注射,保持压力 5~10min(有研究认为保持压力 20min 更佳)后,放开活塞,抽出球囊内造影剂,减压 5~10min,再注入造影剂,重复前一步骤,共进行 2~3 次即可。扩张过程中,术者必须控制球囊的位置,如有滑动,必须抽瘪球囊后,重新定位后再扩。此外,化学性烧伤瘢痕狭窄者,上述操作完成后,不要将球囊导管立即拔出,而应打开活塞,轻轻将导管上下移动,检查其他部位有无狭窄,经查明确无其他处狭窄,则抽空球囊内造影剂,再将导管连同导丝一并拔出。

五、术后处理与并发症防治

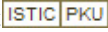
1. 术后密切观察患者生命体征,患者有轻度疼痛、少量渗血一般不需特殊处理,如出血较大,可经导管在狭窄部喷洒凝血酶(400U,1/2h,共 4 次)或 8% 去甲肾上腺素,如出血量大伴有胸痛或上腹痛明显、腹膜刺激征者,可根据情况给予静脉输血等,同时立即检查除外穿孔。当穿孔发生时,小的穿孔经保守治疗即可痊愈,较大穿孔应立即手术,也可采取暂时内支架置入的方法,待 7~10d 穿孔经抗感染治疗痊愈后取出支架。

2. 如患者观察 1h 后,无其他特殊不适,门诊患者则可嘱其回家,待咽部麻醉效应失去后即可进流食,同时嘱患者口服庆大霉素,防止因扩张所致的毛细血管断裂而引起的血行或临近组织感染。此外,贲门失弛缓症者还应给予抑酸药物。2~3 d 扩张部位黏膜水肿消失、损伤修复后应鼓励进半流食或普食,此有利于狭窄部的扩张。

3. 两次扩张治疗的间隔时间,最初为 1~2 周,以后根据患者症状改善程序和维持时间,逐渐延长时间。如果扩张 2 个月后,患者仍不发生梗阻症状,一般无需扩张,只进行随访观察即可。

(收稿日期 2003-01-10)

上胃肠道狭窄球囊扩张术规范化治疗的意见

作者: 于学林, 崔进国
作者单位: 050082, 河北, 白求恩国际和平医院放射科
刊名: 介入放射学杂志 
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2003, 12(4)
被引用次数: 3次

引证文献(3条)

1. 朱立春, 尹传高, 王昶, 汪松, 陈冰清 球囊扩张治疗小儿上胃肠道狭窄[期刊论文]-[放射学实践](#) 2007(8)
2. 蔡月新, 蔡勋 改良后自制方形气囊导管扩张治疗贲门狭窄症38例临床观察[期刊论文]-[实用医技杂志](#) 2005(9)
3. 蔡月新, 蔡勋 自制方形气囊导管扩张治疗贲门狭窄症38例临床观察[期刊论文]-[社区医学杂志](#) 2005(4)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200304030.aspx

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: ef743563-c2cc-40c2-860c-9e4100cc644e

下载时间: 2010年12月3日