

癌灶最大直径 18 cm,最小 1.5 cm。从表 4 可见,单针消融直径仅 1 cm,双针 2 cm,多针 3 cm,因此对大部分癌灶来说一次难以达到全部杀灭癌细胞,需要多点、多次进行,由于激光消融不良反应少,所以间隔时间 1 周左右即可。1×4 偶合器法,可令点与点之间热场互补,升温快,凝固坏死作用更强,所以本研究患者大部分(29/35 例)采用此法。范新华等<sup>[4]</sup>认为,肿瘤细胞活性应是越接近肿块中心部位越差,因此治疗靶区选择的顺序是从周围向中心部位逐步进行。本组 9 例加用无水乙醇注射者均因肿瘤巨大,故激光消融是集中于边缘部分,而中心部位则注入无水乙醇,收到良好疗效。尽管如此,因肿瘤边缘常与重要器官、管道相接,所以限制了激光对边缘部位的消融,而边缘部分增生活跃细胞血供明显较中央部分多,所以应强调 TAI/TAE 作用,而激光消融只能作为 TAI/TAE 的补充性治疗,而且强调多点、多次进行才能最大限度地发挥局部消融的作用。

参 考 文 献

1 汤钊猷. 现代肿瘤学. 第 2 版. 上海:上海医科大学出版社, 2000, 1153-1154.  
2 Kadry Z, Clavien PA. New treatment with curative inten for metastatic colorectal Liver Cancer langenbecks. Arch Surg, 2002, 387: 90-93.  
3 Scheele J, Stanel R, Altendorf-Hofmann A. Hepatic metastases from colorectal carcinoma impact of surgical resection on the natural history. Br J Surg, 1990, 77: 1241.

4 范新华, 沈天真, 陆玮, 等. 肝恶性肿瘤的激光消融. 中国医学计算机成像杂志, 2000, 6: 404-407.  
5 Kemeny M. Hepatic artery infusion of chemotherapy as a treafment for hepatic metastases from colorectal cancer. Ann Surg, 2002, 235: 863-871.  
6 Cheng J, Glasgow RE, O'Rourke RW, et al. Laparoscopic radiofrequency ablation and hepatic artery infusion pump placement in the evolving treatment of colorectal hepatic metastases. Surg Endosc, 2003, 17: 61-70.  
7 闫文都, 王英. 大肠癌肝转移介入治疗的临床研究. 介入放射学杂志, 2001, 10: 338-340.  
8 平松 京一, 打田日出夫. Interventional Radiology. 东京:金原出版株式会社, 1987: 134-148.  
9 Liu LX, Zhang WH, Jiang HC, et al. Arterial chemotherapy of 5-Fu and MMC in the treatment of liver metastases of colorectal cancer. J Am Coll Surg, 2002, 195: 196-202.  
10 曹小龙, 何友兼, 邵培坚, 等. 肝动脉灌注 5-Fu UDR 与全身化疗(CF+5-Fu)治疗不能手术切除大肠癌来源的肝转移瘤. 解放军医学杂志, 2002, 27(增刊): 54.  
11 罗鹏飞, 陈晓明. 肝癌介入治疗中的完全性填充法. 中华放射学杂志, 1996, 30: 79.  
12 Tanaka K, Okazaki H, Nakamura S, et al. Hepatocellular carcinoma: treatment with a combination therapy of transcatheter arterial embolization and percutaneous injection. Radiology, 1991, 179: 713.  
13 罗鹏飞, 胡景钤, 陈晓明, 等. 经皮乙醇注射治疗肝癌栓塞术后残余病灶. 中华放射学杂志, 1994, 14: 366.  
14 Shandar A, Less WR, Gillams AR, et al. Treatment of recurrent colorectal liver metastases by interstitial laser photocoagulation. Br J Surg, 2000, 187: 298-300.

(收稿日期 2003-05-22)

· 病例报告 ·

食管自发性破裂置入被覆支架一例

孙兴旺 马彪

患者男, 43 岁。因饮酒后剧烈呕吐, 随后出现胸痛, 发热, 体温 39.8℃。食管造影显示食管下端破裂, 造影剂进入左侧胸腔, 在当地县医院行食管修补术, 术后食管造影仍可见食管下端有一小漏口, 故来我院就诊。给予左侧胸腔闭式引流, 引流出大量脓液, 行食管被覆内支架置入术后, 食管造影漏口被封堵, 病情好转, 治愈后出院。1 年后食管造影显示内支架上端明显狭窄, 随后行球囊扩张多次, 狭窄稍有好转, 但未根本解除, 于 4 年后手术切除该段狭窄食管。

讨论: 患者食管自发性破裂伴有脓胸, 外科手术死亡率较高, 采用食管被覆内支架治疗, 能有效的封堵食管漏口, 防

止食管内物质进入胸腔, 控制胸腔感染, 对食管支架治疗前已造成脓胸的, 在食管被覆支架治疗后, 行闭式胸腔引流、抗感染、以及支持疗法, 能达到治愈本病的目的。该方法对急症、重症行之有效, 但是, 食管被覆内支架对治疗食管良性疾病变可造成食管再狭窄, 影响治疗效果。本例置入支架 1 年后食管再狭窄, 经多次球囊扩张疗效不佳, 4 年后手术切除, 大体标本显示食管支架上部有丰富组织包绕, 支架中下部裸露, 并可见网式支架多处断裂、分开。我们认为: 食管内支架治疗良性食管病变要采用可回收性内支架, 或生物可降解性内支架。

(收稿日期 2003-04-07)

## 食管自发性破裂置入被覆支架一例

作者: [孙兴旺](#), [马彪](#)  
作者单位: [050082, 石家庄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(5)  
被引用次数: 1次

### 引证文献(1条)

1. [仇德升](#), [卢兴武](#), [杨忠新](#), [孟庆玉](#), [胡欣丽](#) 自膨式金属内支架治疗食管狭窄和食管瘘[期刊论文]-[国际医药卫生导报](#) 2006(20)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200305030.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200305030.aspx)

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: 30efb57b-e9c4-4f86-80df-9e4000d66886

下载时间: 2010年12月2日