

讨 论

一、胃左动脉化疗栓塞的安全性和疗效

正常胃贲门部血供主要来自胃左动脉贲门支和左膈动脉食管支。胃左动脉供应贲门前部分,左膈动脉则供应后部。胃前部分支与胸段食管分支相吻合。晚期贲门癌侵犯胃底,在贲门及胃底部形成软组织肿块。肿瘤浸润、生长过程中肿瘤血管不断新生,血供不断增加,供血动脉增粗,而且主要以胃左动脉供血,所以胃左动脉插管造影可显示肿瘤血管,肿瘤染色,胃左动脉增粗。对肿瘤血管直接灌注化疗药物,药物的首过效应和局部高浓度,可大量杀死肿瘤细胞,同时减少药物对正常组织的损伤。胃底贲门部血供来源较多,对肿瘤主要的供血动脉进行碘油药物乳剂或明胶海绵栓塞,可阻断肿瘤血供,进一步使肿瘤坏死。而正常胃、食管由于有其他分支的供血而不会产生坏死、穿孔。文献报道也证实了胃左动脉的碘油药物乳剂栓塞的安全性^[1-3]。本组 18 例经过 38 例次的灌注化疗栓塞治疗,达到改善症状,缩小瘤体,延长生存期的治疗效果,且均未出现胃穿孔、出血等严重并发症,说明超选择性胃左动脉插管灌注/栓塞治疗疗效肯定、安全,不仅能有效控制病灶,而且为部分患者创造手术机会,延长生存期。

二、介入操作注意事项

贲门癌动脉灌注化疗/栓塞治疗的介入操作既要考虑胃左动脉作为主要供血血管,又要顾及腹腔动脉干其他分支对肿瘤的供血。对于胃左动脉应将其供应肿瘤的细小分支用碘油药物乳剂填塞,但应保留非供血分支和主干,所以栓塞的程度是提高疗效、减少并发症的技术关键。本组病例根据血管造影显示的血流速度,碘油栓塞在透视监视下进行,能有效预防过度栓塞和栓塞剂返流。胃血管较易发生痉挛,超选择插管应动作轻柔,用 3 ml 利多卡因动脉灌注,可减少痉挛和疼痛,有利于完成操作。胃左动脉化疗栓塞后应将导管头端撤到腹腔动脉干,灌注部分化疗药物,使胃短动脉、胃右动脉供血区得到灌注。介入操作术后应使用止酸和胃黏膜保护药物,防止肿瘤表现溃破出血和正常胃黏膜损伤。第 2 次介入治疗应间隔 1 个月以上,以利患者整体状况的恢复。如患者一般状况改善,瘤体缩小,症状缓解,重复介入仍是安全、有效的方法。

参 考 文 献

- 1 李茂全,林贵,王小林,等.晚期胃癌动脉内化疗灌注与合用栓塞的临床研究.介入放射学杂志,1992,1:35-38.
- 2 戴真煜,姚立正,董从松,等.晚期胃底贲门癌介入治疗.现代医学,2002,30:261-262.
- 3 谢印法,薛德文,于竹成,等.胃左动脉灌注栓塞结合放射治疗晚期贲门癌.中国肿瘤临床与康复,2001,8:94-95.

(收稿日期:2003-07-30)

· 临床经验 ·

下消化道出血的介入治疗

丁建军 李鹏 郑汉东 葛增欣

消化道出血常危及患者生命,而下消化道出血的诊断和治疗都很困难,我们自 1999 年 6 月,使用超选择性动脉灌注、栓塞法治疗下消化道出血 16 例,取得初步成功,现报告如下。

材料与方法

一、一般资料

自 1999 年 6 月~2000 年 5 月,我们用选择性动脉灌注、栓塞法,治疗下消化道出血患者 16 例,其

中男 11 例,女 5 例。年龄为 32~68 岁,平均 50 岁。灌注、栓塞的动脉有:空肠动脉 6 例,回肠动脉 3 例,回结肠动脉 2 例,结肠动脉 4 例,直肠上动脉 1 例。

所用的栓塞材料有明胶海绵颗粒、真丝线加明胶海绵颗粒、不锈钢弹簧圈。

二、方法

采用 Seldinger 技术,经右侧股动脉穿刺,成功后,经导丝引入 5F Cobra 导管,依次行肠系膜下动脉、肠系膜上动脉、腹主动脉造影,行 DSA 检查。对病变血管出血部位作出正确分析后,导管入靶血管,注入栓塞剂。栓塞剂要混合造影剂结合透视,缓慢

推注,不可压力过高,以免引起返流,造成异位栓塞。栓塞后,需造影证实靶血管闭塞后,方可拔管。将导管入靶血管内,经导管灌注血管加压素 5~10 U,10~15 min 注完。可联合应用亦可单独栓塞或灌注。术后常规抗感染,扩张血容量,定期复查血常规及粪便隐血,随访观察止血效果。

三、疗效判定

术后即可止血或术后 24 h 出血停止视为手术成功,术后需外科手术止血、术后复发需外科手术止血、术后复发出血或因动脉栓塞导致死亡,视为手术无效。

结 果

16 例患者共栓塞血管 16 支。12 例患者立刻停止出血,1 例出现阵发性腹痛加剧,经肌注派替啶 50 mg,禁食,胃肠减压处理,12 h 减轻,3 d 后出院。1 例患者栓塞术后,复发出血,经外科手术止血。4 例用血管加压素局部灌注,术中及术后患者有肠紧缩感及轻微腹痛,经解痉后缓解,介入处理 24 h 后,便血停止,大便变黄。8 例可见空回肠动脉末梢血管湖、血管池形成,有造影剂外溢,4 例动脉末梢血管迂曲杂乱成丛状改变,有造影剂外漏,1 例末梢血管染色呈“葡萄状”。

术后 1 周,3 例肠肿瘤患者行外科手术切除,术中见栓塞区的肠黏膜表面有少许苍白缺血灶,未见穿透性肠管坏死。1 例动脉瘤患者栓塞 4 d 后,行手术切除,未见肠壁缺血坏死。所有病例随访 0.5~2 年,均未出现肠坏死、穿孔等严重并发症及出血复发。

讨 论

下消化道出血指发生于十二指肠屈氏韧带以远的任何部位,并且出血量大于 30 ml/h,多见于 50 岁以上患者,多发生于血管畸形、憩室病、血管瘤和肠肿瘤等。

下消化道出血可呈急性、慢性和复发性。其诊断较上消化道出血困难,下消化道出血最可靠的征像是造影时造影剂外溢,一般出血时可见血管迂曲杂乱,造影剂外漏后,呈血窦、血池样改变,亦可见到出血的间接征像,原发肿瘤部位可见粗细不均匀分布紊乱的肿瘤血管,末梢迂曲扩张呈“抱树状”改变。下消化道出血的介入处理,没有绝对的禁忌证,只要临床怀疑下消化道出血,均能通过 DSA 得到明确的诊断,并可准确的了解其病变范围和程度。但必须指出介入性治疗对因憩室、肿瘤、血管瘤引起的出血,只能是快速止血、抢救生命,创造 2 期手术治疗的时机。所以在止血基础上必须重视原发灶的治疗。

介入性治疗下消化道出血作为一种简单、快速的止血方法,已初步为介入科医生接受,它不仅创伤小,见效快,而且能挽救患者生命,解决临床工作中的难题,是一种较好的治疗途径。

参 考 文 献

- 1 席嘉元,吕梁,邓钢,等.不明原因消化道出血的血管造影诊断与手术病理对照研究.介入放射学杂志,2001,10:8-10.
- 2 冯耀良,李麟荪,王杰.不明原因消化道出血的血管造影诊断.介入放射学杂志,2001,10:141-142.

(收稿日期 2003-01-09)

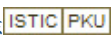
· 消息 ·

欢迎订阅 2004 年《中国临床医学影像杂志》

《中国临床医学影像杂志》是经国家科技部批准,国家卫生部主管的全国性临床医学影像杂志,中国科技论文统计源期刊、“双效期刊”、中国学术期刊综合评价数据库来源期刊、《中国期刊网》《中国学术期刊》(光盘版)全文收录期刊,为国家级学术刊物。创刊于 1990 年,国内统一刊号 CN21-1381/R,ISSN1008-1062,主要刊登内容:普通 X 线、CT、MRI、DSA、超声、核素成像、介入放射学等的临床研究、经验总结、短篇报道、病例讨论、读片窗等。凡属新技术、新方法、新观点的论文本刊将优先刊登。

2004 年为月刊,大 16 开 64 页,全部铜版纸印刷,图像清晰,每本定价 6.00 元,全年 72 元,国内外发行,国内邮发代号 8-25。错过邮局订阅者,可直接汇款至:110004 沈阳市和平区三好街 36 号《中国临床医学影像杂志》编辑部 邓丽洁同志收,需挂号邮寄者另付挂号费 2 元/册。欢迎新老朋友订阅本刊。

下消化道出血的介入治疗

作者: [丁建军](#), [李鹏](#), [郑汉东](#), [葛增欣](#)
作者单位: [274700, 山东省郯城县人民医院放射科](#)
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

参考文献(2条)

1. [席嘉元](#), [吕梁](#), [邓钢](#) 不明原因消化道出血的血管造影诊断与手术病理对照研究[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2001 (01)
2. [冯耀良](#), [李麟荪](#), [王杰](#) 不明原因消化道出血的血管造影诊断及介入治疗[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2001 (03)

引证文献(1条)

1. [董富山](#), [曹会存](#), [姜喜锋](#), [李天晓](#), [王子亮](#) 急慢性下消化道出血的数字减影血管造影诊断与介入治疗[期刊论文]-[中原医刊](#) 2008 (8)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200305024.aspx

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: e8c87b0f-b791-48eb-9629-9e4000d7bb13

下载时间: 2010年12月2日