

最少 2 次 ,最多 5 次。根据临床疗效指标 :① 疗效优良 扩张术后 3 d 能进普食或普通软食 ,吞咽困难症状完全消失或基本消失。不需要再次扩张 ,1 ~ 8 年行食管钡餐造影检查显示贲门管径达 13 mm 以上。② 疗效良好 扩张术 3 d 后能进软食或半流质 ,吞咽困难较术前明显改善 ,1 ~ 8 年后复查贲门管径达 10 mm。③ 疗效差 本组出现 1 例 ,球囊导管扩张术后第 4 年出现中度吞咽困难 ,只能进稀饭等流质 ,再次扩张后明显改善 ,本文重点在于观察球囊导管扩张术后贲门失弛缓症治疗的远期疗效 ,故对长期追踪随访 8 年以上的病例进行疗效统计。早期每半年 1 次钡餐检查 ,2 年后每 2 年 1 次。结果见表 1。

表 1 32 例贲门球囊导管扩张术后随访时间及疗效

随访时间[年]	疗效(例)		
	优良(13 mm)	良(10 mm)	差(6 mm 以下)
1 ~ 2	18	14	0
2 ~ 4	18	13	1
4 ~ 6	17	15	0
6 ~ 8	17	15	0

本组病例经 8 年以上随访 ,能顺利进餐(普食、软食、半流质饮食) ,所有患者进食速度均同正常人 ,贲门管径较扩张前有不同程度增宽 ,32 例体重均有不同程度增加 ,生命质量有了较大的改善 ,疗效十分满意。

讨 论

球囊导管扩张术是目前贲门失弛缓症比较理想和成熟的治疗方法。国内外均有大量报道 ,疗效不

—[4 5]。结合文献报道和我们的经验 ,我们认为需注意 ① 球囊导管扩张术需逐渐进行 ,先从小直径开始 ,如本组均为成年人 ,故从 25 mm 开始 ,逐渐扩张直径达 40 mm 以上 ,但不超过 45 mm ,因剧烈强力的扩张可致贲门扩约肌重度撕裂引起大出血、穿孔或反流性食管炎等严重并发症。② 在导管选择合适的基础上 ,就是扩张次数的选择 ,本组病例均为 2 次以上的扩张术 ,我们认为间隔 1 周连续 3 次分级扩张最佳。③ 球囊扩张直径的确定 ,成年人的贲门扩张直径一定要达 40 mm。④ 操作用力需均匀 ,使贲门扩约肌呈均匀性撕裂。否则由于未能撕裂或撕裂不足 ,容易恢复至术前。球囊导管扩张术操作简单 ,易掌握。与手术治疗相比 ,费用低 ,可免除手术之苦 ,且远期疗效较好 ,故可作为成年人贲门失弛缓症的首选治疗方法。

参 考 文 献

1 王长龙 陈炽贤 ,等 .带囊导管扩张术治疗食管狭窄及胃肠吻合口狭窄 ,中华放射学杂志 ,1987 ,21 :28.

2 邱建国 宋绵文 杨艳 ,等 .Boston 专用球囊治疗贲门失弛缓症 .介入放射学杂志 ,2001 ,10 :346-348.

3 程英升 杨仁杰 李明华 ,等 .贲门失弛缓三种介入治疗方法是选择和中远期疗效分析 .介入放射学杂志 ,2000 ,9 :120-224.

4 卢清鑫 张志强 王建 ,等 .自制贲门扩张器治疗贲门失弛缓症 ,中华放射学杂志 ,1994 ,28 :164.

5 李惠民 王明奎 潘志丽 ,等 .同轴双囊导管扩张术治疗食管狭窄 .中华放射学杂志 ,1991 ,25 :307.

(收稿日期 2004-08-03)

· 临床经验 ·

超声引导下肾囊肿穿刺术的临床应用

金亚萍 龚新环 陈克敏 蒋莹

单纯性肾囊肿在肾脏疾病中极常见 ,随着 B 超和 CT 检查的应用 ,体检的广泛开展 ,肾囊肿的发现相当普遍。对于直径小于 5 cm 的囊肿且无任何症状 ,一般也不需治疗 ,当囊肿大于 5 cm 或出现临床症状时 ,则可根据具体情况进行肾囊肿穿刺抽液及注射无水乙醇治疗 ,本文对 84 例肾囊肿患者进行超声引导下经皮肾穿刺硬化治疗 ,总结分析如下。

资料与方法

一、临床资料

共 84 例肾囊肿患者 ,包括我院 1988 年 11 月 ~ 1990 年 8 月住院患者 18 例 ,1990 年 9 月 ~ 2004 年 2 月门诊患者 66 例 ,平均年龄 :男 62(40 ~ 81)岁 ;女 56(31 ~ 74)岁。肾囊肿最小的 39 mm × 39 mm × 42 mm ,最大的 130 mm × 121 mm × 109 mm。术中抽出囊液量 20 ~ 1 200 ml 不等。依据肾囊肿的位置可有

上中下之分,一般上中极的囊肿较大,超出肋下才允许穿刺。(见表 1)

表 1 84 例肾囊肿的部位及大小

囊肿大小	右肾(例)			左肾(例)			总计(例)
	上	中	下	上	中	下	
< 5 cm	2	0	5	0	3	3	13
> 5 cm	9	6	18	8	7	23	71
	11	6	23	8	10	26	84

使用仪器:EUB-40,Aloka-650 及 Aloka-1700。探头频率 3.5 MHz。穿刺角度 0~45°。穿刺采用日本八光生产的 PTC 针,型号 18G×150 mm。

二、方法

患者取俯卧位或侧卧位,腹部或腰下垫枕,在超声引导下选择好穿刺点(距体表最近点的肋下),常规消毒铺巾,先用 2% 利多卡因作局部麻醉,再用尖头手术刀挑开皮肤作 1~2 mm 的小口,置穿刺针并进针 2~5 mm,接上与其匹配的探头穿刺附加器,嘱患者屏住呼吸后沿穿刺导引线进针直至肾囊肿的囊腔中心,动态监测穿刺过程,抽尽囊液,按抽出囊液量的 1/4 至 1/6 的比例注入 95% 乙醇(可见囊内液体翻滚),一次最大量不超过 60 ml^[1],缓慢注入,保留 5 min 后抽出,反复 2~3 次,无水乙醇注入量可逐次减少。最后可抽尽或注入 < 5 ml 无水乙醇后拔针。术后对穿刺部位作压迫止血并观察半小时,给予口服广谱抗生素 2~3 d,分别在治疗后 1、3、6、12 和 24 个月时复查,以判断疗效,若疗效不理想可进行第 2 次治疗。囊液常规送实验室作生化检查^[2]。

三、疗效判定

肾囊腔完全闭合为痊愈;肾囊肿容积缩小 50% 以上者为有效;12~24 个月复查缩小不足 50% 者为无效。

结 果

一、治疗效果

本组 84 个肾囊肿,1~24 个月复查,肾囊肿全部闭合 65 例,占 77.4%。1 年后肾囊肿缩小大于 50% 的有 13 例,占 15.5%。囊肿缩小小于 50% 有 6 例,占 7.1%。肾囊肿 < 5 cm 的 13 个肾囊肿在 1 年后除 1 例无效外其余全部治愈。肾囊肿 > 5 cm 的 71 个肾囊肿在 1 年后复查,痊愈者的有 53 例(其中 4 例在 24 个月内复查时闭合),有效者 12 例,无效者 6 例。由于上中极的囊肿较大,因此失败的概率也较大。本组无效 7 例,6 例位于上极,1 例位于中上

极(见表 2)。

表 2 肾囊肿大小与预后关系

囊肿大小	痊愈(例)	有效(例)	无效(例)	合计(例)
< 5 cm	12	0	1*	13
> 5 cm	53	12	6(2*)	71

注:*表示滑脱后无法注入乙醇

二、不良反应

在治疗过程中有 9 例(占 10.7%)出现腰部胀痛,多数在 10 min 内消失,另有 3 例(占 3.57%)出现面色潮红、头晕等症状,平卧半小时后症状消失,未出现肉眼血尿及其他并发症。

讨 论

单纯性肾囊肿是最常见的肾良性囊性病变,硬化剂治疗机制是使囊肿壁内具有分泌囊液的柱状上皮在无水乙醇(硬化剂)作用下,上皮细胞的蛋白凝固变性、细胞破坏,产生无菌性炎症,囊腔粘连闭合。因此只要治疗方法正确,可致囊壁上的分泌细胞失去分泌功能,其复发的可能性较小。另外,由于无水乙醇使囊壁凝固硬化,乙醇有可能向外周透热^[3],但对机体及周围肾组织无不良影响。有报道肾囊肿硬化治疗的效果与囊肿的大小成负相关,与囊液抽净程度成正相关。本组有 71 个直径 > 5 cm 囊肿,经治疗痊愈的有 53 例,有效 12 例,6 例无效(其中 3 例因抽尽囊液后针头滑脱,无法注入乙醇)分析原因可能是囊肿较大,由于囊壁面积大,囊壁皱缩,注射的硬化剂与囊壁不能充分接触所致。因此,总结本组经验认为采取如下方法可以提高疗效,缩短病程,减少和避免并发症:① 首先要严格排除禁忌证,诸如有出血倾向,高血压,心血管病,肝肾疾病及全身衰竭的患者。② 严格区分囊肿是否与肾盂肾盏相通,术前需静脉肾盂造影,术中必要时可用抽出的囊液做蛋白定性试验^[3]。③ 术前必需进行尿尿常规及出凝血时间的检查,并了解患者是否对乙醇过敏。④ 宜应用实时状态下超声引导经皮穿刺用无水乙醇硬化治疗,不仅能观察囊肿与临床脏器的关系,而且能清楚看到针头位置及囊肿缩小的全过程。⑤ 尽量抽尽囊液,在抽液过程中,随时调整针尖位置,使其位于囊腔中央,避免刺穿囊壁。适当增加注入乙醇的量,使乙醇与囊壁充分接触,且反复数次,直到抽出液由原来的白色混浊液变成几乎无色透明为止。⑥ 预防局部疼痛可在抽尽囊液后注射无水乙醇前及拔针前注入少量利多因卡。但是疼痛亦可是一个预警信号,可有预示渗漏的作用。

参 考 文 献

- 1 吕明德,董宝纬.临床腹部超声诊断与介入性治疗.广州:广东科技出版社,2000.253-257.
- 2 周永昌,郭万学,主编.超声医学.(第三版),北京:科学技术文献出版社,1998.1395-1397.

- 3 李治安,主编.临床超声影像学,北京:人民卫生出版社,2003.1113-1397.

(收稿日期 2004-07-01)

· 临床经验 ·

海藻酸钠微球(KMG)经子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤的初步应用

石红建 黄优华 徐强 孙军 沈涛 周华明 蒋磊 陈其英

子宫肌瘤是女性最常见的良性盆腔肌瘤。以前我们所用 栓塞剂为进口材料 PVA 颗粒,并用明胶海绵巩固栓塞。自 2004 年 6 月~9 月间用国产海藻酸钠微球栓塞剂(KMG)治疗子宫肌瘤患者 6 例,现报道如下:

材料和方法

6 例子宫肌瘤患者,均已婚生育,年龄 31-43 岁,平均年龄 36.3 岁,子宫肌瘤直径范围 3.9-9.2 cm。其中 1 例为多发性子宫肌瘤,2 例为浆膜下肌瘤,其余 4 例为肌壁间肌瘤。患者症状主要有月经量多、经期延长 2 例(其中 1 例伴有糖尿病,中度贫血),痛经 3 例,尿频、排尿不尽感 1 例。

手术时常规消毒铺巾,局麻下以 Seldinger 法穿刺右侧股动脉置管,用 Cordis 4F Cobra II 导管分别插至对侧子宫动脉及同侧子宫动脉(利用成襻技术)造影。确认子宫肌瘤部位和优势供血动脉并进一步超选。KMG 微球使用前,将保养液弃掉,用生理盐水冲洗微球 3 次,在 KMG 内注入生理盐水(NS) 10 ml 与 300 mgI/ml 的碘海醇 10 ml,把 KMG 配制均匀的混悬状态。配制时若 KMG 上浮则加适量的 NS,若 KMG 下沉则加适量的碘海醇。经导管注入直径 500-700 μm KMG 微球,待血流缓慢后用明胶海绵条 4-6 加强栓塞。栓塞剂用量因人而异,一般 KMG 3 g 以内,以完全阻断子宫动脉为宜。栓塞后退至髂内动脉造影,证实子宫肌瘤血管完全阻断。

结 果

临床表现 6 例 1 周内均有不同程度的疼痛,其

中 2 例肌注杜冷定,2 例消炎痛栓 50 mg 塞肛,一天二次 \times 3 天。1 例阴道少量流血,止血对症处理后好转。6 例均无明显高热。两例月经量增多、经期延长者,术后一月月经量、周期恢复正常,其中 1 例贫血明显改善,术后 1 月 Hb121 g/L。3 例痛经症状缓解。1 例尿路刺激症状消失。

本组术后随访 1 月、3 月子宫肌瘤体积平均缩小 38% 49%,子宫体积缩小 20%-40%。2 例随访 5 月子宫肌瘤平均缩小 59.1%。

讨 论

KMG 是以海藻酸钠为原料制成的微球血管栓塞剂。使用该微球进行血管栓塞,疗效仅体现在物理性的机械血管栓塞上,而无化学性药物作用。在靶器官产生永久性的栓塞疗效后,微球 3-6 月后逐渐以分子脱链的形式无毒降解消失,最终降解产物为无毒的不参加机体代谢的多糖-甘露糖和古罗糖随尿液排出^[1,2]。子宫动脉栓塞术中选择 500-700 μm 为宜,过小可能加重术后疼痛,有引起子宫坏死的可能。

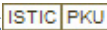
大多数子宫肌瘤患者在子宫动脉栓塞术后均出现栓塞综合征。与用 PVA 为栓塞剂时报道相仿。可以给予吗啡类、山莨菪碱、消炎解热镇痛药及抗生素治疗。一般在 3-5 天即可减轻或消除。本组病例未发生文献报道的严重并发症。

参 考 文 献

- 1 王咏梅,龚长源,程永德.海藻酸钠微球血管栓塞剂治疗子宫肌瘤二例.介入放射学杂志,2004,13:290.
- 2 花迎雪,乔德林,程永德.海藻酸钠微球在剖脾栓塞术中的应用,介入放射学杂志,2004,13:456-457.

(收稿日期 2004-11-20)

超声引导下肾囊肿穿刺术的临床应用

作者: [金亚萍](#), [龚新环](#), [陈克敏](#), [蒋莹](#)
作者单位: [200025, 上海第二医科大学附属瑞金医院](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2004, 13 (6)
被引用次数: 0次

参考文献(3条)

1. 吕明德, [董宝纬](#) [临床腹部超声诊断与介入性治疗](#) 2000
2. 周永昌, [郭万学](#) [超声医学. \(第三版\)](#) 1998
3. [李治安](#) [临床超声影像学](#) 2003

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200406027.aspx
授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 0bedc384-c6fe-41ce-b68d-9e2b00d85141

下载时间: 2010年11月11日