

经皮肝穿胆管造影(PTC) 26 例报告

欧玲

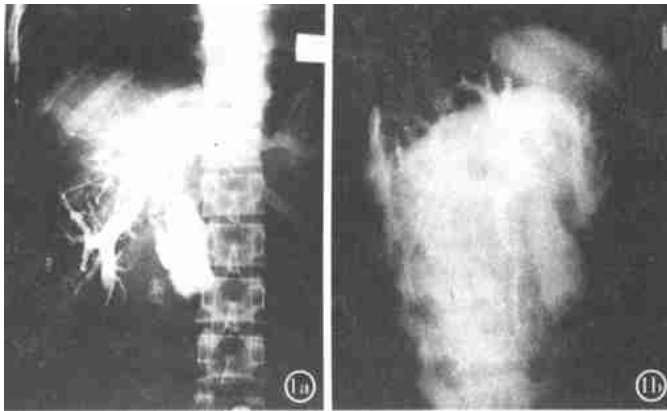


图 1 a) 胆总管结石: 梗阻以上肝管、胆囊肿均扩张, 肝内胆管呈“枯树枝”状, 完全梗阻。 b) 胆总管结石: 梗阻端呈凹面向上的弧形杯口状充盈缺损。图 2 胆总管中下段癌: 梗阻为不完全性, 胆总管中下段呈不规则线条状, 肝内胆管扩张呈“软藤”状。

PTC 不但可明确胆道梗阻部位、范围, 而且对于胆道梗阻的原因也有较高的诊断价值。本文收集了经 PTC 检查并手术证实的 26 例病例, 对其 X 线表现进行了分析, 提出 PTC 检查在胆道梗阻诊断上的优越性, 同时指出 PTC 检查的局限性。

材料与方 本文 26 例包括胆管癌 12 例、胆总管结石 8 例、胆总管炎症粘连 5 例、胆汁粘稠造成胆管梗阻 1 例。26 例中男 15 例、女 11 例, 年龄 18~74 岁。临床共同症状为无痛性或上腹痛伴进行性黄疸, 部分患者伴纳差、乏力、畏寒、呕吐、腹部胀气。胆总管粘连者多有胆囊手术史。穿刺常选择右侧入路, 穿刺针进入胆管后, 行造影并摄片, 必要时可摄立位片^[1]。

结果 胆总管结石(8 例): 较小结石 5 例, 表现为梗阻端出现圆形、不规则充盈缺损, 为不全梗阻。巨大结石 2 例, 表现为完全梗阻, 梗阻端呈凹面向上的弧形杯口状充盈缺损。胆总管末端泥沙样结石 1 例, 梗阻端边缘不清, 为完全梗阻。结石造成梗阻端以上肝内、外胆管扩张, 肝内胆管显示僵硬, 细小分支减少, 呈“枯树枝”状^[4]。

胆总管炎性粘连(5 例): 狭窄段呈向心性变窄, 粗细不均, 均为不全梗阻, 狭窄段以上肝内、外胆管扩张、增粗、走行迂曲。

胆管癌(12 例): 肝门胆管癌 4 例, 表现为肝门胆管出现充盈缺损, 胆管壁僵硬, 4 例中有 1 例为不完全梗阻。胆总管癌 8 例, 其中呈不规则条状狭窄 1 例, 梗阻端呈锥形 2 例, 呈圆形乳头状 3 例, 呈不规则浅杯口状 1 例, 梗阻端显示不清 1 例。8 例均为完全梗阻。12 例梗阻以上胆管均扩张, 肝内胆管呈“软藤”状^[4]。

胆汁粘稠(1 例): 为胆总管中下段完全梗阻, 梗阻端显示模糊不清, 肝内、外胆管均扩张。

讨 论

1. PTC 在诊断上的价值

由于 PTC 能清楚显示整个胆道系统, 相当于为我们提供一个胆系的解剖图像, 从而可较直观地显示肝内、外胆管扩张或狭窄程度, 对梗阻部位和原因提供较可靠的诊断资料, 并且通过对梗阻部

位及肝内胆管扩张的形态进行归纳总结, PTC 对胆管良恶性狭窄起到一定鉴别作用。本组病例诊断符合率为 84.6%。

胆管梗阻常用的诊断方法还有 B 超、CT 和 MRI。B 超对结石的诊断有很高的特异性及灵敏性, 而且能显示梗阻部位和胆管扩张的情况, 但只有 40% 能明确梗阻原因; CT 对胆管狭窄、梗阻发现率较高, 但较难判断狭窄的部位, 并且 B 超及 CT 形成的是切面像, 缺乏一定的直观性。近来, 随着 MRI 中 T₁WI 抑脂及胆管造影术(MRCP)的应用, 使 MRI 在胆管梗阻的定位、定性诊断上的优势越来越明显, 但大型 MRI 设备尚不普及且费用昂贵。

可见 PTC 在探查梗阻性黄疸的原因、确定结石的数目、大小、位置及诊断胆管肿瘤等方面具有独到之处。PTC 检查还是施行胆道疾病导管治疗不可缺少的基本步骤, 并且 PTC 对于外科手术及手术方法的选择也有一定指导作用。

2. PCT 检查的局限性

由于 PTC 为灌注性造影, 灌注满意与否及 X 片是否清晰直接影响到 PTC 的诊断, 且不同病变由于形态相近, 有时会出现相同或类似的影像, 这使误诊不可避免, 并且 PTC 虽然可直观地显示腔内病变的形态、位置, 但无法观察胆道壁及壁外病变扩展的情况, 使 PTC 在诊断上存在不足。PTC 属于创伤性检查方法, 有一定禁忌证: 对碘、麻醉剂过敏, 凝血功能障碍、胆道感染和全身感染的病人禁用; 术后可出现并发症(占 3.28%)^[1], 包括脓毒症、胆汁渗漏、胆汁性腹膜炎、肝包膜下血肿、腹腔积血、气胸等。

综上所述, 本文认为 PTC 对胆道梗阻的部位和原因确有较高诊断价值, 但由于受 PTC 局限性的影响, 要想得到一个正确诊断, 就应避免其弊端, 通过多种检查手段进行综合分析, 以期利用最简便快速的方法获得最满意的结论。

参考文献

- 王应才. 导管治疗[M]. 湖北: 湖北科学出版社, 1985, 148.
- 吴恩惠. 介入性治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994, 298.
- 孙家骏. 胆管癌的 PTC 与 T 管造影的 X 线特征[J]. 实用放射学杂志, 1995, 11(8): 462.
- 曾智. 胆管恶性肿瘤经皮肝穿胆管造影(PTC)的 X 线诊断(附 33

例分析[J]. 实用放射学杂志, 1994, 10(11): 659.

(4): 197.

5 巫北海. 肝门胆管癌的影像学诊断[J]. 实用放射学杂志, 1996, 12

(1999-07-07 收稿)

食管恶性肿瘤的介入治疗

刘军华 潘军武

自 1997 年 11 月至 1999 年 6 月对本院 12 例中晚期食管恶性肿瘤(含贲门胃底癌和 1 例平滑肌肉瘤)进行介入性动脉化疗,取得了满意疗效,现报道如下。

材料与方 法

1. 一般资料

12 例中,男 7 例,女 5 例。年龄 38~83 岁,平均 62 岁。患者进食梗阻 12 例,疼痛 10 例,呕血 3 例,黑便 5 例,伴肺转移 1 例,肝转移 1 例。

所有病例均经食道钡餐,胃镜检查证实,并行活检。病理证实鳞癌 6 例,腺癌 3

例,未分化癌 1 例,粘膜细胞癌 1 例,平滑肌肉瘤 1 例。

2. 方法

常规采用 Seldinger 技术,经股动脉穿刺插管,其中颈、胸段采用 Cobra 或 Yashiro 导管,腹段采用胃左动脉导管。插管时按病变所在部位寻找相应动脉。颈段选择锁骨下动脉的分支甲状腺干,胸段在支气管分叉水平以上者插左侧支气管动脉,分叉以下者插食管固有动脉,腹段插胃左动脉。造影并摄片。插管成功后,经导管注入联合化疗药物:顺铂 60~100mg、丝裂霉素 10~20mg、5-Fu 1g。4

周后重复做第二次,每个病例完成 1~4 次。每月做一次食道钡餐了解病变情况(如图 1~3)。

结 果

1. 疗效

按卫生部 1988 年 1 月颁布的“抗癌药物临床研究指导原则”附件标准评价。本组近期疗效如表 1 所述。

2. 不良反应

大多数病例有不同程度恶心、呕吐反应。一般在插管化疗前 30min 及化疗后予以止吐治疗,反应明显缓解或消除。部分患者出现白细胞下降,化疗后所有病例给予升白细胞药治疗,4 周后基本能够恢复。少数病例治疗后 ECG 出现低电压趋势及 ST 改变,说明化疗药对心肌可能有一定的损害,故应该予以保护心肌的支持治疗。贲门胃底癌患者治疗后 3~7 天内有不同程度的上腹部烧灼样疼痛,可能是胃食管粘膜受损所致,给予相应对症等治疗都能在 1 周后缓解。

讨 论

根据我们治疗的 12 例分析,影响近期疗效的因素有:①病程越短,远外转移越少,疗效越好;②用药剂剂量不够可造成疗效不理想;③疗效与肿瘤血供有关,丰富者疗效佳,稀少者疗效差;④疗效与肿瘤组织学类型可能有一定的关系,本组 1 例无效为平滑肌肉瘤。1 例疗效佳为分化癌,其余 9 例都收到不同程度的效果。但是由于病例数少,今后有待于进一步观察。对食管不同部位的肿瘤,经供血动脉介入化疗疗效明显。

本组未发现 1 例上消化道大出血及穿孔等严重并发症,此疗法安全可靠,特别对中、晚期失去手术机会及老年不愿手术及放疗的患者值得推广应用。

(1999-12-17 收稿)

表 1 本组近期疗效

组织学类型	疗效等级	临床症状	食道钡餐复查	有效率	生存期
未分化癌	CR, 1 例	症状完全缓解消除	病变管腔完全扩张管壁较前柔软	100%	> 18 个月
腺癌	PR, 3 例	症状消除或部分消除	病变处管腔部分扩张管壁较前略柔软	92.5%	6~15 个月
鳞癌	PR, 4 例 NC, 2 例	症状部位消除或缓解	4 例病变管腔部分扩张, 2 例无变化	83.7%	5~14 个月
粘液细胞癌	PR, 1 例	症状部分消除	病变管腔部分扩张	81.3%	10 个月
平滑肌肉瘤	PD, 1 例	症状无改善	病变范围增大	0	6 个月

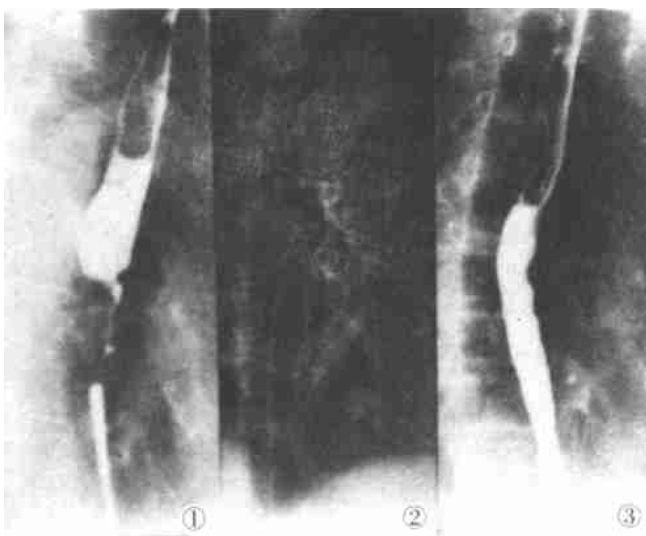


图 1 食管癌介入治疗前食管钡餐检查见食管中段管腔明显狭窄呈线样,管壁僵硬钡剂通过明显梗阻。图 2 介入治疗中经皮插管显示左侧支气管动脉参与肿瘤血供,肿瘤血管丰富。图 3 介入治疗 1 月后食管钡餐复查见狭窄管腔复张,管壁较前柔软,梗阻消除。