

建立通路。由于两侧肝管通过间接和直接方式均与胆总管建立了通路,从而达到胆汁充分引流的目的。当左右肝管梗阻严重或因解剖关系相互间不能建立通道时,可同时采用剑突下及右腋中线穿刺入路,分别穿刺左右肝管,在左右肝管间同时置入支架,两枚支架并行同步释放,避免一枚先释放的支架影响或压迫另一枚支架的操作和膨胀。当病变范围较长,时下又无足够长度的支架时,可以考虑放置双内支架,放置顺序应由远至近,两支架嵌接部最好重叠 1~2cm。双内支架的置入,应充分考虑到病人的病情及经济状况。若条件不允许,可一侧放置支架,另一侧留置导管,亦能达到较好的引流效果。

支架远端过乳头的病例,嘱患者长期服用抗生素,以防胆道系统的逆行感染。关于支架再梗阻问题,Hauserger^[4]等通过对 15 例支架再梗阻患者进行经皮肝穿刺胆道观察,并对支架腔内和支架两端进行了病理活检,结果显示支架内肉芽组织增生占 93.3%(14/15),支架内有胆砂形成占 73.3%(11/15),肿瘤向支架两端及支架腔内生占 40%(6/15)。因此,引起支架再梗阻的主要原因为:支架腔内的肉芽组织增生、肿瘤生长和胆砂淤积。由于此类病人的生存期较短,半年生存率为 73.3%~75.4%^[3],所以应根据患者的一般情况、病情发展、经济状况、家属对预后的认可等,选择合适的治疗方法。支架再梗阻后,大多数病人单纯导管引流即可。但对一般情况较好,预生存期较长者,可根据经济情况实行支架再通术。

胆道内支架置入术,虽然已成为临床治疗恶性胆管梗阻的主要治疗手段,但目前尚远达不到类似血管内支架较长久的治疗效果。支架再梗阻是影响远期疗效和困扰临床的主要因素,

因此开发和选择优质的支架可望提高远期疗效。文献报道^[5]内支架置入后,配合局部放射治疗和动脉灌注化疗,在一定程度上能抑制局部肿瘤的生长,延长支架通畅时间。但有学者报道^[6],胆道内支架置入后,肿瘤的治疗与否,对中位生存期影响不大。笔者选择本组经济条件和自身状况允许的 13 例病人,进行 1~2 次的动脉内灌注化疗,并对其中的 5 例进行外照射治疗。因不是随机抽取,故未作统计学分析和对比观察。

参考文献

- 1 姜卫剑,姚力,任安,等.经皮胆道内支架置入术姑息性治疗恶性梗阻性黄疸[J].中华放射学杂志,1997,31(11):729-733.
- 2 Wagner HJ, Knyrim K. Relief of malignant obstructive jaundice by endoscopic or percutaneous insertion of metal stents[J]. Bildgebung, 1993,60(2):76-82.
- 3 何晓峰,单鸿,陈勇.经皮胆道支架置放术治疗胆道狭窄[J].中华放射学杂志,1997,31(11):737-740.
- 4 Hauserger KA, Mischinger HJ, Karaic R, et al. Percutaneous cholangioscopy in obstruction biliary metal stents[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 1997,20(3):191-196.
- 5 翟仁友,戴定可,于平.金属内支架治疗恶性梗阻性黄疸的临床研究(附 33 例分析)[J].中华放射学杂志,1997,31(11):734-736.
- 6 Lameris JS, Stoker J, Nijs HG, et al. Malignant biliary obstruction: percutaneous use of self-expandable stents(see comments)[J]. Radiology, 1991,179(3):703-707.

(2001-07-16 收稿)

颈椎斜位投照技术体会

于国清 纪强 唐明

【中图分类号】R814.3 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2002)02-0099-01

颈椎斜位能够清晰观察椎间孔、椎弓根、钩椎小关节,常规的投照体位是:患者仰卧或俯卧在摄影台上,使颈椎的长轴方向与暗盒平行,其冠状面与台面成 45°。中心线向头侧倾斜 15°,对准第四颈椎射入暗盒中心。可在实际工作中,由于各种原因,如下颌骨升支、下颌角与颈椎间孔易重叠;仰卧、俯卧时肢体难控制造成角度不够;调整球管角度不准;寰枢椎关节病变时旋转运动功能受限制,使下部颈椎功能代偿旋转;中心线偏向头侧倾斜,造成椎间孔因骨质重叠形态有所改变等。往往难取得理想照片,从而延误诊断。我们结合教学实践,介绍几种简便的投照方法,供同仁参考。

胶片尺寸:5in×7in 或 8in×10in。

中心线:对准下颌角垂直射入暗盒中心。

作者单位:831200 新疆,乌鲁木齐军医学院影像教研室
作者简介:于国清(1965~),男,四川遂宁人,讲师,主要从事医学影像摄影技术教学工作。

距离:90~120cm。

显示部位:C₁~7 椎体及椎间孔、椎弓根、钩椎小关节。

第一种方法是:暗盒直放在胸片架上,其上缘和外耳同高,被检者立位于胸片架前,下颌略向内收,使颈椎矢状轴与暗盒平行,转体使人体冠状面与暗盒成 45°角,头部沿转体方向旋转 15°。

第二种方法是:患者取坐位或立位,摄后前斜位时被检对侧靠近暗盒,摄前后斜位时被检侧靠近暗盒,身体冠状面与胶片成 45°~50°,投照右斜位时被检者头部向左转 15°,相反投照左斜位时向右转 15°,使头颅矢状面与胶片成 15°,双肩自然下垂。

第三种方法是:患者背向于摄片架前,使身体与暗盒呈 45°角,颈椎置于胶片正中,矢状线与暗盒平行,再旋转头部 30°~35°角呈接近侧位。

(2001-07-18 收稿)