

其术前 CA19-9 水平均低于 170 U/mL, 并且术后 15 d 复查 CA19-9 水平下降超过了 80%. 另有 1 例患者术后 4 mo 血清 CA19-9 水平再度明显升高, 同时 B 超和 CT 均发现肝门部出现复发包块, 肠系膜上动脉根部也发现明显肿大的淋巴结, 以后在随访中发现其 CA19-9 水平持续上升, 肝门部包块和肿大淋巴结也进行性增大. 综上所述, 我们认为, CA19-9 可作为胰腺癌患者一个重要的预后指标, 其测定值越高, 则患者预后越差; 术后 CA19-9 水平下降越明显, 则患者存活期越长. Gattani et al^[2] 研究发现, 在 III 期胰腺癌中, CA19-9 水平低于或等于 2 000 U/mL 者, 中位生存时间为 12.8 mo, 而高于此值者的中位生存时间仅为 8 mo. Katz et al^[3] 发现, 通过治疗(包括术前放疗+手术切除、术前放疗+姑息切除、手术切除+术后放疗、单纯放疗), CA19-9 水平下降超过 75% 的患者, 其中位生存时间明显超过 CA19-9 水平下降低于或等于 75% 的患者, 分别为 23 mo 和 8 mo. 这些研究结果均证实 CA19-9 在判断胰腺癌患者预后中起着重要的作用.

影响胰腺癌预后的潜在因素有很多, 包括: 年龄、性别、患者体重下降的程度、肿瘤的部位、大小、TNM 分期、血管浸润、瘤体倍增时间^[4]、能否切除等等. 但我们认为, 检测患者血清中 CA19-9 的水平不失为一种更加简单、直接、独立和客观的胰腺癌辅助诊断指标及预后判断因子, 也可作为判断胰腺癌手术疗效的一种指标.

4 参考文献

- 1 Hamori J, Arkosy P, Lenkey A, Sapy P. The role of different tumor markers in the early diagnosis and prognosis of pancreatic carcinoma and chronic pancreatitis. *Acta Chir Hung* 1997;36:125-127
- 2 Gattani AM, Mandeli J, Bruckner HW. Tumor markers in patients with pancreatic carcinoma. *Cancer* 1996;78:57-62
- 3 Katz A, Hanlon A, Lanciano R, Hoffman J, Coia L. Prognostic value of CA19-9 levels in patients with carcinoma of the pancreas treated with radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;41:393-396
- 4 Furukawa H, Iwata R, Moriyama N. Growth rate of pancreatic adenocarcinoma: initial clinical experience. *Pancreas* 2001; 22:366-369

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

经导管动脉栓塞术在急性消化道大出血急救中的临床应用

张秋丽, 贾云英

张秋丽, 贾云英, 河南省濮阳市人民医院优二科 河南省濮阳市 457000
项目负责人: 张秋丽, 457000, 河南省濮阳市人民路 89, 濮阳市人民医院优二科.
电话: 0393-4402789
收稿日期: 2003-05-14 接受日期: 2003-06-27

摘要

目的: 探讨经导管动脉栓塞术在急性消化道大出血急救中的疗效和操作要点.

方法: 回顾性分析急性消化道大出血患者 12 例, 男 8 例, 女 4 例, 其中上消化道出血 7 例, 下消化道出血 5 例, 所有患者经内科常规治疗或/及内镜下止血治疗无效, 出现休克症状. 急诊行动脉栓塞治疗. 以聚乙烯醇微球(PVA)、明胶海绵为栓塞材料.

结果: 12 例中 11 例栓塞成功, 即时止血成功率 91.7% (11/12). 随访未出现严重栓塞并发症. 1 例经留置导管小剂量泵入善宁止血成功.

结论: 应用 PVA 或明胶海绵对急性消化道大出血栓塞是急诊抢救中安全、有效的方法, 对于即时不能发现的出血

灶予留置动脉导管药物注入可以作为补充治疗措施, 靶血管的选择及栓塞剂的用量是栓塞成功及避免严重栓塞并发症的关键.

张秋丽, 贾云英. 经导管动脉栓塞术在急性消化道大出血急救中的临床应用. 世界华人消化杂志 2004;12(1):222-223

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/222.asp>

0 引言

急性消化道大出血是临床常见的急症, 尽管现代药物及治疗内镜的发展能够使绝大多数的上消化道及结肠出血得到控制, 但仍有一小部分效果不佳; 而小肠出血因部位及性质不易诊断, 治疗更为棘手. 随着血管介入治疗的广泛应用, 一些难治的消化道大出血患者得到了有效救治. 我们自 1999-04 以来采用经导管对出血动脉进行栓塞治疗 12 例患者, 疗效满意, 总结报道如下:

1 材料和方法

1.1 材料 急性消化道大出血患者 12 例, 男 8 例, 女 4 例.

年龄 37-72 岁, 平均 46.3 岁. 5 例表现为呕血及便血, 7 例单纯为便血, 出血量均在 1 000 mL 以上, 均有不同程度的血压下降, 3 例入院时即处于休克状态. 急诊胃镜检查, 确诊为 Mallory-Weiss 综合征 2 例, 胃癌 1 例, 胃 Dieulafoy 病 1 例, 十二指肠 Dieulafoy 病 3 例, 2 例在球腔, 1 例在降段. 5 例为下消化道出血. 所有病例均给予止血药物、补液、输血治疗, 个别病例经内镜下注射肾上腺素治疗, 血压继续下降, 临床出现休克表现, 在治疗休克的同时, 急诊行动脉栓塞术.

1.2 方法 采用 Seldinger 技术行股动脉穿刺插管, 因术前出血部位基本明确, 分别以 5F Cobra 导管针对预先估计的出血动脉进行造影, 12 例患者中 11 例有对比剂外溢, 位于胃左动脉食管支 2 例, 胃左动脉胃体支 2 例, 胃十二指肠动脉 3 例, 肠系膜上动脉 4 例. 上消化道出血的供血血管栓塞剂为 PVA 加明胶海绵, 导管尽可能深入出血动脉近端, 缓慢注入栓塞剂, 直至造影无对比剂外溢时止. 下消化道先以 5F 导管行肠系膜上下动脉造影, 共发现 4 例对比剂外溢, 均为肠系膜上动脉供血. 采用微导管技术, 将其插入末级弓状动脉内造影, 如显示远端仅有直动脉方以明胶海绵微粒进行栓塞, 栓塞剂用量至无对比剂外溢为止, 尽可能少用. 术后处理及随访: 密切观察生命体征, 继续予抗休克治疗, 血压平稳 24 h 后, 有手术指征的转外科, 并进行跟踪随访.

2 结果

本组共进行 12 例造影, 11 例可见明显动脉期对比剂外溢, 外溢处静脉期显示不清. 如上述, 均给予相应剂量的栓塞剂栓塞, 即时止血成功率 100%, 手术时间均在 1 h 之内, 2 h 内即可见血压逐渐回升, 呕血、便血停止. 1 例患者经腹腔动脉、肠系膜上下动脉、肾动脉造影, 均未见对比剂外溢, 临床存在进行性血压下降, 连续便血, 术前已检查上消化道正常, 估计出血部位仍在小肠, 给予肠系膜上动脉近端留置导管, 经导管缓慢泵入善宁 0.4 $\mu\text{g}/\text{min}$, 1 h 后血压稳定, 便血次数明显减少至停止, 临床治愈, 随访 2 a 未再出血, 亦无其他症状. 2 例肠系膜上动脉造影时可见肿瘤血管, 手术证实为空肠淋巴瘤, 另 1 例经肠镜证实为回肠末端 Dieulafoy 病. 所有患者无近期再发出血, 也无肠穿孔、肠坏死并发症.

3 讨论

急性消化道大出血是内科临床常见的急症, 血容量在短时间内急剧减少致使患者出现血压下降甚至休克, 危及生命. 尽管静脉曲张破裂、急性胃黏膜病变、溃疡出血占绝大多数, 止血药物及内镜下治疗措施一般对上述疾病有效, 但动脉出血更凶险, 出血速度更快, 内镜下往往可见血呈水注样喷射, 这种情况药物及内镜治疗往往难以奏效. 对于小肠出血, 因内镜一般难以观察到, 为盲区, 诊断治疗更加困难. 而介入栓塞治疗急性消化道大出血创伤小, 效果迅速可靠, 对此类患者往往可以起到挽救生命的作用^[1]. 一般来说, 动脉出血患者有大部分可见到对比剂外溢, 栓塞治疗的关键是迅速、准确. 超选择性栓塞具有直接阻断出血动脉血流, 避免误栓其他动脉而引起并发症的优点, 故如操作顺利应优先选用. 但出血动脉往往有痉挛, 插管困难. 上消化道血供丰富, 侧支循环多, 故也不必强求严格超选择性栓塞以免延长手术时间. 卢武胜 et al^[2]认为以 5F Cobra 导管在出血动脉近端栓塞是安全、有效的. 下消化道大出血栓塞治疗应为首选, 但栓塞时应采用微导管技术, 要求准确定位到末级弓状动脉^[3]. 本组 4 例下消化道出血均按此原则栓塞. 栓塞剂均采用明胶海绵颗粒. 有报道明胶海绵不是永久性栓塞剂, 易再发出血^[4]. 本组 4 例无 1 例再出血, 这可能与 2 例患者于短期内手术有关. 上消化道我们选用 PVA 加明胶海绵作为栓塞材料, 因其对血管畸形栓塞更可靠, 又无栓塞并发症风险. 为了避免栓塞并发症加之肿瘤最终要外科切除, 下消化道我们仅给明胶海绵进行栓塞, 未出现肠坏死栓塞并发症. Guy et al^[5]报道 PVA 颗粒栓塞下消化道是安全的, 我们还有待进一步尝试.

4 参考文献

- 1 黎雪琴, 郭玉鑫, 王巧兮. 急性下消化道大出血的栓塞治疗. 临床放射学杂志 2000;19:384
- 2 卢武胜, 黄明亮, 杨四海, 费泽军, 刘文秀. 消化道出血血管造影及介入治疗价值. 介入放射学杂志 2001;10:138-140
- 3 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. 介入放射学杂志 2001;10:141-142
- 4 高斌, 徐圣德, 陈兵, 彭琼, 洪慈, 许国忠, 汪涛. 介入栓塞治疗急性消化道大出血的临床应用. 介入放射学杂志 2002;5:345-347
- 5 Guy EG, Shetty PC, Sharma RP, Burke MW, Burke TH. Acute lower gastrointestinal hemorrhage: Treatment by superselective embolization with polyvinyl alcohol particles. Am J Roentgenol 1992;159:521-526