■技术·思维

置入放射性粒子支架 微创治疗恶性梗阻性黄疸

□李 鑫 吴白露 文/图

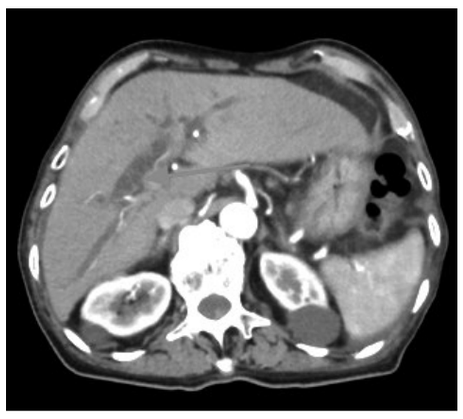

图1

图2

图3

图4

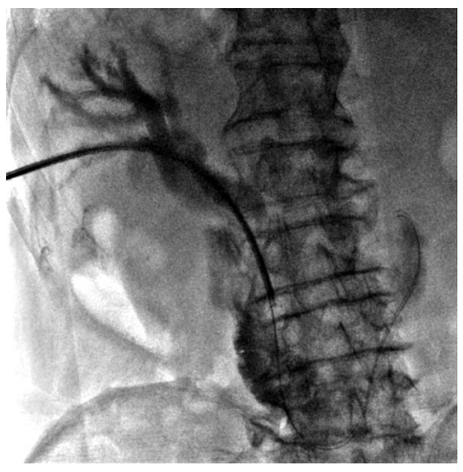

图5

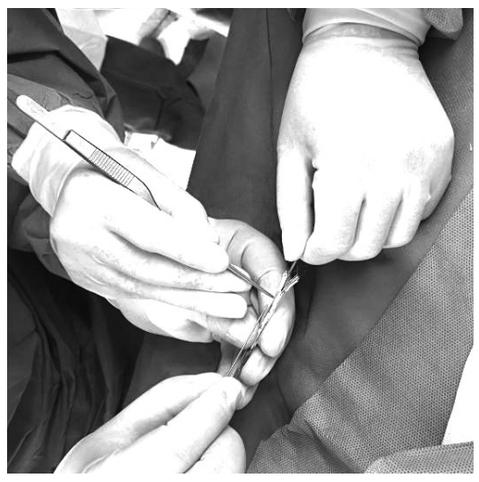

图6

95岁的刘先生因恶性梗阻性黄疸来到郑州大学第一附属医院东院区就诊。恶性梗阻性黄疸是一种因肿瘤引起胆管阻塞，导致胆汁无法正常排出，从而引发皮肤和眼睛黄染的疾病。

郑州大学第一附属医院东院区介入一病区主任李臻接诊了刘先生。CT（计算机层析成像）检查可见肝内胆管扩张（图1）；增强CT扫描可见胆总管下端占位，轻度强化，血供明显（图2）。李臻考虑为胆总管癌。

在多学科会诊中，李臻等人认为，患者高龄，多个脏器功能不全，无法耐受外科手术。

在征得患者及其家属的同意后，李臻决定为患者实施经皮经肝穿刺途径下胆管活检及放射性粒子支架置入术。放射性粒子支架置入术在解决胆管梗阻问题的同时，还可以对胆管肿瘤进行内照射治疗，达到标本兼治的目的。

我们会在DSA（数字减影血管造影）及心电监护下进行相关操作。

在做好充分的术前准备后，李臻带领我们顺利完成胆管穿刺造影（PTC）。PTC显示肝内外胆管扩张、胆总管下端完全梗阻（图3）。随后，我们使用亲水膜导丝、导管，顺利开通胆总管的阻塞段。造影检查显示阻塞的程度和范围（图4）。我们向胆管内引入鞘管和活检钳，并钳夹病理组织进行活检（图5），明确病理类型，便于后续治疗。我们经导丝置入放射性粒子支架（图6），然后准确定位、释放，并用球囊对胆管的狭窄段进行后扩张（图7），最后在支架上方的肝门部放置胆管外引流管（图8）。造影检查显示支架位置准确、形态及膨胀良好，放射性粒子分布均匀，胆管阻塞消失。

在手术过程中，患者生命体征平稳，无特殊不适。手术成功。术后患者一般情况良好，饮食及精神状态明显改善，病情好转。

恶性梗阻性黄疸患者就诊时多为肿瘤中晚期，难以接受外科手术。此外，由于取材困难，许多患者缺乏病理诊断这一环节，后续肿瘤治疗盲目性较大，疗效欠佳。李臻在胆管及其他非血管腔道钳夹病理组织进行活检，并进行介入治疗，解决了这一难题，让恶性梗阻性黄疸患者有了新的治疗选择。

（作者供职于郑州大学第一附属医院东院区介入一病区）

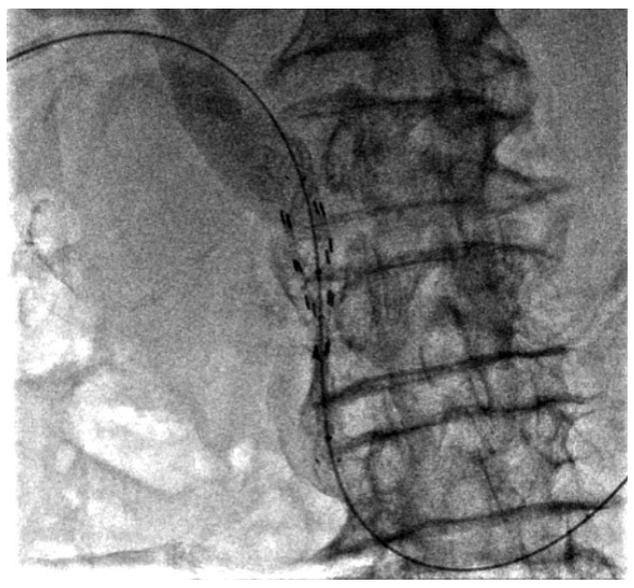

图7

图8

■临床笔记

「九问九思」找出引起腹痛的原因

□梁宝松

前几天，我正在河南省人民医院门诊坐诊，一个中年男子来找我看病。他说自己腹痛，但一直未找到原因。

询问后，我得知该患者2天前无明显诱因出现腹痛、腹胀，疼痛部位为胸口到剑突区域。患者曾自行口服布洛芬缓释胶囊，疼痛略有减轻。因为感觉腹胀，患者还自行灌肠，排出少量大便。除了腹痛、腹胀，患者还有胸闷、气短、乏力症状，没有恶心、呕吐、咳嗽，也没有发热。患者有高血压病史，但是没有规律服药，无糖尿病病史。

这个患者会是什么病呢？

我开始用我总结出来的腹痛诊断法“九问九思”进行排查。“九问”指的是问诊“九条”：1.原因、诱因。2.部位。3.性质。4.程度。5.发生时间。6.持续时间。7.放射。8.伴随状况。9.缓解方法。“九思”指的是逻辑思维“九条”：1.局部脏器的疾病。2.邻近脏器的疾病。3.远处脏器的放射痛。4.皮肤和全身病。5.主动脉夹层和少见病。6.伴发热优先考虑外科病。7.急性发作优先考虑外科病。8.先考虑器质性疾病再考虑功能性疾病。9.先一元论再多元论。

这是一个中年患者，肥胖，有高血压病史，并且没有规律服用降压药物，没有糖尿病病史。对他进行腹部体格检查，没有发现特别的阳性体征。通过“九问九思”，我认为，对于他这样的腹痛，须警惕主动脉夹层和少见病。于是，我建议他完善主动脉检查。

从我这里离开两天后，这个患者特意打来电话，表达感激之情，说经过彩超和CT（计算机层析成像）血管造影检查，发现是肠系膜上动脉夹层。他说发现及时，会很快接受手术，不然后果不堪设想。

肠系膜上动脉是腹主动脉的脏支，是供应肠道血液的主要动脉之一。肠系膜上动脉夹层是一种相对罕见但严重的血管疾病，可能导致严重的并发症甚至危及生命。幸亏我按照“九问九思”的方法排查，帮助患者及时发现了腹痛的原因，让他能够得到及时治疗。

（作者供职于河南省人民医院消化内科）

相关链接

肠系膜上动脉夹层的发病因素主要有以下几种：

1.血管退行性病变。慢性高血压会导致血管弹力纤维断裂，引起血管退行性病变。血管退行性病变会增加发生肠系膜上动脉夹层的风险。

2.动脉粥样硬化。当动脉粥样硬化严重时，肠系膜上动脉的血管壁会发生损伤，从而形成夹层。

3.遗传性结缔组织病。马方综合征等疾病会导致血管壁脆弱，增加发生肠系膜上动脉夹层的风险。

4.炎症性血管病。大动脉炎等会导致血管壁脆弱，增加发生肠系膜上动脉夹层的风险。

■临床体会

左主干病变 优先选择冠状动脉搭桥术

□田振宇

冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病）是指由于冠状动脉粥样硬化，使血管腔狭窄或阻塞，导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。左主干病变是一种非常严重的冠心病，可能会导致广泛性心肌缺血、心功能衰竭、恶性心律失常、猝死等。

左主干是冠状动脉的主干道，供应心脏70%以上的血流。它起源于主动脉，分为左前降支和左回旋支，为左心室大部分区域供血。如果左主干严重狭窄（>50%），意味着心脏大部分供血受阻。由于左主干病变的危害极大，因此需要对左主干及时进行血运重建。此时，会优先选择冠状动脉搭桥术。

冠心病的主要血运重建方式包括冠状动脉支架植入术（又称介入治疗）和冠状动脉搭桥术（又称外科手术）。对于左主干病变，优先选择冠状动脉搭桥术，主要原因如下：

1.左主干病变影响范围广，而冠状动脉支架植入术治疗效果有限。

左主干相当于高速公路上的主干道，如果发生堵塞，会影响多个分支的血供。

虽然冠状动脉支架植入术能疏通狭窄的血管，但是对于复杂病变（如多支病变、分叉病变）治疗效果有限，再狭窄发生率高。

冠状动脉搭桥术可绕过病变血管，直接建立新的血流通路，确保更长久的通畅性。

2.冠状动脉搭桥术的长期效果更好。

虽然冠状动脉支架植入术可以快速解除狭窄，但是远期血管再狭窄率较高。

冠状动脉搭桥术使用自体血管（如内乳动脉、大隐静脉）搭桥，能够保持长期稳定的血供。

研究显示，左主干病变患者接受冠状动脉搭桥术，5年生存率更高，心血管事件发生率更低。冠状动脉支架植入术后5年，部分患者仍需要二次介入治疗或搭桥手术。

3.冠状动脉搭桥术更能预防心肌梗死和猝死。

左主干病变可能导致大范围心肌缺血，甚至猝死。冠状动脉搭桥术不仅可以改善心脏血供，还可以建立旁路，即在斑块严重影响血液循环时，创建新路径，绕过狭窄血管而恢复正常血流，减少血栓形成和心肌梗死风险。

4.对于合并其他冠状动脉病变的患者，搭桥手术更适合。

大多数左主干病变患者伴有其他血管狭窄（如三支病变），如果单纯放置支架，可能需要多个支架，增加术后支架内再狭窄风险。而冠状动脉搭桥术可以一步到位，同时治疗多个病变。糖尿病合并左主干弥漫性严重病变患者，接受冠状动脉搭桥术，远期预后显著优于冠状动脉支架植入术。

冠状动脉搭桥术的主要方式如下：

1.内乳动脉搭桥：长期通畅率比较高，是首选。

2.大隐静脉搭桥：在身体存在多个病变时补充使用。

3.桡动脉搭桥：部分患者可选。

无论是接受冠状动脉搭桥术还是接受冠状动脉支架植入术，患者术后需要做好长期管理。具体方法如下：

1.保持健康的生活方式：戒烟，低盐、低脂饮食，规律运动。

2.药物治疗：服用阿司匹林+氯吡格雷（双联抗血小板治疗）、他汀类降脂药（抑制胆固醇的合成，降低血脂水平）和β受体阻滞剂（减轻心脏负担）。

3.定期复查：关注术后心脏功能及血管通畅情况。

左主干病变是冠心病中最严重的类型，若处理不当，可能会导致心肌梗死甚至猝死。对于这种病变，可优先选择冠状动脉搭桥术。这种手术具有更好的长期效果和更高的生存率。对于部分低风险患者，冠状动脉支架植入术可作为备选方案。不管接受哪种手术，术后患者都要重视复查和药物治疗。

（作者供职于河南省胸科医院心血管外科六病区）

征稿

科室开展的新技术，在临床工作中积累的心得体会，在治疗方面取得的新进展，对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等，请您关注，并期待您提供稿件。

稿件要求：言之有物，可以为同行提供借鉴，或有助于业界交流学习；文章可搭配1张~3张医学影像图片，以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话：16799911313
投稿邮箱：337852179@qq.com
邮编：450046
地址：郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室