

内镜介入治疗大气道狭窄 6 例

厉为良, 李永华, 吕丽辉, 李斌琦

【摘要】 目的 总结大气道狭窄内镜介入治疗的经验。**方法** 通过电子支气管镜使用氩等离子体凝固术治疗后, 球囊扩张器扩张气管并支架置入术治疗大气道狭窄患者 6 例, 其中气管支气管鳞癌 4 例, 气管支气管结核狭窄 2 例。**结果** 6 例患者经过治疗后, 大气道狭窄均得以解除或减轻, 症状显著缓解。**结论** 内镜介入是治疗大气道狭窄的有效措施之一。

【关键词】 大气道狭窄; 氩等离子体凝固术; 球囊扩张术; 支架置入术

中图分类号: R562.12 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)04-0340-02

我科对大气道狭窄患者进行了氩等离子体凝固术(下称氩气刀), 继予球囊扩张术及支架置入术治疗, 取得了显著疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 3 月至 9 月收治大气道狭窄患者 6 例, 入院时均有明显呼吸困难。男女各 3 例, 年龄 27~70 岁, 平均 56.8 岁。肺鳞癌 4 例, 肺结核 2 例。

1.2 器械准备 德国 ERBE APC 300 型氩等离子体凝固器(氩气刀)及电极; PENTAX 1830T3 电子气管镜(日本 PENTAX 公司); 呼吸道球囊扩张器、镍钛记忆合金附膜支架及置入器(常州智业); KR-III 型喷射呼吸机(江西第五机床厂)。电子支气管镜、支架、呼吸道球囊扩张器、导丝、置入器及氩气刀电极均用戊二醛消毒。

1.3 操作方法 在全麻下进行手术, 高频通气(频率 120 次/分)给纯氧。按电子支气管镜常规操作, 确定目标区域后, 将镜端置于距病灶约 2 cm 处。将氩气刀电极经电子支气管镜活检孔导入至病灶上方约 0.5~1 cm 处, 脚踏电凝开关进行治疗, 功率 50 W, 氩气流量 0.5 L/min, 每次 1~2 s(开关开启时停止供氧以免气管烧伤), 先中央后外围, 直至狭窄解除或减轻。氩气刀治疗后, 用直径 15 mm 球囊扩张器扩张 1~3 次, 使支架置入器能顺利通过。自支气管镜钳道导入导丝至狭窄段远端并固定, 退出内镜, 并从另一侧鼻腔再次进镜, 在直视下引导支架置入术。将安装好附膜支架(据病变位置和范围定制)的置入器顺着导丝进入狭窄段, 准确定位后释放支

架, 内镜检查无误并彻底止血引流后退镜。

1.4 内科治疗方法 结核患者接受正规抗痨治疗。肿瘤患者中 2 例在术后接受 4 个化疗周期和 1 个疗程的姑息放疗等综合抗癌治疗, 1 例只接受 2 个化疗周期, 另 1 例拒绝接受放疗和化疗。

1.5 大气道狭窄再通的判断标准^[1] ①完全有效: 经纤维支气管镜检查, 腔内病灶完全清除, 管腔狭窄重新开放, 功能恢复正常; ②部分有效: 超过 50% 的狭窄管腔重新开放, 功能检查致正常, 主观症状改善; ③轻度有效: 狭窄改善不足 50%, 但经引流, 狭窄远端肺部炎症消散; ④无效: 临床上无主观和客观改善证据。

1.6 随访时间 从患者术后至 2009 年 9 月 3 日。

2 结果

6 例患者经过治疗后, 原大气道狭窄均得以解除或减轻。氩气刀术后到支架置入前, 大气道再通的疗效判定: 完全有效 2 例, 部分有效 1 例, 轻度有效 3 例; 支架置入术后, 大气道再通的疗效判定: 完全有效 5 例, 部分有效 1 例。

1 例术后第 2 天胸片复查时发现患侧气胸, 经闭式引流后痊愈。随访 6~18 个月, 4 例肺鳞癌患者分别于术后第 6、8、9、11 个月死亡, 2 例气管支气管结核患者术后 18 个月仍健在。

3 讨论

目前, 经支气管镜介入治疗大气道狭窄的方法有激光、高频电刀、微波、冷冻、氩气刀等, 各有优缺点。氩气刀是氩气在高频电流的作用下电离成有导电性的氩气(氩等离子体)无接触地被引导到需要治疗的病变组织进行烧灼治疗。烧灼后组织表面导电性降低, 电流会自动转至周围电阻低的部位, 使烧灼更均匀, 深度限制在 0.5~3 mm, 不容易发生穿

作者简介: 厉为良(1963-), 男, 浙江东阳人, 本科, 主任医师, 从事呼吸内科工作

作者单位: 315040 浙江宁波, 解放军 113 医院呼吸与危重症医学科

孔,不产生烟雾和气味^[2-4]。肿瘤经氩气刀切除后还会增生,从而需要反复治疗^[5]。因此支架的置入就显得十分必要,能直接解除或减轻大气道狭窄,起到立竿见影的疗效,改善了患者生存质量^[6],延长了结核患者的生存期。

【参考文献】

- [1] Bestall JC, Paul EA, Garrod R, et al. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. Thorax, 1999, 54(7): 581-586.
- [2] Bolliger CT, Sutedja TG, Strausz J, et al. Therapeutic bronchoscopy with immediate effect: laser, electrocautery, argon plasma

coagulation and stents [J]. Eur Respir J, 2006, 27(6): 1258-1271.

- [3] 白冲,李强,徐浩,等.经纤维支气管镜氩离子凝固治疗气管狭窄[J].中华结核和呼吸杂志,2003,26(7):424.
- [4] 韦国桢,殷小伟,李超,等.经纤维支气管镜氩气刀治疗气管狭窄[J].中国内镜杂志,2008,14(2):193-194.
- [5] 党斌温,张杰.局部麻醉及支气管软镜下氩气刀治疗中心气管阻塞性病变的安全性[J].中华结核和呼吸杂志,2006,29(11):767-768.
- [6] 王洪武,马洪明,李晶,等.氩等离子凝固技术配合气管被膜金属支架置入治疗气管隆突处狭窄[J].中华内科杂志,2007,46(7):573-574.

(收稿日期:2009-12-14)

(本文编辑:潘雪飞)

低场磁共振对军训中下肢肌肉损伤的诊断价值

徐才国,张杰华,尹雪军,牛富业,朱卫峰

【摘要】 目的 探讨低场磁共振对下肢肌肉损伤的诊断价值。**方法** 选取 19 例海军陆战队队员在军训中突然大腿下部及小腿中上部剧痛,X 线片检查未见骨折的患者行低场磁共振检查,常规 T1WI、T2WI 及 STIR 序列,层厚 8.0 mm,层间距 1.0 mm,病变部位加扫薄层,以冠状位及矢状位为主,辅以横轴位。**结果** 19 例患者发现肌肉 I 级损伤 12 例,Ⅱ级损伤 5 例,Ⅲ级损伤 2 例,均未见骨质损伤。**结论** 低场磁共振检查能明确下肢肌肉损伤并且进行损伤分级。

【关键词】 软组织;损伤;低场磁共振

中图分类号: R814.42 **文献标志码:** B **文章编号:** 1672-271X(2010)04-341-02

低场磁共振成像(MRI)检查能对肌肉损伤进行诊断及分级,以便对患者进行及时治疗,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 某海军陆战队在 2007 年至 2009 年夏天(每年的 7~9 月)进行军事训练,运动形式主要有跑步、跨跃及跳跃等。其间先后发生小腿中上部剧烈疼痛来我院诊治,先行 X 线检查未见骨骼骨折的 19 例,其中右下肢 12 例,左下肢 7 例,均行低场 MRI 检查。19 例均男性,年龄 18~35 岁,平均 26.3 岁。

1.2 检查设备及方法 采用中国沈阳东软医疗公司生产的永磁型 0.35T 低场 MRI 扫描仪,使用膝关节线圈,检查位置包括剧烈疼痛部位。常规采用 T1WI、T2WI 及 STIR 序列,以冠状位及矢状位为主,辅以横轴位,扫描层厚 8.0 mm,层间距 1.0 mm,根

据病灶大小加以薄层扫描。由 2 名主治医师共同做出诊断。

1.3 损伤分级 临床标准^[1] 将肌肉、肌腱的损伤分为 3 级,I 级为牵拉伤,MRI 表现肌肉、肌腱的形态正常,T1WI 呈等信号或略低信号,T2WI 为高信号,STIR 亦为高信号,尤以后者为明显;Ⅱ级损伤为部分撕裂,MRI 表现为肌肉、肌腱局部不连续且有变薄松弛、损伤区水肿和出血;Ⅲ级为完全断裂,MRI 表现肌肉、肌腱的连续性中断,断裂处充满液体,伴有广泛性出血,周围肌间隙有积液。

2 结果

本组 19 例患者均有大腿下部及小腿中上部肌肉损伤,I 级损伤 12 例,Ⅱ级损伤 5 例,Ⅲ级损伤 2 例。

3 讨论

3.1 磁共振在肌肉损伤中的扫描技术 肌肉、肌腱在 MRI 上有显著特征,对单侧肢体进行扫描可以清楚观察局部的解剖结构,对双侧肢体对比可以达到

作者简介: 徐才国(1967-),男,浙江天台人,本科,副主任医师,从事影像诊断及介入治疗

作者单位: 316000 浙江舟山,解放军 413 医院放射科