

管异常才引起注意。本病诊断的关键在于发现病灶部位异常的血供,过去诊断多通过血管造影确诊,但血管造影属有创性,临床开展较少,大多数为手术确诊。近年来随着高分辨率 CT 临床广泛使用,其三维血管重建可再现异常供血动脉,成为诊断 PS 的首选方法^[7],并逐步将血管造影方法淘汰。

3.3 作为内科医师,关键在于明确诊断,尽快为患者提供最佳的治疗方案,因为 PS 一旦确诊,手术治疗为首选。这需要我们提高对该病的认识,减少误诊。以下几点提示我们考虑该病的可能:(1)位于脊柱两旁两肺下叶的病灶,呈边界清楚的多发囊肿性改变或类似支气管扩张改变,但体征上啰音不明显。(2)发病年龄较轻,幼年可有反复感染病史,反复同一部位特别是两下肺感染,病灶内有引流不畅的特点,黏液潴留症或形成钙化,治疗效果不佳,需排除 PS。本组病例中有 1 例患者反复使用多种抗生素治疗不佳,影像学发现病灶内可见较多的钙化灶,考虑引流不通畅,做纤支镜发现其下叶开口消失,说明可能病灶存在与正常的支气管不通或病理相通的情况。(3)对于影像学呈下叶脊柱旁肿块状的病状,除考虑肿瘤外,还要排除 PS 可能,建议行增

强 CT 扫描,避免盲目经皮肺穿,引起大出血。PS 确诊后,以手术治疗为主,肺内型多行肺叶切除,肺外型切除隔离肺,术中关键处理异常供血的动脉,避免出血。

参考文献

- 1 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].第13版.北京:人民卫生出版社,2010:1898-1899.
- 2 Kesthenholz PB, Schneider D, Hillinger S, et al. Thoracoscopic treatment of pulmonary sequestration[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2006, 29(5):815-818.
- 3 冯兴,李 浒,王国卿,等.右下肺外型肺隔离症伴食管瘘 1 例[J].中华结核和呼吸杂志,2011,34(1):63-64.
- 4 陈刚,任 华,韩志军,等.肺隔离症 48 例临床分析[J].北京医学,2010,32(10):810-812.
- 5 毛争春,邵国丰,沈韦羽,等.肺隔离症 7 例及文献复习[J].浙江实用医学,2006,11(4):250-252.
- 6 Yildirim G, Gungördük K, Aslan H, et al. Prenatal diagnosis of an extralobar pulmonary sequestration[J]. Arch Gynecol Obstet, 2008, 278(2):181-186.
- 7 王清海,向家勇,张 熠.14 例肺隔离症的诊治体会[J].西部医学,2011,23(3):505-506.

[收稿日期 2012-11-19][本文编辑 杨光 和 韦所芬]

学术交流

内镜套扎术在治疗食管静脉曲张破裂出血中的临床应用价值

欧锦溪, 朱志华, 郑华银

作者单位: 543001 梧州,广西医科大学第七附属医院消化内科

作者简介: 欧锦溪(1979-),男,研究生学历,主治医师,研究方向:消化疾病诊疗和消化内镜应用。E-mail:oujinxi@tom.com

[摘要] 目的 探讨内镜下食管静脉曲张套扎术(EVL)治疗和预防肝硬化患者食管静脉曲张破裂出血的临床应用价值。方法 回顾性分析 2008-01~2012-01 该院 142 例肝硬化食管静脉曲张破裂出血患者,其中行 EVL 治疗 74 例(治疗组),内科保守治疗 68 例(对照组),并对其临床疗效进行随访观察。结果 所有患者随访 6 个月以上,治疗组的早期再出血率、迟发出血率、曲张静脉好转率、复发率、手术率及病死率均低于对照组($P < 0.05$ 或 < 0.01)。结论 EVL 能有效地降低肝硬化门脉高压患者食管静脉曲张的程度,降低再出血率、复发率、手术率和病死率,是一种有效的内镜治疗手段。

[关键词] 食管静脉曲张; 内镜套扎术; 出血

[中图分类号] R 57 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)08-0798-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.08.24

Clinical value of treating esophageal variceal bleeding by endoscopic variceal ligation OU Jin-xi, ZHU Zhi-hua, ZHENG Hua-yin. Department of Gastroenterology, the Seventh Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Guangxi 543001, China

[Abstract] Objective To evaluate the clinical value of treating and preventing esophageal variceal bleeding by endoscopic variceal ligation (EVL). **Methods** The clinical data of 142 liver cirrhosis patients with esophageal variceal bleeding treated in our hospital from January 2008 to January 2012 was collected, of them 74 patients received EVL (treatment group) and 68 patients received internal medicine treatment (control group), and their efficacy were followed up. **Results** All the patients were follow-up for 6 months or more. The early rebleeding rate, the delayed rebleeding rate, varicose veins improvement rate, the recurrence rate, operation rate in the treatment group were lower than those in the control group. Comparing the two groups were significantly different ($P < 0.05$ or $P < 0.01$).

Conclusion EVL can effectively reduce the extent of esophageal varices, reduce the rebleeding rate, recurrence rate, operation rate and mortality rate in the liver cirrhosis patients with portal hypertension, it is an effective methods of endoscopic therapy.

[Key words] Esophageal varices; Endoscopic variceal ligation (EVL); Bleeding

食管静脉曲张破裂出血 (EVB) 是肝硬化门脉高压患者最凶险的并发症之一,也是导致此类患者死亡的主要原因。现代的治疗方法包括内科保守治疗、外科治疗、内镜治疗和介入治疗等^[1]。各种治疗方法均能获得一定的临床疗效,内镜套扎术由于能使曲张静脉消失快,并发症相对较少,而且技术相对较易掌握,再出血率低,已逐渐成为食管静脉曲张的首选内镜下治疗方法。近年来我科采用内镜下食管静脉曲张套扎术 (EVL) 治疗 EVB,取得了较好的临床效果,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008-01 ~ 2012-01 我院 142 例肝硬化 EVB 患者。食管静脉曲张按中华消化内镜学会 2003 年制定通过的食管胃底静脉曲张内镜下分级标准^[2] 分级,74 例同意接受 EVL 的患者作为治疗组,同期另外 68 例不愿接受内镜下治疗的患者作对照组行内科综合保守治疗,两组在年龄、性别、病程、肝功能、Child-Pugh 分级、食管静脉曲张程度等方面比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 [$(\bar{x} \pm s), n$]

组别	例数	性别		年龄(岁)	Child-Pugh 分级			静脉曲张程度		
		男	女		A	B	C	轻	中	重
治疗组	74	51	23	49.6 ± 12.23	10	38	26	9	25	40
对照组	68	42	26	51.20 ± 11.71	9	35	24	7	27	34
$\chi^2/t/Z$	-	0.803		-0.795	-0.036			-0.309		
P	-	0.370		0.428	0.971			0.757		

1.2 设备及器械 使用 OlympusGIF-260 电子胃镜, Wilson-Cook 公司的 6 环套扎器,冰生理盐水,负压吸引器等。

1.3 治疗方法 治疗组和对照组均常规给予禁食、PPI 制酸护胃、降门脉压、药物止血、输血等综合治疗,待生命体征平稳、出血基本停止后接受胃镜检查。治疗组愿意接受 EVL 治疗。对照组治疗结束后带口服护胃、保肝、心得安 (20 ~ 30 mg/d) 等药物出院。治疗组于术前禁食 6 ~ 8 h,签署知情同意书,配血备用。术前肌注安定 5 mg,杜冷丁 30 mg,经咽喉麻醉。在套扎前确认器械无故障。进镜检查观察食管静脉曲张的大小、红色征及是否伴有破裂出血等,确定要套扎的静脉及部位。退镜安装好套扎器,再进镜于贲门上 2 cm 始向口侧螺旋状套扎,注意对

准曲张的静脉或出血点,充分吸引,视野变红即释放套圈,逐个套扎,一次进镜可连续套扎 6 个点。每次套扎 8 ~ 12 点不等。一般每条曲张静脉一次套扎不超过 3 个点,套扎完毕后用盐水冲洗,观察有无活动性出血,确定无出血后退镜。术后监测生命征变化,禁食 48 h,渐冷流质、半流质过渡,卧床休息,避免过度用力,并行 PPI 制酸护胃、预防性止血、奥曲肽降门脉压等综合治疗,术后留院观察 1 ~ 2 周,主要观察有无并发症,如皮圈早期脱落再发出血、胸骨后疼痛、发热及局部哽噎感等。

1.4 观察指标 观察再出血率、曲张静脉好转率、复发率、手术率和病死率。再出血指出血停止 24 h 以上,又出现出血 (呕血或便血;收缩压降低 20 mmHg 以上或心率增加 > 20 次/min;在没有输血的情况下

血红蛋白含量下降 30 g/L 以上)。早期再出血: 出血控制后 72 h ~ 6 周内出现活动性出血。迟发再出血: 出血控制 6 周后出现活动性出血。曲张静脉好转率指治疗后 1 个月复查时曲张静脉完全或基本消失, 或曲张静脉明显缩小变细、变瘪、变短、色泽变淡或蓝色消失、无红色征, 或曲张静脉缩小至无法再次结扎等的人数比。复发率是指曲张静脉经复查胃镜证实已缩小或消失, 后复查出现较前一次曲张。手术率指因出血无法止血而送外科进行手术干预。病死率指出血治疗后半年内由于出血致死的死亡人数比例。

1.5 术后随访 治疗组于治疗结束后 1、3、6 个月行胃镜复查, 记录食管静脉曲张转归情况。对照组治疗结束后 1、6 个月行胃镜复查。所有患者随访半年以上。对静脉曲张再出血或静脉曲张复发者用同样方法再治疗。

1.6 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组比较采用 *t* 检验, 计数资料组间比较采用 χ^2 检验, 等级资料比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计

学意义。

2 结果

治疗组未发生早期再出血, 对照组早期再出血率占 13.24%。治疗组迟发再出血 2 例, 通过追加硬化注射后 1 例止血, 1 例送外科手术干预; 对照组迟发再出血 16 例, 占 23.53%, 继续使用药物如奥曲肽等止血治疗, 其中 6 例因出血量大临床死亡, 有 8 例选择外科手术干预, 其他继续保守止血成功; 关于再出血率, 对照组明显高于治疗组 ($P < 0.01$)。治疗组曲张静脉好转率为 87.84%, 大部分患者复查胃镜示曲张静脉明显缩小变细、变瘪、变短, 15 例基本消失; 对照组曲张静脉好转率为 33.82%, 未发现曲张静脉完全消失病例, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。后期复查, 治疗组出现 5 例静脉曲张复发, 对照组有 14 例静脉曲张加重, 占 20.59%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组在随访 6 个月未发现死亡病例; 对照组中 6 例因再出血量大治疗无效死亡, 治疗组病死率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗效果比较 [n(%)]

组别	例数	早期再出血	迟发再出血	曲张静脉好转	复发	外科手术	死亡
治疗组	74	0(0.00)	2(2.70)	65(87.84)	5(6.76)	1(1.35)	0(0.00)
对照组	68	9(13.24)	16(23.53)	23(33.82)	14(20.59)	8(11.76)	6(8.82)
χ^2	-	8.346	13.886	47.870	5.849	4.838	4.811
<i>P</i>	-	0.004	0.000	0.000	0.016	0.028	0.028

3 讨论

食管胃静脉曲张可见于约 50% 的肝硬化患者, 与肝病严重程度密切相关, 约 40% 的 Child-Pugh 分级 A 级患者和 85% 的 C 级患者发生静脉曲张^[1]。EVB 是肝硬化患者最严重和最凶险的并发症。其主要原因是门静脉高压。首次出血病人病死率高达 20% ~ 40%, 急性静脉曲张出血停止后, 患者再次发生出血和死亡的风险很大。对于未经预防治疗的患者, 1 ~ 2 年内平均出血复发率为 60%, 手术率为 35%, 病死率可达 33%^[3]。因此, 对于肝硬化门静脉高压食管静脉曲张的患者, 防止首次出血和再出血的发生, 是降低其病死率最有效和最重要的措施^[4]。目前一级预防包括药物治疗和病因治疗, 对于出血患者, 常用的止血方法有生长抑素类降门脉压等药物治疗、三腔二囊管压迫止血、EVL、内镜下静脉曲张硬化剂或组织胶注射术、介入治疗术和外科手术等, 但各种方法都未尽人意, 各有利弊。其中, EVL 作为治疗和预防食管胃静脉曲张出血的一线方法, 它具有操作

相对简单, 不直接刺伤静脉、创伤小、出血并发症少等优点, 近年来, 越来越多地被应用于临床^[5]。中华医学会消化病学分会、肝病学会、内镜学分会的《肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识》(2008, 杭州)^[1]指出, 首次套扎间隔 10 ~ 14 d 可行第 2 次套扎, 直至静脉曲张消失或基本消失, 建议疗程结束后复查胃镜, 如有复发可行追加治疗。我们采用上述方法应用于临床, 通过观察发现 74 例食管静脉曲张套扎术患者, 在随访 6 个月内, 有迟发再出血 2 例, 1 例送外科手术。再出血考虑与橡皮结扎过紧, 造成被结扎静脉球机械切割, 因进食后等因素刺激而过早腐烂脱落或在被结扎静脉球坏死时发生大出血。但曲张静脉好转率达 87.84%, 大部分患者复查胃镜示曲张静脉明显缩小变细、变瘪、变短, 15 例基本消失。后期复查, 曲张静脉复发率为 6.76%, 治疗组随访期间未发生死亡病例, 对照组有 6 例因出血量大而导致死亡。两组各项数据对比差异均有统计学意义 ($P < 0.01$ 或 < 0.05)。因此, 对

于 EVB 的治疗,在综合治疗的基础上,进一步行 EVL 干预,较单纯药物治疗比较,可有效降低食管静脉曲张的程度,降低再出血率、复发率、手术率和病死率,是预防 EVB 积极有效的处理方法和措施,值得临床推广应用。

参考文献

- 1 中华医学会消化病学分会,中华医学会肝病学分会,中华医学会内镜学分会.肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治共识(2008,杭州)[J].中华消化杂志,2008,28(8):551-558.
- 2 中华医学会消化内镜学分会.食管胃静脉曲张内镜下诊断和治疗

规范试行方案(2003年)[J].中华消化内镜杂志,2004,21(3):149-151.

- 3 Groszmann RJ, Garcia-Tsao G, Bosch J, et al. Beta-blockers to prevent gastroesophageal varices in patients with cirrhosis[J]. N Engl J Med, 2005, 353(21):2254-2261.
- 4 仪德亮,高杰,吴承荣,等.联合应用栓塞及 EVL 术治疗胃底静脉曲张出血合并食管静脉曲张的疗效观察[J].中国消化内镜,2008,2(5):8-11.
- 5 樊林,罗莉.内镜下套扎术预防和治疗食管静脉曲张出血的临床研究[J].中国医药导报,2010,7(2):177-178.

[收稿日期 2012-12-06][本文编辑 黄晓红 韦颖]

学术交流

CT 检查食管癌不同区域淋巴结转移规律分析

陈保君, 邝丽

作者单位: 545006 广西,柳州医学高等专科学校第二附属医院放射科

作者简介: 陈保君(1972-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:CT影像诊断。E-mail:ccchjwcf@sina.com

[摘要] 目的 探讨 CT 检查食管癌不同区域淋巴结转移规律。方法 回顾性分析 118 例行根治性切除的食管癌病例,术前行下颈区、纵隔、上腹部 CT 扫描,观察测量不同区域淋巴结的大小及个数,判断转移情况,术后与病理诊断对照分析。结果 全组淋巴结总转移率为 38.1%,纵隔和上腹部的淋巴结转移率高,分别为 36.7% 和 41.6%。术前 CT 检查食管癌不同区域淋巴结转移的灵敏度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为下颈区 75.0%、84.5%、27.2%、96.9%,纵隔 63.0%、90.1%、65.3%、92.1%,上腹部 70.0%、97.2%、70.0%、97.2%。结论 术前 CT 检查下颈区、纵隔、上腹部能比较准确地反映食管癌淋巴结转移的分布规律,对下颈区淋巴结转移的灵敏度较高。

[关键词] 食管癌; 淋巴结转移; X 线计算机体层摄影术

[中图分类号] R 445 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)08-0801-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.08.25

CT examination of lymph node metastasis in esophageal cancer in different regions CHEN Bao-jun, ZHI Li.

Department of Radiology, the Second Affiliated Hospital of Liuzhou Medical College, Guangxi 545006, China

[Abstract] **Objective** To investigate the CT examination of lymph node metastasis in esophageal cancer in different regions. **Methods** A total of 118 patients undergoing radical resection of esophageal cancer were retrospectively analyzed. These patients received preoperative CT scan on lower neck area, mediastinum, and the upper abdomen. The size and number of lymph nodes in different regions were observed and measured to determine the condition of metastasis. All the results were compared with the postoperative histopathology. **Results** The whole group's lymphatic metastasis rate was 38.1%. However, the rate was higher in mediastinal and upper abdominal region, and was 36.7% and 41.6%, respectively. The sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the lymph node metastasis of esophageal cancer in different regions with preoperative CT were: lower neck area, 75.0%, 84.5%, 27.2%, 96.9%; mediastinum 63.0%, 90.1%, 65.3%, 92.1%; upper abdomen 70.0%, 97.2%, 70.0%, 97.2%, respectively. **Conclusion** Preoperative CT examination of the lower neck area, mediastinum, and upper abdomen can more accurately reflect the distribution of lymph node metastasis in esophageal carcinoma, especially in the lower neck area.

[Key words] Esophageal cancer; Lymph node metastasis; X-ray computed tomography