

为我国介入放射学事业的发展而努力

李 麟 荪

介入放射学在我国虽然起步较晚,但发展很快。最初多数是由非放射科医师操作,放射科医师配合透视、定位及诊断。由放射科医师亲自操作的介入放射技术,首推林贵教授,他于七十年代末即发表了“原发性肝癌的选择性动脉造影”,以后又陆续发表许多实验研究及临床应用,为我国介入放射事业很早就跻身于世界医学之林作出了贡献。刘子江教授也早于1978年起致力于这一工作,他不仅亲自操作,多次发表论文,而且从1982年起即创办了全国性介入放射学习班,迄今已整整十年,为我国培养与造就了一大批介入放射学工作者。至今,我国各大、中医院已普遍开展了这一工作,并由中华医学会组织召开了两次全国性学术会议,成立了全国介入放射学学组。最近,在林贵教授倡导下又有了这本专业杂志。我国介入放射事业有今天这样的成就,是与奠基人和我国介入放射工作者的努力分不开的。

介入放射学是在影像诊断基础上逐渐发展而成的一门诊断与治疗相结合的新兴学科,随着治疗内容的增加及其良好效果的显示,已从一种急救的临时措施变成常规择期进行的并能替代内、外科某些诊疗技术的一种特殊学科。放射科也从辅助医技科室转变成了临床科室,放射科医师可借助影像设备开展全身各个系统的血管与非血管性介入治疗。目前,在卫生部的重视与支持下已将介入放射学工作列为我国医院升等级的必备条件。

随着介入放射事业的发展,许多过去只从事影像诊断的放射科医师正在逐渐掌握这一专科知识,但并不是任何放射科医师只要能将导管插入病人体内就能成为一名合格的介入放射学工作者的。作为一名真正的介入放射学工作者,必须对自己治疗的疾病有充分的了解。从疾病的症状、体征、实验室检查及其它特殊检

查,内外科治疗的方法、疗效及预后,到有关的各种影像诊断、介入治疗的基本方法、操作技巧、应用药物、可能出现的反应与并发症及其处理等,均应基本掌握。

介入放射学工作与传统放射学工作有许多不同之处,它不再是简单地按其它科室的要求进行检查,作出诊断,而是要自己直接接待病人,询问病史,进行体格检查,作出诊断,独立进行治疗。因此,介入放射工作者必须增强责任感,全面地提高自己的医疗技术水平,熟悉临床工作方法,掌握门诊及查房艺术,进行病历书写与熟悉各项检验常规,加强保护性医疗制度,增强传染病的隔离、消毒无菌观念,做好术前谈话等法定程序及处理好可能发生的医疗纠纷等。

各单位由于条件不同,开展介入放射工作的方法可能不一,但放射科医师最终应能掌握这门学科,并独立进行操作,争取建立介入专科病房,重视多科联合治疗,注意与有关科室搞好合作关系,积累经验与资料,开展实验研究,积极书写论文,实事求是地宣传介入治疗的效果,以扩大影响,把本单位的介入工作搞上去。

目前,我国的介入放射仍存在许多问题,有待于我们共同努力解决。

1. 发展不平衡:有的地区至今仍未开展这一工作,有的虽已开展,但内容仅限于少数项目,尤其是非血管性介入开展得很少,如各种引流、造瘘、取石等。

2. 与其它临床科室的矛盾:由于传统上患者就属于内、外科,这些临床科就有可能优先把介入放射工作接过去,成为他们的发展方向,以致很多介入放射学者的工作范围受到局限。

作者单位:210029 南京医学院第一医院放射科

3. 介入放射人员知识的局限性: 限于我国历史条件, 介入工作者多数都是“半途出家”者, 不象国外从大学时期就开始学习, 因此, 他们要全面掌握影像、临床和介入工作多少有些困难。

4. 分工不明确: 作为影像科, 今后究竟是以设备(如 CT、B 超与 DSA 等)分专科, 还是以人体系统(如消化、呼吸与神经等)分专科, 尚不明确, 这必然会影响到介入放射今后的发展。

5. 与国际上的差距: 对于介入放射这门新兴学科来说, 我们不能仅仅满足于学会 Seldinger 技术, 作某些脏器血管的插管、灌注与栓塞。目前, 在国际上心脏介入、颅脑介入、激光与管腔内支架的应用及粥样硬化斑块的切割术等新技术发展很快, 并已逐渐成熟, 我们还必须迎头赶上。为了解决以上问题, 赶上国际国内新形势, 需要我们全体介入放射学工作者共同努力。

晚期肝梅毒误为肝癌一例

李章钧

患者, 男, 47 岁, 已婚, 建筑工人。于 1990 年 6 月 13 日以不规则右上腹疼痛 10 年而入院。患者右上腹及剑突下不规则剧烈疼痛, 向右肩及背部放射, 与进食, 气候、季节变化无关。间歇期一切如常。每年发作 2 次, 近 4 年来发作频繁每年 4~6 次, 有纳差和消瘦。否认冶游史, 妻子及子女均健康。

体征发现: 腹软。肝肋下 3cm, 剑突下 4cm, 质韧, 明显压痛。脾脏未触及。皮肤未见皮疹、黄疸及瘀点。

实验室检查: AFP 0.1ng/ml, SF 208ng/ml, CG 167μg/dl。

B 超检查: 提示肝右后叶扫及 2.2cm×3.2cm 低回声区, 形态不规则, 边界尚清楚。

选择性腹腔动脉造影: 肝右动脉向末梢两分枝轻度受压变直, 有分离表现, 但未见异常血管的空旷区, 该区约 3cm×3cm(图 1)。诊断为肝右叶占位性病变, 肝癌可能性大(肿块型)。

CT 检查: 提示肝右叶后段占位性病变(图 2)。诊断为肝右叶后段肝癌。

患者于 1990 年 8 月 28 日在全麻下经腹行肝右叶肿块切除术。手术所见: 肝右叶后相当于 6、7 段交界中心可及硬结节, 术后标本肿块内有两个 2.5cm×2.5cm 相连呈哑铃状物。手术诊断为肝癌。

病理检查: 肝右叶组织 14cm×9cm×2cm, 切面见 3cm×2cm×1cm 之肿块与肝组织边界清楚, 呈分叶状, 质韧, 可见包膜, 镜下为凝固性坏死组织, 仍见组织结构轮廓, 周围有肉芽组织及纤维化组织围绕, 并有少量淋巴球及浆细胞浸润, 未见癌细胞。病理诊断为梅毒树胶肿(第 3 期梅毒)。



图 1 选择性腹腔动脉造影: 肝右动脉向末梢两分枝轻度受压变直, 有分离表现, 但未见异常血管的空旷区

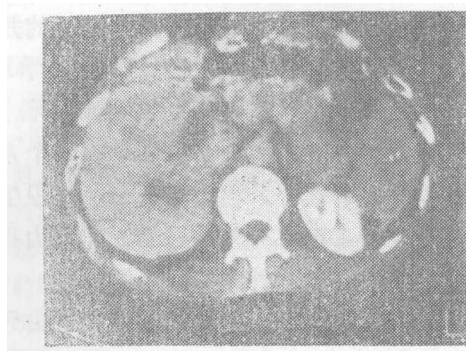


图 2 C 增强 CT, 显示肝右叶后段呈哑铃状低密度区。

近年来虽有性病流行, 但晚期肝梅毒树胶肿甚为罕见。与肝癌在影像学检查难以鉴别, 肝梅毒是肝占位少见病因之一。

作者单位: 230022 合肥市, 安徽医科大学第一医院放射科