

楚该项治疗的方法、原理、效果及并发症。使其思想有所准备,使检查和治疗达到预期效果。导管室填写手术准备单,准备手术中物品及抢救药品,并通知供应室准备手术包。

(三) 术中监测 “介入医生”负责插管、造影、诊断及治疗,技术员负责操纵机器,掌握适时曝光,台下由临床医生、护士和放射科医生共同监测,以防术中出现意外情况。

(四) 术后观察 术后介入医生主动到病房与临床医生共同巡视病人,观察检查或治疗后病人病情变化,处理可能出现的并发症,并向病人交待术后注意事项。

(五) 出院随访 每例患者出院后均做随访记录,

了解经“介入”后的病情变化和效果。并定期与临床医生组织病案讨论。介入医生对每例患者术后均做出小结,吸出各类病人介入诊断、治疗中的经验教训,不断提高介入放射学工作水平。

总之,我们的体会是:基层医院开展介入性放射学工作是一门新的技术,困难较多,搞此项工作的人员首先具备医风端正,技术熟练,基础扎实,不怕苦、不怕累。敢于担风险和献身事业的拼搏精神。导管室要有完善的操作规程和规章制度。对病人应具有爱心和自我奉献精神。做好防护。用实际行动获得领导的支持,大众的配合。扎扎实实、一步一个脚印地走下去,让介入性放射学工作这一新技术在基层医院深入发展。

## 肠系膜下动脉化疗栓塞致肛门括约肌

### 松弛一例

刘古燕 金 琰 王树森

经肠系膜下动脉化疗灌注+碘油栓塞,治疗盆腔恶性肿瘤已有报告,但术后出现肛门括约肌松弛。

患者男性,57岁,胃窦部腺癌根治术后3年,盆腔种植转移并侵犯直肠前壁。1994年3月首次单纯腔内动脉化疗灌注5-Fu1.0g、DDP80mg、MMC20mg后,1994年7月再次入院。主诉近期大便变细、腹泻与便秘交替,无脓血及里急后重,要求再次入院治疗。

体格检查:消瘦,贫血貌,行走自如。浅表淋巴结未扪及异常肿大,巩膜不黄。心肺(一),腹平坦,肝脾肋下未触及,腹部未扪及肿块,腹水征(一)。肛门指检:(胸膝位)距肛齿线6~8cm处、直肠前壁可扪及约6×8cm硬性肿块,表面不平、固定。直肠前壁(5~9点处)僵硬,直肠壁部分缩窄,仅纳一示指通过。肛门括约肌收缩有力。指套无血染。本次CT报告:直肠窝转移性肿块、累及直肠前壁,约5×8cm大小。CEA24μg/ml OB(一),大便常规检查正常,r-GT3.6u/L。

1994年7月27日,经右股动脉穿刺置管,选择插入腔内动脉造影,未见肿瘤血管及肿瘤染色。再次选择插入肠系膜下动脉,造影显示:直肠上动脉增粗,远端见肿瘤血管,扭曲、紊乱、实质期肿瘤染色明显,约6×10cm。再超导管达直肠上动脉,灌注5-Fu1.0g、MMC20mg、卡铂500mg,40%碘化油5ml经乳化后栓塞。术后第二天出现“血水样”便,每日6~8次,量不多。术后第四天,自觉“肛门不能控制,收缩无力”,有血性稀水样便或半固体大便“溢出”,多达每日十数次,无昼夜规

律。肛检:外观无异常,指检示肛门括约肌松弛、收缩无力,指套有血染。治疗上:嘱其“有意识”加强“收肛”锻炼,每小时一次,每次5分钟;并给予每日输液加强支持疗法,维持水、电解质平衡,适当给予镇静剂与解痉剂,并辅以潘生丁、肠溶阿斯匹林以促进病变部位微循环环境;并给予FPA抗生素以及对症处理。半月后,自觉收肛开始有力,有控制固体大便能力。一个月后,上述症状完全消失,收肌有力,痊愈出院。随访再未出现上述症状。

### 讨 论

一、经肠系膜下动脉灌注+栓塞治疗相关疾病,特别是应用末梢栓塞剂(如碘化油),可出现肠粘膜糜烂、溃疡形成或穿孔。本文报告因栓塞致肛门括约肌群因栓塞而变性、坏死,使其括约肌功能部分丧失。一般认为:肛门括约肌群属髂内动脉的直肠上动脉供血。该患者因盆腔转移性肿块并侵犯直肠前壁,可能造成直肠上动脉与直肠下动脉间异常沟通,使其碘油由其沟通的血管而栓入,出现上述并发症。造影片分析亦发现:肿块远端有向肛门扩张的血管。这可能是导致该并发症的病理解剖基础。

二、因碘油栓塞所致上述并发症,可随被栓塞末梢血管内碘油的吸收或被吞噬细胞吞噬而再通,或由侧支

作者单位:200032 上海医科大学中山医院放射科进修教师

循环血管的建立使其括约肌功能恢复。该过程是可复的。本例患者的恢复即可说明此点。早期行肛门括约肌的功能锻炼,并辅以血管扩张药和肠道抗生素,以及对症处理,加强营养支持,可缩短病程。另外,局部应用促血液循环方法:如理疗、药物保留灌肠,亦对缩短病程有益。

三、尽管该病程是可复的,临床上确给患者造成很大痛苦和护理上的难度。因此,操作技术上应予充分认识。如:必要的造影,充分了解局部血管情况;控制栓塞量,注意注射压力。有时可先予以血管收缩剂,再行局部栓塞,可能会减少和/或减轻其并发症。

## 十二指肠癌的介入治疗二例

李喜东 王国巍 王春城 朱红玲 韩晓梅 刘志华

例 1. 患者女,66岁,上腹部疼痛伴呕吐 10 天。既往无胃病史,1992 年 11 月 5 日来我院就诊,胃钡餐诊断十二指肠降段不完全梗阻。胃镜检查见十二指肠降段上部约  $3.0 \times 4.0\text{cm}$  肿块,表面凹凸不平,可见  $1.5 \times 2.5\text{cm}$  溃疡。病理活检为十二指肠腺癌。

术前检查:一般状态欠佳,贫血貌,右上腹触及  $3.0 \times 4.0\text{cm}$  包块,质硬,表面光滑不固定。辅助检查:白细胞  $12 \times 10^9/\text{L}$  红细胞  $3.2 \times 10^{12}/\text{L}$ ,血红蛋白  $72 \times 10^9/\text{L}$ ,血小板  $80 \times 10^9/\text{L}$ ,便潜血(++)。肝功能正常。心电图:窦性心律,电轴不偏,肺型 P 波。B 超:肝、脾、肾未见异常。

11 月 9 日,在局部浸润麻醉下行 Seldinger 股动脉穿刺,腹腔动脉造影,肿瘤由胃十二指肠动脉供血,肿瘤血管丰富,并见肿瘤染色,于胃十二指肠动脉内注入 5-Fu750mg, PADM 20mg, MMC 12mg, 碘油 5ml, 明胶海绵 2 条,术后禁食 5 天,补足每日液体量。患者一周后,可进全流食。11 月 28 日,12 月 25 日分别行二次胃十二指肠动脉灌注。注入 5-Fu750mg, PADM20mg, MMC 12mg。

例 2. 患者男,59 岁。1991 年 10 月因肝癌行肝动脉灌注加栓塞治疗 2 次。1993 年 2 月突然出现呕吐,便血。胃镜检查病理活检证实十二指肠转移(辅助检

查:血肝功能 ALT41u/L CHE 7280u/L 红细胞  $3.5 \times 10^{12}/\text{L}$ , Hb 10g/L, 便潜血(++))

2 月 28 日行胃十二指肠动脉造影,见肿瘤血管显示,于胃十二指肠动脉内注入 PADM 30mg, MMC 12mg, 碘油 8ml, 明胶海绵块 2 块,禁食 5 天,补足每日液体量,五天后可进流食。

上述 2 例患者均于 1 个月后复查胃镜,肿块较前明显缩小。术后随访,例 1 患者目前存活,例 2 存活 17 个月死于肝昏迷。

十二指肠恶性肿瘤很少见,根据病理解剖材料有人报告发病率约占 0.04%, 占胃肠道肿瘤 0.1%。其诊断主要为 x 线及胃镜活检。

由于 2 例患者不适宜于手术,而全身静脉化疗局部药物浓度低,副反应重。胃十二指肠动脉灌注加栓塞治疗十二指肠肿瘤,可提高肿瘤区化疗药物的浓度,并因肿瘤血管的栓塞,加之肿瘤内碘油沉积及所携带的化疗药物的缓慢释放,杀死肿瘤细胞。故而胃十二指肠动脉灌注加栓塞对于十二指肠肿瘤的治疗是一种行之有效的办法。

作者单位 132001 吉林市医院介入科

## 血管穿刺造影单人操作法

李麟荪

经皮穿刺血管插管造影术,一般由两人上台操作。由于在人力安排方面,或为了减少操作人员的 X 线接触机会等原因,有时不得不一人操作,现介绍单人操作的

方法如下。

一、器械台的整理 术者将器械台放在自己的右侧方,台的左侧近处放造影剂杯与肝素盐水杯,分别用