

## 应用 QX-18 G 型腰椎间盘突出切吸器治疗腰椎间盘突出症

尹 超

本组 114 例,男 87 例,女 27 例。年龄 14~65 岁。病程 3 个月~27 年。共切除 128 个突出的椎间盘。其中  $L_5 \sim S_1$  38 例,经髂骨钻孔 30 例,不经髂骨 8 例。患者主要症状和体征是腰腿疼或伴下肢麻木及酸胀冷。直腿抬高试验(+)以及跛行、棘旁深压痛等。均经 CT 或/和 MRI、脊髓造影确诊。

### 切割器械和操作方法的改进

#### 一、切割器

在原手动切割器械的基础上增加有齿长方口切割器 1 套、有齿螺旋口切割器 1 套。因有齿抓咬,凡被吸入口内髓核均不易滑脱,增加了切出量。为扩大切割范围能贴近突出物后根部使其更好还纳,我们研制成“伸切、挖咬、缩吸走的蛇吞式”盘状范围切割器其直径为 2.5mm,可在 3mm 套管针内工作,在手柄上配有限位装置,不仅方便易行不会有误且手感灵敏。经尸体实验证明,它只切挖髓核或不完整的干涸髓核,切不断正常纤维环,故具可靠安全性。为了在髂骨翼上钻出孔道、减少髂外软组织损伤,配制了 5mm 直径的套管针、4.5mm 直径的锥形扩张器及骨锯。此髂骨专用器械,所钻的 4.5mm 骨孔道,给后来椎间盘切割中,最大直径 3mm 器械的伸入和角度调整,留有宽松余地。为了加大负压吸引力使更多髓核进入切割器口内,配制 1 个能连接 2 个吸引器的三通管,以及椎间盘夹取钳 1 把。

#### 二、操作方法

常规操作方法在锯通纤维环之后,先用夹钳取出柱状椎间盘组织,而后置入有齿长方口和螺旋口切割器,行多段、多方向切吸。在完成管状范围切割后在无髓核被切出时,再换上“蛇吞式”盘状范围切割器,在突出物后根部要反复

多次伸挖、咬切,最后换上大口无齿切割器,进一步清除盘状切割范围内的髓核碎屑<sup>[1]</sup>。若为  $L_5 \sim S_1$  椎间盘,则需在髂骨上钻一通道,以后按常规操作。

### 结 果

本组随访时间平均 1 年 2 月。有 67% 患者术后症状和体征立即缓解或消失。部份患者术后症状 7 天~3 个月逐渐恢复。疗效优者 88 例,占 77.19%;良者 24 例,占 21.50%;差者 2 例,占 1.7%。

本组除 11 例患者术后有一过性腰腿痛和 5 例腰肌血肿(其中 2 例继发椎间盘感染)外,无其它严重并发症。

### 讨 论

当前椎间盘切割器总分两大类<sup>[2]</sup>,一种是以 AMD 系统为代表的切割器械。另一种是手动环切往复式,两种所能切割的范围均为粗细不同的管状。AMD 系统最粗直径 7.2mm,创伤反应重并发症多,尤其对发病率最高的  $L_5 \sim S_1$  因和神经干相距很近,管径粗的切割器械就显得无能为力。弯曲钳夹是扩大管状切割范围、提高切出量的有效方法,但遇到干涸髓核,缺少流动空间时,其钳夹的张口、起齿常有困难。同时操作费时,易神经损伤等并发症<sup>[3]</sup>。改进后的 QX-18G 型切割器,用于椎间盘的套管系统最大直径 3mm。增置了多种口形的有齿切割器和椎间盘夹取钳,更主要的是增置了盘状切割范围的“蛇吞式”切割器等,其主要新特点:1. 吸入口内的髓核因有齿抓咬不易滑脱。2. 一次环切有多方位髓核被切除。3. “蛇吞式”切割器所切范围呈圆盘状,在管状切割范围的器械不能

作者单位: 237005 安徽省六安地区医院

再切出髓核时,加用“蛇吞式”切割器其髓核切出量(既往尸体实验证明)可增加 4 倍,并能在突出物后根部抓、拉、抽、吸,更有益于突出物还纳。4. 尸体实验证明能切除不完全的干涸髓核但切不断富有弹性的正常纤维环。该器械可谓安全、高效、实用、价廉。

### 参考文献

1. 尹超,周祖刚,陈久贵等经皮穿刺椎间盘切除术治

疗腰椎间盘突出症(附 63 例分析)。中华放射学杂志 1993;27:593。

2. 郭俊渊。为促进和提高经皮椎间盘切除术而努力。中华放射学杂志 1993;27:585。
3. Onik G, Marron J, Helms C, et al. Automated percutaneous discectomy: initial patient experience. work in progress Radiology. 1987;162:129。

## 158 例中晚期肺癌 BAI 疗效分析

郭卫平 王执民 王锁才

我们从 1989 年 1 月~1993 年 12 月,采用支气管动脉灌注抗癌药物(BAI)的方法治疗 158 例中晚期肺癌病人,取得了较好的疗效,现报道如下。

### 材料和方法

158 例病人中,男 124 例,女 34 例,年龄 23~74 岁。全部病例均有影像检查(CT,正侧位胸片)和病理检查证实。中央型 86 例,周围型 72 例。Ⅱ期 19 例,Ⅲ期 A54 例,Ⅲ期 B50 例,Ⅳ期 35 例。男性病人鳞癌为主(占 34.7%),女性以腺癌为主(占 47.1%)。

全部病例均采用 Seldinger 技术,经股动脉插管,将 6~7F 端孔导管置于病侧支气管动脉,先行数字减影血管造影(DSA),确定肿瘤供血动脉后,即行 BAI 治疗。将顺铂 40~80mg 或卡铂 300~500mg,阿霉素或表阿霉素 30~50mg,丝裂霉素 8~12mg,足叶乙甙(VP-16) 200mg,环磷酰胺 800~1000mg,用生理盐水稀释后依据细胞类型不同,以不同的组合方案,注入病侧支气管动脉。合并有纵隔淋巴结、脑、肝、骨等其它脏器转移的病例,同时进行相应部位供血动脉的 DSA 与 BAI。4 周后重复治疗。

### 结 果

#### 一、疗效

158 例病人共做 BAI492 次,最少 1 次,最多 8 次,平均 3 次。治疗后以胸片,CT 及 DSA 显示肿瘤变化情况。依据国家卫生部药物审评委员会制定的实体肿瘤客观疗效评定标准进行疗效判定。CR5 例(3.1%);PR102 例(64.6%);MR29 例(18.4%);SD10 例(6.3%);PR12 例(7.6%)。总有效率(CR+PR)67.7%;总缓解率(CR+PR+MR+SD)95.0%。

#### 二、副反应及并发症

1. 消化道反应:BAI 后病人的消化道反应与化疗药物种类,剂量有关。顺铂,环磷酰胺可致严重呕吐,可用胃复安、康泉、激素,输液对症处理,很少发生水电解质紊乱。除一例病人术后合并严重的心律紊乱发生心源性休克死亡外,未发现其它严重毒副反应。3. DSA 与 BAI 引起的副反应:高压注入泛影葡胺与推注足叶乙甙时,病人常有胸骨后灼痛,咽部刺激,咳嗽。个别病人出现轻度双下肢感觉障碍与胸背部一过性疼痛,背部皮肤局限性潮红,肿痛,水泡等。无一例发生脊髓损伤等严重并发症。

### 讨 论

BAI 治疗中晚期肺癌较之以往的静脉化疗,有许多优点,取得了显著疗效。我们体会 1. 绝大多数中晚期肺癌病人只要不合并严重的呼