

穿刺针较 PLD 针细,没有反复切割的机械性副损伤,更安全可靠,由于例数不多,目前疗效还需进一步临床观察和统计。

### 参考文献

1. Helmsco. Automated ercutaneous diskectomy. AJR 1991;156:531.

2. Hijikkatas. Percutaneous nuleotomy: aneuoncept technique and 12 years experience. Clinorehop, 1989, 238:9.
3. 孙刚,李洪福,李广峰,等.自控式经皮穿刺椎间盘抽吸仪及临床应用.中华放射学杂志,1992,26:367.
4. 周义成,王承缘,郭俊渊,等.经皮穿刺椎间盘切割治疗腰间盘脱出症.中华放射学杂志. 1992,26:659.

## 65 岁以上老年人介入治疗特点探讨

吴贵华

随着介入疗法在我国的广泛开展,接受此项治疗的病例越来越多,已成为治疗晚期肿瘤和多种疾病的有效手段之一。我院自 1988 年开展介入治疗以来,已作 600 余例,选择年龄在 65 岁以上的 92 例进行分析,以企探讨老年人介入治疗中的临床及 X 线特点。

### 临床资料

92 例中男性 71 例,女性 21 例,年龄在 65~84 岁,其中 65~70 岁 41 例,71~80 岁 49 例,82 岁、84 岁各 1 例(后 2 例均为女性)。术前经 X 线平片、CT、Bus、纤支镜检及其它检查作出诊断。分别是:肺癌 38 例,食管癌 25 例,胃底贲门癌 11 例,肝癌 8 例,肾癌 7 例,慢性纤维空洞型肺结核并大咯血 3 例。其中 27 例有手术和/或病理诊断。

术前常规检查肝、肾、心功能,血常规等,均无明显异常,常规碘过敏试验阴性,术前半小时用适量镇静剂。

用改良 Seldinger 法行股动脉穿刺,63 例置入 6.5 或 6.0F 导管鞘,便于交换导管,造影用欧乃派克或优维显 8~50ml 不等。

### 介入治疗特点

#### 一、术中特点:

(一)穿刺方法 老年人血管壁弹性差,应尽量减少创伤,传统的穿刺方法贯通血管的前后壁,加大了局部血肿的可能性,用改良法仅穿破前壁,减少了创口。穿刺中针尖顶住血管前壁,左手食指轻压固定穿刺部血管,右手抖动式进针,一旦穿破血管前壁,即见喷血,一针成功率较传统方法明显提高。

(二)送入导管方法 74/92(78.7%)送入导管不顺利,首先的阻力来自于髂外动脉和髂总动脉迂曲,导管头前进困难或无法前进,用以下方法,多数病人可获成功。

1. 部分(42 例)经旋转导管,调整管头方向后,管头可上升达相应靶血管水平的胸、腹主动脉,另 32 例仅靠旋转导管仍不能前进。

2. 从导管内引入导丝,硬头在前,导丝头不要送出导管选端,约在管头内 2cm 处,导管导丝一同推送,22/32 例成功地送达靶血管水平大动脉内。

3. 前两种方法仍不能将导管送达靶血管部位,改用“J”型或长软头导丝,软端在前,从导管内送入,选端超出导管外 30cm,助手拉住导丝尾部,术者推送导管,6/10 例成功送入导管。

4. 余 4 例未能成功,因髂动脉过度迂曲,导管头仅达髂总动脉(2 例)或腹主动脉下段(2

(下转第 97 页)

查。

(四)并发症 气胸是肺结节针刺抽吸和切割术最常见的并发症,据国外资料介绍,多数情况下发生率约 25%。但在我们进行的 105 例次肺部活检中,仅 3 例发生气胸,发生率<3%。大部分的气胸出现在活检术后早期的 X 光片上。仅 1/3 以下的气胸需要治疗。我们的 3 例气胸患者均在 5 天内自行吸收。

治疗气胸的决定由影像科医生和有关的内科医生共同作出。少量无症状的气胸可每天拍片随访并加强临床观察。对患者的呼吸困难须确定是由肺功能损害引起的或是由与少量气胸有关的胸膜炎性疼痛引起的,因而不单纯为胸痛放置胸腔引流管。胸腔引流的目的是为了缓解继发于部分肺萎陷的肺功能减退。

如果患者的气胸量大( $\geq 25\%$ )或有呼吸困难就需要治疗。有三种方法。第一,气体可通过一个三通活塞用一个连接 50ml 注射器的 18 号针头抽出。也可用一血管导管抽吸气胸,其优点在于当肺组织重新膨胀时塑料鞘管不会划破肺

表面。通常抽吸可解决气胸的问题,但必须密切随访患者以防止气胸再发生。第二种治疗方式是放置小口径的胸腔引流管。这样可立即抽吸气胸,然后引流管还能与 Heimlich 阀或壁抽吸装置连接。第三是放置标准的胸廓造口引流管。

咯血是另一并发症,发生率通常 $\leq 10\%$ 。常为少量,表现为术后 1 小时内痰中带血丝。我们仅 1 例术后有少量咯血。严重的咯血极为罕见,但可能导致患者死亡。影像科医生和有关的内科医生应随时准备好用支气管动脉栓塞或肺切除手术控制出血。常见的情况是病变周围出血,在随访胸片上表现为结节病灶边缘轻度模糊。

文献报道中肺抽吸和切割活检术的死亡率约为 0.02%。死因为张力性气胸、空气栓塞和肺出血。我们这组病例中无此情况发生。影像科医生必须认识到这些可能性并准备好立即治疗。如果密切注意检查的技术操作和患者的健康,将降低严重并发症的发生机会,从而获得满意的检查结果。

(上接第 106 页)

例),未能达到靶血管部位,但也从导管内注入化疗药物。其中肺癌 2 例,亦有较明显的疗效。

(三)超选择寻找靶血管方法 老年病人有不同程度的血管迂曲,给导管操作带来困难,旋转导管尾部时,选端不同步旋转,难以寻到靶血管,特别是选择支气管动脉,食管动脉等较小分支时,尤为困难,这时,仍可利用导丝的帮助,将导管头送至靶血管开口水平稍上方,退出导丝后,再小幅度地推、拉导管,大部分病例可获成功。

(四)造影时注意点 老年病人体质较弱,肝肾功能代偿潜力较小,造影剂用量要少,以达到造影诊断目的即可,我们主张用非离子型造影剂,减少过敏反应,减轻副反应的程度,支气管动脉,食管动脉造影用 6~10ml,肝、肾动脉用 30~40ml,本组病例未发生过敏反应及严重并发症。

三、术后注意

(一)压迫止血时间相对要长,常需 15~20 分钟,因老年人血管壁弹性差,用导管鞘者管壁创口较大,压迫止血要更小心。压迫时力量要适中,如压力过大,下肢血流完全阻断后,有继发性血栓形成的可能。

(二)局部加压包扎不能太紧。纱布垫以 6~8 块厚度为适宜,绷带不要包扎太紧,以防对股动脉过度压迫后,下肢血流差,有血栓形成的危险。此外,包扎过紧,易导致皮下瘀血。本组 1 例发生下肢静脉血栓、4 例包扎处片状皮下瘀血。

(三)术后反应较重,行导管化疗者,几乎均有程度不同的反应,主要有:恶心、呕吐 87 例,胸、腹部疼痛 64 例,术侧下肢酸胀感、乏力 9 例,持续 2~3 天缓解,顽固性逆呃 2 例(均为肝动脉化疗+栓塞者),呈持续状,1 例于入睡后逆呃可消失,经多种方法治疗,包括中药、针灸、灭吐灵穴位注射等,仍未能控制,后分别于 13 天、21 天逐渐停止。