

胱及后尿道结石 50 例,其中 cm 以上以及多发性,多位型复杂结石 219 例。X 线阳性结石 978 型占 45% (978/2198), B 超诊断 1012 例占 46% (1012/2198), CT 或造影诊断 208 例占 10% (208/2198)。

二、治疗方法

按四组治疗方法统计,第一组为单纯溶石、排石药物治疗组 216 例,第一组为单纯物理排石仪治疗组 152 例,第三组为单纯体外冲击波碎石治疗组 550 例,第四组为碎石术 + 膀胱液电碎石及输尿管插管辅以化学药物排石 + 物理排石仪综合治疗组 1280 例。

三、药物、仪器设备

药物主要为中成药及中药方剂,以及优克隆、消石素等进口药物。仪器包括运径排石仪、磁场治疗仪、离子导入治疗仪、膀胱液电碎石仪、WD91 型 B 超定位碎石机、HX902 型 X 定位多功能碎石机。

结 果

第一组结石排净 1 例占 0.4% (1/216), 第二组结石排净 11 例占 7.2% (11/152), 第三组结石排净 378 例占 68.7% (378/550), 第四组结石排净 1261 例占 98.5% (1261/1280), 还有 19 例仍在随访继续排石中。第一、二组治疗过程中没有任何副反应发生,第三、四组在碎石过程

中发生疼痛的病例给予解痉,止痛对症处理均可配合完成治疗。碎石术后及插管膀胱碎石术后个别病例可出现一过性血尿,无需特殊处理,多数患者可自行消失,严重者或心理负担较重的给予消炎,止血药物即可,本组病例无其它并发症发生。

讨 论

泌尿系结石为外科常见病,多发病,尤以沿海地区为高发区,采取一种最有效的、痛苦小患者易于接受的治疗方法是我们共同追求的目标,碎石机的问世改变了传统手术治疗的方式,大大提高了非手术治疗结石病的成功率。效果不佳的原因,应考虑以下几个方面:一是碎石机质量不过关,二是影像定位系统不完善,因为碎石治疗的关键步骤是影像定位系统的准确和完善。国内现状大多为单一 B 超定位碎石机或是一台 X 定位碎石机,形成不了医学影像系统定位诊断的互补性,这一点至关重要。三是医生专业化水平不等,对泌尿系统影像诊断不熟悉。有的单位医生为轮转值班的临时行为,缺乏系统性和连续性。我们的研究表明:泌尿系统结石采取科学,系统化的诊断方法,动用全方位,专业化综合性的,传统和现代医学相结合的综合治疗手段,非手术治疗泌尿系结石的成功率高达 90% 以上。

显性间隔房室旁路的射频消融

蒲 红 尹 炯 王咏梅 方安娜 袁丽菊 孙爱霞 林继军 廖德宁

射频导管消融(RFCA)术是根治房室折返性心动过速有效而安全的方法,我们结合 12 例显性间隔房室旁路的射频消融,对此类旁路的心电图、电生理特点及消融方法时行了初步的

研究。

资料与方法

作者单位:200052(上海)解放军第八五医院(蒲红、尹炯、王咏梅、方安娜、袁丽菊、孙爱霞)第二军医大学长征医院(林继军、廖德宁)

一、对象

男 10 例,女 2 例,平均年龄 39 ± 15 (12~59) 岁,平均病程 12.61 ± 7.87 (0.3~30) 年,12 例均有反复发作心动过速病史,心动过速频率为 130~220 次/分,主要有心悸、胸闷、头晕等症状,发作时静脉用异搏定、心律平有效,但口服多种抗心律失常药物不能预防发作。12 例患者中 2 例有高血压病。

二、术前心电图表现

本组 12 例病人术前心电图,9 例 II 导联 Δ 波为负向,考虑为后间隔旁路,其中 3 例 V1 导联呈 RS 型, Δ 波向上,1 例 V1 导联为“M”型,V2 呈 RS 型,亦判断为左后间隔旁路 (SPS)。另外 6 例患者 I、II、III、avF 导联 Δ 波同为负向,V1 V2 虽然 Δ 波向上,但呈 rS 型,认为右后间隔旁路 (RPS) 可能性大。本组中有 3 例 I、II、avF 导联 Δ 波向上,V1、V2 导联 Δ 波正向或负正双向,主波呈 rS 或 RS,故判定为右前间隔旁路 (RAS)、1 例心电图表现 II、III、avF 导联 Δ 波向上,V1 呈 rS 型,V2 导联 $R/S \geq 1$,当时判断为右前间隔旁路,但术中为 RAS + RPS 双房室旁路。

三、消融术中定位及方法

根据心脏放射影像学标志划分,本组中 RAS 3 例,RPS 6 例,LPS 4 例,其中 1 例有 RAS、RPS 两条旁路。

四、消融方法

(一)右前间隔房室旁路 在窦律下找到 A-V 融合处,做心房程控刺激至旁路不应期,用希氏束导管显示最大“H”波,消融导管顶端偏离希氏束电极导管,并多角度投影确定导管间距离,消融靶点处“H”波最小 ($< 0.01\text{mv}$) 或无,用 10 瓦 (W)、2~10 秒 (S) 内间断放电,放电时要在透视下进行,P-R 间期延长、QRS 波形态改变及导管移动,应立即停止放电, Δ 波消失后仍需用低功率、少时间巩固放电。

(二)左、右后间隔房室旁路 窦律下标测,基本方法同文献^[3]。

(三)双房室旁路 (RAS + RPS) 按前述方法 RAS 阻断,体表心电图立即发生改变,II、III、

avF 导联 Δ 波负正双向,V1 导联主波呈 RS 型,心腔内心电图,冠状窦口至三尖瓣环处 A-V 靠近,提示 RPS 存在,心房分级 S1 S2 程控刺激可诱发心动过速,但频率由原来的 206 次/分降到 150 次/分,消融导管在该区域内标测,找到 A-V 最接近处,用 15W、15S 放电, Δ 波消失,再用 20W、30W 巩固消融 60 秒,心室 S1 S1 刺激室房分离,心房程控刺激及用异丙肾上腺素均未诱发心动过速。

结 果

12 例病人均为显性间隔房室旁路,包括 RAS、RPS 及 LPS,其中 1 例为双旁路。术前根据体表心电图 Δ 波极性及 QRS 波形态判断旁路位置,特异性为 92%,敏感性为 82%,只有 1 例双旁路判断错误,需在术中具体定位。

本组所有旁路均消融成功,无并发症,平均手术时间 2.25 ± 1.30 小时;平均放电次数 7.00 ± 3.30 次;平均放电时间 67.29 ± 56.10 秒;放电时阻抗在 80~118 欧姆 (Ω) 之间。RAS 消融中发生 1 例 P-R 间期延长达 0.24S。但未出现 III⁰ 房室传导阻滞。其中 1 例 RAS 病人术后 1 月内复发,再次消融成功。本组病人随访 6~24 个月均无心动过速发生。

讨 论

间隔房室旁路又称间隔部位房室旁路,约占房室旁路的 25% 左右,此区域解剖结构复杂,相邻房室结、希氏束、冠状窦口等,受其影响消融方法不易掌握,操作不当容易损伤房室结及希氏束,导致不同程度的房室传导阻滞。

我们在二尖瓣环或三尖瓣环处消融后间隔房室旁路。左后间隔消融中,左距冠状窦口 1.5cm 内的区域中进行标测,而在右后间隔消融,在冠状窦口与三尖瓣环最低点间标测,当消融电极记录到 A-V 波融合 ($\leq 40\text{ms}$) 时,或能清楚地记录到旁路 (AP) 电位,即可作为消融靶点。

右前间隔旁路又称希氏束旁路,位于希氏束上下 5mm 范围内,在窦性心律下标测显性前间隔旁路的前传较困难,主要是难以分辨 AV 波中的“H”波,在起搏心室逆传位标测时也无法分辨,只有心房程序刺激或顺向房室折返性心动过速发生,找到旁路不应期,记录到最大“H”波后,用希氏束导管定位,而消融导管应尽量避免与希氏束导管相碰,多角度投影下两者应有距离($\geq 3\text{mm}$),移动消融导管时应“H”波最小或无、用小能量、少时间试放电,密切注意 P-R 间期及 QRS 波形态,持续透视下观察消融导管位置,如有变化立即停止放电,以免损伤希氏束,巩固放电应低能量、少时间进行。术后需心电图监护数天。

本组病人同为显性间隔房室旁路,这为术前心电图判定房室旁路位置提供了条件,也具有的特异性及敏感性^[1,2]。临床中掌握和应用这种定位方法,可以减少术中标测错误,简化手术操作并能节省手术时间。本组病人术前及术中判断符合率在 90% 以上,说明其敏感性很高,不但为手术定位提供了有利依据,也为认识间隔房室旁路的解剖及电生理特性奠定了理论基础。

在显性多旁路或双旁路消融中,一条旁路阻断后,需观察体表心电图及心腔内心电图变化,分辨不清时可做心房、心室分级或程控刺激,若心室出现另一种预激,特别是仍有心动过速发作,即可确定另有房室旁路存在,继续心内标测寻找 A-V 接近处,以确定旁路位置。放电后 Δ 波消失,需常规重复做电生理检查,最好 30 分钟后用异丙肾上腺素的同时做心房、心室刺激,无 Δ 波发现及心动过速发生,方确立消融成功。

参考文献

1. 董剑廷,胡大一,盛惠敏等.显性间隔部位房室旁路体表心电图定位诊断,中华心血管病杂志,1996,24:421.
2. 胡大一,马长生.心律失常射频消融图谱.北京:中国医药科技出版社,1994.1.
3. 胡大一,黄永麟.射频电流导管消融术治疗心律失常.哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1994,27.
4. Fitzpatrick AP, Gonzales RP, Lesh MD, et al. New algorithm for the location of accessory atrioventricular connections using a baseline electrocardiogram. J AM Coll Cardiol, 1994,23:107.

动脉插管化疗加静滴 5-Fu 在晚期胃癌治疗中的应用

陈伟敏 张永根 王敦荣

肿瘤的介入治疗已开展得很普遍。对于晚期胃癌患者由于不具备手术切除指征和拒绝手术,动脉插管化疗仍不失为一种疗效可靠的方法。在静脉中加滴 5-Fu,使对原病灶的控制和预防新转移病灶起到积极治疗作用。我院仅 1992 年~1995 年三年期间,对有完整资料的 16 例晚期胃癌患者作了 44 例次的动脉插管灌注化疗的用静脉化疗,随访结果表明,近期疗效满意,报道如下。

材料和方法

本组病例经 X 线胃肠检查、CT 检查、胃镜病理证实。其中癌肿发生于贲门部 4 例,胃体大弯侧 4 例,胃窦小弯侧浸润型 8 例。CT 提示淋巴结肿大和肝转移者 8 例。男性 12 例,女性 4 例。年龄最大 76 岁,最小 52 岁,平均年龄 65 岁。11 例为未分化和低分化腺癌,5 例为印戒细胞癌。主要临床症状为上腹部和腰背疼痛,腹块、黑便,进行性吞咽困难、消瘦、乏力。我们

作者单位:200003 上海市红光医院