

胶原酶溶核术是介于保守治疗和手术治疗之间的一种新疗法。为避免患者治疗失败及提高疗效,如何选择最适合于溶核治疗的适应证就更显得重要。除大家公认的标准:(1)单侧腰腿痛,并有明显的神经根压迫症状;(2)符合手术指征;(3)经 3 个月正规保守治疗无效的。据我们观察,病程在 3 年以上者,疗效都在可和差当中。这可能是病程长,髓核已近纤维化或钙化,胶原酶难以溶解,或溶解程度很小所致。所以病程在 3 年内为宜。再者就是急性腰间盘突出程度较大的,保守治疗往往无效或效果不满意,也宜首选溶核术,以免因保守治疗无效给患者增加费用和痛苦,又延长了治疗时间。

一般将腰椎管狭窄也列为禁忌证。通常椎间盘中的胶原纤维被溶解后,椎间盘高度下降,导致椎小关节过度重叠,神经根通道变窄,原有的狭窄会进一步加重。但我们做了 3 例因其它原因不适合手术的腰椎管狭窄伴间盘突出

的患者。也获得较好效果。我们认为可能和仅一个节段突出,术后椎间盘高度下降不明显有关,但例数少,有待于进一步研究和观察。多节段间盘膨出或突出的不宜试溶,以免加重病情。

术后复查 CT 看,大部分病例椎间盘突出物仅有回缩及体积减小而未完全消失,但疗效肯定。我们分析可能硬膜囊受压到产生症状有一个“临界值”。这可能也是在 CT 和 MRI 上看到很多间盘有突出或膨出的患者,不到这个“临界值”故无明显症状的原因。所以判定溶核术的成功与否,应以患者临床症状改善为主要依据。

胶原酶溶解术是治疗腰椎间盘突出症的一个有效手段。但还有其不足和局限性。亦不能完全替代其它疗法,相信在今后不断的应用和总结经验教训的基础上,会使其更加安全、简单、合理,在治疗腰间盘突出症上占有独特的地位。

## 使用水溶性碘造影剂应注意补充水分

李霞 穆锦巍 窦秀梅 高文洁

水溶性碘造影剂已广泛应用于影像医学领域,为影像学检查和介入治疗提供了可靠的诊断依据。但在其使用过程中,可出现一些特异质反应和非特异质反应,分析其原因,除我们已注意到的造影剂的种类,剂量,浓度,注射速度等可对不同年龄,个体差异,不同病史及精神症状的患者有不同程度的影响外,还有一点应引起重视,即应补充充足的水分,防止水电解质平衡失调,为此我们将患者随机分为两组,进行观察分析比较,现将情况报道如下。

### 材料和方法

将 200 例次进行各种造影及介入治疗患者随机分为 A B 两组,每组均为 100 例次,治疗中均使用离子型造影剂泛影葡胺,安其格钠芬及非离子型造影剂欧乃派克,优维显,造影及介入治疗时均采用团注法,总剂量 100 ~ 300ml。

### 结 果

重度反应表现为:严重虚脱,血压下降,意

作者单位:100028 北京煤炭部医院

识丧失,心律失常;中度反应表现为:严重呕吐,广泛荨麻疹,面部水肿,声音嘶哑,寒战,腹痛,心率,大汗;轻度反应表现为:恶心干呕,热感,局限性荨麻疹,苍白,出汗,臂痛等。A 组为补液患者,B 组为未补液患者,补充液体前后两组患者反应差别较大,补液组患者出现轻度反应 6 例次,未补液组患者出现轻,中,重度反应 41 例。

## 讨 论

一、患者施行造影或介入治疗时,应提示患者在手术前禁食时要保持充分饮水。本组有 126 例患者几乎是在禁食的同进禁止了饮水,

有饮水者也是在晨起服药时喝过几口水,约 30~50ml 左右,而在造影和介入治疗过程中未补液组出现轻,中,重度反应的均在这 126 例患者中。

二、目前我们所用的造影剂均为高渗性,注射后易使组织和细胞内处于脱水状态,如果术中足够的液体补充,使水分丢失现象越来越严重,而可引起心律失常等。为了使每一次造影及介入治疗能够顺利进行,减轻患者痛苦,提高安全性和可靠性,除应做好技术方面,材料方面及病例方面的准备工作外,还应认识到补充充足的水分,纠正脱水,防止水电质失调,是减少造影剂副反应发生不可忽视的因素。

## 功能性子宫出血的介入治疗二例

于学荣 张宏春 张小林 朱司晨 董文哲 彭 伟 邹元丰

功能性子宫出血是临床常见病,多数病人经药物治疗能痊愈,少数病人药物治疗无效需手术子宫切除。我院利用子宫动脉栓塞治疗 2 例严重功能性子宫出血病人,取得良好临床效果,现报告如下。

例 1:患者,女,38 岁,月经量增多,经期延长伴进行性腹痛 8 年。经量约为原来的 4~5 倍,混有血块,经期延长为 8~9 天,多次刮宫及药物治疗效果欠佳。查体:营养差,中度贫血貌,血常规白细胞  $4.4 \times 10^9/L$ 、红细胞  $3.0 \times 10^{12}/L$  血红蛋白 74g/L。妇科检查外阴已婚经产式,阴道通畅,宫颈光滑、子宫偏大,质硬、无明显突起。双附件无异常。门诊以“功能性子宫出血”收入院。入院后行子宫动脉栓塞,栓塞后 10 天病人出院。随访 10 个月无异常。

例 2:患者女,42 岁,月经频发,周期不规则,经量过多,经期延长 6 年余,内膜诊刮呈不同程度的内膜增生,经多家医院诊治,效果欠佳。查体贫血貌,外阴已婚经产式,阴道通畅,宫颈光滑,子宫前位,大小正常,双附

件无异常。血常规 WBC  $5.2 \times 10^9/L$ , RBC  $3.2 \times 10^{12}/L$ , Hb 82g/L, 门诊以“功能性子宫出血”收入院,行子宫动脉栓塞治疗。术后随访半年无复发。

### 操作方法

采用 Seldinger 技术行一侧股动脉穿刺插管,选 6F 眼镜蛇导管,首先插入对侧髂内动脉,选择性进入子宫动脉进行造影及栓塞,然后利用成袢技术超选择性插入同侧(穿刺侧)子宫动脉造影及栓塞。造影显示双侧子宫动脉增粗、迂曲、小分支明显增多,栓塞剂选用可吸收明胶海绵。采用末梢栓塞与近端栓塞联合应用。首先将明胶海绵剪成  $1mm \times 1mm$  的碎块,用抗生素浸泡 10 分钟,混合造影剂在 X 线透视下注入使末梢血管栓塞。然后将明胶海绵剪成  $5mm \times 5mm$  的细长条,用手捻成卷状,按插到注射针头端逐个注入使近端动脉栓塞。栓塞后半小时内分别行左、右髂内动脉造影,显示双侧子宫动脉完全栓塞,子宫区无造影剂。而髂内动脉其它分支无栓塞征象。

作者单位:271126 山东省莱克钢铁总厂医院