

指标均在正常范围<sup>[3]</sup>。

为提高肝脏癌肿区域瞬时抗癌药物浓度而又使之得到迅速清除、减少化疗并发症,我们采取了肝动脉大剂量灌注丝裂霉素、顺铂及 5-氟脲嘧啶,其剂量大大高于常规使用量。经过同步进行的血液透析治疗后,9 例原手术失败、或是常规化疗放疗失效的病人,均获得不同程度的临床缓解:症状减轻,肿块有不同程度的缩小,且未出现严重的副反应。这提示:大剂量动脉化疗联合血液透析可以作为晚期癌症病人延长生命、缓解症状的一种有效的治疗方法。

## 参考文献

1. Ratantharathron V, Karanes C, Franklin R, et al. High dose mitomycin C and autologous bone marrow infusion in refractory malignancies. In: Ogawa M, Rozencwing M, Staquet MJ, eds. Mitomycin C: Current Impact on Cancer Chemotherapy Princeton, NJ: Excerpta Medica; 1982. 176 - 188.
2. Sauer H, Fu ger K, Blumenstein M. Modulation of cytotoxicity of cytostatic drugs by hemodialysis in vitro and in vivo. Cancer Treat Rev, 1990, 17: 2 - 3, 293 - 300.
3. Curley SA, Byrd DR, Newman RA, et al. Reduction of systemic drug exposure after hepatic arterial infusion of doxorubicin with complete hepatic venous isolation and extracorporeal chemofiltration. Surgery, 1993, 114: 579 - 585.

## 导管打结的取出经验及教训

卢武胜 张宗建 月 强

病员男,58 岁,因肝癌行介入治疗。经右股动脉导管鞘插入 COOK5.5F RH 导管过程中,发现右髂动脉血管明显扭曲,导管进入困难,用 TERUMO 泥鳅导丝引入主动脉。在主动脉弓复型过程中,出现成袢、打结,明显折痕和变细。

取法:导管在髂动脉内成袢、打结,其近鞘端有折痕,不能强行拉,更不能旋转退结。我们插入泥鳅导丝并与成袢前旋转的相反方向转动导管,试图使导丝通过折痕处增加其强度,便于退管,但失败。又将导管送至主动脉,使其在较大空间内便于退袢及解结,但导管头端位于主动脉弓而进管几乎无效。在透视下我们又轻轻将导管及鞘同时外拉,当手能扣及折痕处时让另一医生旋转导管(本例旋转约 900 度),使折痕处松解并试探插入 COOK RLPC 超滑导丝,导丝通过折痕后边旋转边

进导丝,结便逐渐松解,这时保留导丝退出受损导管换上新鞘,最终成功进行肝动脉化学栓塞治疗。

教训:避免上述情况出现,在操作过程中(特别是经验不丰富医师)应在透视监视下旋转及进、退导管,当手旋转转度数与导管头端转动明显不符时,或操作阻力较平时大时,应马上移动检查床,观察导管全程,及时发现异常情况。

一旦发现导管打结等,立即暂停操作,仔细分析引起原因,确定解结方案;解袢时,要仔细观察成袢或打结、折情况,冷静思考、切莫惊慌,避免用力过猛拉断导管。向成袢前旋转的相反方向轻轻转动导管,并经导管放入导丝,改变导管弹性及张力,使结逐渐松解;取导管应由操作熟练医师或在其指导下进行。

作者单位: 610041 华西医科大学附属第一医院放射科介入室(卢武胜、月强)  
成都市第二人民医院(张宗建)