

速盖住尾端阻止喷血,其后按常规送入导丝、导管进行操作。需要说明的是若在穿刺动脉壁出现突破感后进针,轻轻抽拉针栓使针筒处于负压状态,见到回血后改变针身倾斜角,送入穿刺针套管。

改良法的特点是将穿刺针改为尖端十分锐利、穿透力很强(这一点相当重要),又价廉易得的 16G 静脉留置针,从而易于一次刺入动脉壁,不会在血管鞘上滑动而造成穿刺失败或增大血管壁的损伤。免除了动脉喷血环节,使观察、判断针头位置的喷血过程改在封闭的针筒内进行(一次性塑料针筒在自锁功能,针栓不会因动脉血高压而滑落)。这样患者不会有出血的忧虑。操作者不会因喷血而心情紧张、动作变形;也不会因判断不准套管头的位置而将导丝误插,送入动脉夹层或血管周围间隙。在穿刺动脉时,操作者体位自然,持针方法轻松稳定,并易于随时调节进针深度和方向,减少了损伤和并发症的出现。此外,本改良法进针不会深达耻骨支,从而减轻了患者穿刺时的痛苦和心理负担,除局麻时皮下注射外,操作过程几乎是在无痛苦的状态下进行,患者易于接受。

不足之处是若穿刺点下方股静脉及其该区域的属支走向变异,进针路线上有静脉位于动脉的前方,则会刺入该静脉,造成误穿,而需改行 Seldinger 法穿刺。

我们用该改良法进行了 56 例股动脉穿刺,效果满意,其中仅两例改行 Seldinger 法穿刺,一次性穿刺成功率为 96.5% (54/56);穿刺操作过程费时少,患者痛苦小,出血少;局部皮下血肿 3 例,分别为压迫不当,凝血功能差,动脉浅面的静脉被穿破。未出现血管痉挛,血栓形成等并发症,受到患者欢迎。

Seldinger 改良法与 Seldinger 法动脉穿刺插管技术对比分析

安庆市第一人民医院 246003

王金林 盛诗儒 金涛

五年来,我们随机运用 Seldinger 改良法(以下简称改良法)及 Seldinger 法(以下简称非改良法)进行动脉穿刺插管技术共 506 例,其中改良法 306 例,非改良法 200 例,对其运用的成功率,并发症等进行对比分析报告,旨在确定哪种方法更优越。

改良法 306 例中,男 201 例,女 105 例。年龄 27-81 岁,平均 50.2 岁。行股动脉穿刺插管 282 例,肱动脉穿刺插管 24 例;非改良法 200 例中,男 127 例,女 73 例。年龄 30-78 岁,平均 51.5 岁。行股动脉穿刺插管 188 例,肱动脉穿刺插管 12 例。两组之临床症状。体征及局部动脉情况均无明显差异。改良法:系用不带针芯的前壁穿刺针直接经皮穿刺,当穿刺针过血管前壁(不必穿过后壁),即可见血液从针尾喷出,再引入导丝。我们用的是美国 COOK 公司生产的 C-SDN-18-前壁穿刺针。非改良法:系用带针芯的穿刺针经皮穿透血管前后壁,退出针芯,缓慢向外拔针,至见血流从针尾射出,即引入导丝。我们用的是美国 COOK 公司生产的 DCM-18-7.0 前后壁穿刺针。

改良组成功率 100%,其中第一针穿刺成功占 94%。手术中并发症为 0,手术后近期穿刺局部小血肿 5 例,占 1.6%,其中股动脉穿刺区血肿 3 例,肱动脉穿刺区血肿 2 例,经局部对症治疗后均渐渐吸收好转,无造成后果。非改良组成功率为 98%,其中第一针穿刺成功率占 73%。失败 4 例,占 2%,改用改良法均获成功。手术中及拔管后穿刺区动脉出血不止 2 例,占 1%。手术中及手术后近期局部血肿 12 例,占 6%,其中 1 例严重者,肱动脉血管内膜损伤及大血肿压迫造成远段肢体急性缺血行急诊手术血管移植挽救。

从结果分析可看出改良法成功率明显高于非改良法,且无严重术中及术后并发症发生。而非改良法除成功率(包括第一针成功率)低外,还存在较高的较严重并发症的发生率,如术中或拔管后出血不止及大血肿等。因为前后壁穿刺用力较大,穿透血管前后壁,故易出血及引起

血肿,特别是对动脉管径较细的肱动脉若第一针成功率低而多次穿刺方成功者,更易损伤血管引起的并发症。而改良法则可避免一些严重并发症的发生,因为改良法动作较轻柔,只穿透血管前壁,不损伤血管后壁,特别对较细的肱动脉更适合用改良法,其安全性远远高于非改良法,故应予提倡。

伴有动脉硬化恶性肿瘤病人的股动脉穿刺插管治疗体会

广东高州市人民医院 525200

吴祥成 蔡茂德 苏炳光

中老年患者大多有程度不同的动脉硬化,常累及股动脉、髂动脉、主动脉等大动脉,而影响动脉导管介入治疗,一般把严重动脉硬化列为动脉穿刺插管的禁忌症,但临床上很多中老年肿瘤患者需行动脉插管造影及局部注药化疗,插管治疗过程中可遇到严重动脉硬化,容易并发动脉粥样斑块脱落,造成血管栓塞,或血管内膜夹层损伤、血管破裂,出现严重后果。我院自 94 年 1 月开展肿瘤导管介入治疗以来,行股动脉穿刺插管 300 余例次,遇严重动脉硬化 9 例,其中髂动脉 7 例,腹主动脉 2 例,男 8 例,女 1 例,年龄最小 48 岁,最大 78 岁,平均 57.6 岁。行股动脉穿刺插管造影和局部注药化疗均成功,且无出现明显并发症,现将体会简述如下。

对 50 岁以上的肿瘤患者,应详细了解病人既往史,常规检查血脂、血糖、血压、心电图等,了解动脉硬化情况。估计动脉硬化严重者,应慎重考虑,周密计划,以防患于未然,决定行动脉插管治疗时,术前做好充分准备及相应处理,备好止血、溶栓等抢救药物。

对于严重动脉硬化患者,插管宜选用较细和柔软的导管,一般不大于 6.5F,并选用 J 形导引钢丝。操作时认真细致,技术熟练,动作轻巧,切勿粗暴,穿刺部位选取准确、合适,争取一次穿刺成功,成功后缓慢进入导丝导管,进入遇阻

力时,不可强行插入,应在 X 光透视下,稍退少许注入造影剂观察动脉情况,如动脉完全闭塞导丝通过无望时,应改对侧穿刺插管;如动脉虽狭窄、迂曲,但血流尚通畅,可先插入柔软的 J 形导丝,在导丝引导下,缓慢送入导管,因血管壁的弹性,导管进入时血管腔渐扩大而通过。要注意的是,操作时切忌进退时转动过猛,动作保持轻巧,同时整个过程要在 X 光透视下进行。我们遇到的 5 例右髂动脉及 2 例腹主动脉硬化狭窄、迂曲、2 例右髂动脉硬化闭塞而改左侧插管,左髂动脉仍狭窄迂曲,经用上述方法插管均成功,顺利完成血管造影及灌注化疗,无出现血管破裂及血管栓塞等并发症。

动脉硬化患者行动脉穿刺插管治疗术中术后并发症较多,常见的有动脉穿刺口出血、暂时性动脉痉挛、动脉切割、粥样斑块脱落栓塞、血管破裂出血等。严重者术中即可出现症状,较多者术后逐渐出现症状,需密切观察方可及时发现。如动脉破裂较小者,发生局部出血和血肿,引起局部不适症状;动脉粥样斑块脱落可致下肢动脉栓塞,出现栓塞以下疼痛、麻木、皮肤苍白甚至坏死。所以动脉硬化患者插管治疗后要严加观察,发现并发症及时处理。

我们遇到的 9 例严重动脉硬化患者,穿刺插管均成功,且无出现并发症,据我们体会,动脉硬化或较严重的动脉硬化,不是动脉插管治疗的绝对禁忌症,关键在于掌握熟练的操作技术、灵活的技巧,做到认真细致,小心谨慎,大多数有动脉硬化的肿瘤患者均可考虑行动脉穿刺插管局部治疗。但绝不可粗心大意,盲目操作,以免发生严重并发症。

自制股动脉穿刺压迫止血器及应用

江苏省荣军医院 214035 沈健

我院采用自制股动脉穿刺压迫止血器止血,简单且效果可靠,现介绍如下,以供参考。

材料及制作:1. 用厚 0.8~1mm 左右的软塑料膜剪成约 6×8cm 大小的两块,四边用电烙