

细胞、亚细胞、甚至分子水平,导致放射学的内涵发生了根本性的变化。介入放射学作为影像医学的重要组成部分,也与这些发展密不可分。因此,要求积极开展基础及实验研究,以便为临床应用提供可靠的理论和实践支持。如治疗后病变的复发机制、组织相容性等基础问题还需要进一步研究。

#### 五、介入器材经济、实用及国产化研究

介入器材科技含量较高、要求特殊,以往大部分需要进口,成本较高,使其临床应用受到很大的限制。因此,有必要与企业共同研制适合于国情的介入器械,并从而促进新技术、新项目的开发。

#### 六、开展学术交流及培训

高质量的学术交流及培训有利于促进科技的发展与应用,自 1986 年在山东潍坊召开了首届全国介入放射学学术会议以来,介入放射学在国内有了长足的进步和发展,极大的推动了介入放射学在国内的开展。之后,相继举办了数届介入放射学学术会议,取得了明显的社会效益和经济效益,同时也检验了国内介入技术的开展情况,总结了取得的成绩和

存在的问题,缩短了与国外先进技术的差距,为以后介入放射学的发展指明了方向。

#### 七、建立急诊介入队伍

急症医学的救治水平,主要反映在“反应”一词,即加快反应速度,提高反应质量,改善反应的服务态度。而作为参加抢救工作的介入放射工作者,对反应也应时刻有所准备。要求提高工作人员整体素质、理论和实践技术水平。急症介入治疗的组织机构也有必要建立和健全,有条件的医院应该建立一个由全面掌握介入治疗规范化知识和技术的医、技、护人员组成的急诊介入小组、甚至科室,把介入放射学事业推向更高层次。

总之,急症介入放射学事业在我国尽管尚处于年轻阶段,但已显示了无限的潜力和生命力,有些技术已达到或超过世界先进水平,有些技术已可与手术相媲美或有替代外科手术的趋势,但在有些方面还有待发展。相信通过我们的共同努力,急症介入放射学技术在我国定会蓬勃发展起来。

## • 病例报告 •

### 肾感染致肾血管瘤出血急诊介入治疗一例

谭孝华 许日初 莫雪红 睦卫国

患者男,36岁,1992年及1995年分别经手术及经皮穿刺取右肾结石。1997年出现颜面浮肿,双下肢肿胀,化验尿素氮 $26\text{mmol/L}$ ,肌酐 $1572\mu\text{mol/L}$ ,尿液培养出霉菌菌群及孢子,诊断尿毒症,梗阻性肾病并霉菌感染;左肾萎缩。1998年5月准备行右肾切除及肾移植,术中发现右肾严重感染且与周围组织高度粘连,使部分肾组织无法与正常组织分离而只能行部分肾切除,术后放置引流管,切口长久不愈,暂不行移植术。5月27日(术后22天)血透中突然发现引流袋液体增多,约 $600\text{ml}$ ,血性,临床疑有出血,行急诊介入治疗。

在局麻下,采用Seldinger插管技术,将5F的Cobra导管送至右侧残肾造影,DSA示:右肾动脉轻度狭小,肾内可见3支主干,其分支稀少,但范围较大,相当于右肾下极可见类圆形造影剂团块影,且有造影剂外漏征象,DSA诊断:右肾血管瘤并出血。接着更换为球囊导管,用95%的无水酒精 $8\text{ml}$

分次注入,并每次注入 $2\sim 3\text{ml}$ 后造影一次以了解栓塞情况,当仅见主干显影时停用酒精并用明胶海绵微粒栓塞主干。直至所有血管(除肾动脉主干外)不显影,观察30分钟后引流袋内无血性渗出液,造影时造影剂反流到腹主动脉,肾区不显影,治疗完成。但栓后11天,再次引流出血性渗出液约 $300\text{ml}$ ,再次行急性动脉插管造影,示肾内动脉部分开通,原动脉瘤再次显示并出血。随后选用3F/2F微导管,在5F导引管的引导下,将微导管送入右肾下极动脉瘤内,先用直径 $3\text{mm}$ 的微型弹簧圈、长 $5\text{cm}$ 2根,填塞动脉瘤,并追加 $3/0$ 真丝线段约 $50\text{cm}$ (线段长 $1\text{cm}$ ,共50段)后,再次注入造影剂动脉瘤及供血动脉消失,为安全起见,将微导管退至肾动脉主干并注入 $3\text{mm}\times 5\text{cm}$ 微型弹簧圈2根,并经导管造影、肾动脉除近段主动脉段外其余不再显影,栓塞成功。

作者单位:541002 桂林市 解放军第一八一医院放射科