

把留置管置于靶动脉内应相对较长,我们的经验应至少在 5~ 6cm 以上,才能固定导管。若左右肝均有病灶而估计留置管需进入左肝或右肝动脉才能起固定作用时,则可把留置管在肝固有动脉处开 1~ 2 个侧孔,以使左右肝动脉均有药物灌注,同时导管又得到固定不易滑出。

总之,经皮股动脉入路植入药盒方法简单,安全性好,易于掌握,无严重并发症发生,但当腹腔干及肝动脉向下行再弯曲向右上时,经皮左锁骨下动脉入路是必要的补充,这样为规律性动脉化疗提供较理想的给药途径,进一步提高原发性肝癌的疗效和

生存率。

参 考 文 献

1. 李彦豪, 罗鹏飞, 黄信华, 等. 经皮左锁骨下动脉导管药盒系统植入术. 中华放射学杂志, 1995, 29: 551.
2. 陈勇, 李彦豪, 单鸿, 等. 经皮左锁骨下动脉导管药盒系统植入术的并发症及其处理. 中华放射学杂志, 1997, 31: 540.
3. 陈勇, 李彦豪, 马富. 采用 Seldinger 技术锁骨下动脉穿刺插管的解剖学基础及临床应用研究. 中国医学影像学杂志, 1996, 4: 196.
4. 何英汗, 陈华东. 经皮左锁骨下动脉导管药盒系统植入术的并发症及其防治. 介入医学杂志, 1997, 2: 171.

(收稿: 1999-03-30)

· 经验介绍 ·

一人独立操作置入导管鞘的方法

孟祥文 张进 苏秀琴

在遇到需要一名医师在无助手协助下进行介入性操作时,如何独立操作,这里介绍 3 种 1 人独立操作置入导管鞘的方法。

方法一: 确认穿刺血管成功后,左手拇指和食指持穿刺针套管,右手持短导丝进入穿刺针套管,进入深度以套管外留置长度超过导管鞘长度 3~ 5cm 为宜。沿短导丝退出穿刺针套管,以左手手中指压迫皮肤穿刺点上方 1~ 1.5cm 处,用肝素盐水纱布擦净导丝上的血迹。右手将导丝盘成一匝,导丝末端交左手食指和拇指持稳。右手拇指和食指持导管鞘(已套在扩张器上)前端,将导丝末端套在导管鞘前端,再用右手拇指和食指捏住导管鞘前端和导丝,勿使导丝在放直时从导管鞘内脱出。轻轻放直短导丝,并向前推进导管鞘,待导丝末端从扩张器末端露出 2~ 3cm 时,即可将导管鞘沿短导丝推进到血管腔内。随后将短导丝和扩张器一起去除。将导管鞘内气泡抽出,注入肝素盐水,擦净血迹,即可进行下一步操作。

方法二: 穿刺血管成功后,将短导丝置入穿刺针套管内,套管外仅留 3~ 5cm 为宜,目的是使导丝末端相对固定。去除穿刺针套管后,以左手手中指压迫皮肤穿刺点上方 1~ 1.

5cm 处,再用左手捏住导丝末端,或不必修捏住导丝,只要保持导丝稳定不抖动即可。右手持导管鞘套在导丝末端,并用拇指和食指捏住导管鞘前端及导丝。此时先退出一段导丝,再推进相同长度的导管鞘,每次退出导丝及推进导管鞘长度以 3~ 5cm 为宜,以防止导丝因退出过长弯曲,使导管鞘不易推进或导丝脱出。反复退进操作 3~ 5 次,待导丝从导管鞘末端露出 2~ 3cm 时,可将导管鞘沿短导丝置入血管内。

方法三: 穿刺后置入短导丝方法同前。穿刺针套管外留置导丝长度以超过导管鞘 2~ 3cm 为宜,或比导管鞘稍短也可。去掉穿刺针套管后,左手压迫皮肤穿刺点上 1~ 1.5cm 处。右手掌心向上拇指和食指捏住导管鞘前端,导管鞘前端的指向小指方向。同时,以右手中指及无名指轻轻夹住导丝末端,使导丝末端保持稳定,导丝末端与导管鞘前端相对,将导管鞘前端轻轻套于导丝上,此时中指及无名指松开导丝,拇指和食指随即将导管鞘沿导丝推至皮肤切口处松手,反手后用右手拇指、食指捏住导管鞘,沿导丝推进,将导管鞘置入血管内,然后退出导管鞘中的扩张器和导丝,导管鞘放置完毕。此法有一定难度,需反复练习右手中指和无名指夹持导丝并保持稳定。

(收稿: 1999-03-15)

作者单位: 030001 山西医科大学第二医院医学影像科