

合介入化疗既发挥中医中药的扶正作用,又充分发挥了介入化疗抗癌、使肿瘤缩小或消失的作用;并能预防和减轻消化道反应;促进骨髓造血机能的恢复和重建;避免了化疗时心、肝、肾等脏器功能损害;保护机体免疫功能和抗病能力;从而使化疗顺利完成,提高治疗疗效;延长肿瘤病人的生存期。

参 考 文 献

1. 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 第 1 版, 上海: 上海医科大学出版社.

1993, 513, 574, 382.

2. 中国常见恶性肿瘤诊治规范. 第 9 分册. 第 2 版. 北京: 北京医科大学. 中国协和医科大学联合出版社. 1991. 11-13.
3. 韩有志. 术中导向化疗与栓塞治疗不能切除的肝癌 40 例报告. 实用外科杂志, 1991, 11; 251.
4. 孙燕, 周际昌主编. 临床肿瘤内科治疗手册. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 217, 442.

(收稿日期: 2000 03 21)

• 临床经验 •

CT 引导下穿刺注射硬化剂治疗甲状腺囊性肿物

结果分析

周洪超 王东 徐涛 思仲诚 王守波

自 1995 年 3 月以来,我们在 CT 引导下选择性对 12 例甲状腺囊性肿物进行硬化剂治疗,取得良好效果,报告如下。

资料和方法

一、一般材料

本组 12 例,男 8 例,女 4 例。年龄 17~ 64 岁,平均 40 岁。肿物位于甲状腺左叶 5 个,右叶 7 个,计 12 个囊腔。全部经 B 超检查测值,CT 引导穿刺抽液确诊。囊肿最大径达 7cm,最小为 3cm。局部有压痛且活动度较差 9 例,无明显症状 3 例。B 超表现腺体内无回声液性暗区,囊壁完整而呈强回声。CT 为囊肿包膜完整且内部密度均匀,其中 1 例内有分隔,CT 值在 5~ 8Hu 左右。

二、技术方法

使用日本东芝 TCT-300S 全身 CT 机。病人仰卧位,先在颈部突出包块处横断扫描。层厚、层距均为 5mm,选出最佳层面,一般在囊肿的最大径。因囊肿局部距外皮较薄,甲状腺囊液一般较稠,不需选择特殊的穿刺针。我们采用局麻直接穿刺法。即取 2ml 注射器,用 9 号针头,抽吸 1.5ml 利多卡因。皮肤消毒,行定点局麻,直接穿入囊腔后抽尽囊液,取

少许送实验室检查。抽尽囊液后注入生理盐水,反复冲洗囊腔 3、4 次,再往腔内注入无水乙醇。每次注入量应少于抽出量的 1/2。10 min 后抽尽腔内液。拔针时可将针退至囊壁外缘,注入 2% 利多卡因 0.5~ 1ml,防止术后药液(硬化剂)顺针眼溢出而引起疼痛。拔针后针眼用敷料覆盖,胶布固定。观察半小时,无特殊不适可回病房或离院。每隔 1 个月、半年 B 超复查一次,需连续治疗者每隔 1 个月重复一次。

结 果

12 个囊性肿物,抽出囊液外观无色透明 9 个,淡黄微混浊 3 个。有 2 例行了第 2 次穿刺治疗,10 例 1 次治疗 1 个月后复查囊腔消失。经过半年至 3 年复查无复发征象。

讨 论

甲状腺囊性肿物按过去传统的治疗方法,一般多采取手术切除,据文献报道,因施行手术而损伤喉返神经或颈部大血管时有发生。我们应用在 CT 引导下穿刺,囊腔内注入硬化剂取得了良好疗效,且囊外组织不损伤。其治疗原则主要是通过硬化剂(无水乙醇)对囊腔内壁细胞产生较强的破坏作用,使囊壁上皮细胞的蛋白凝固变性,细胞坏死。失去分泌

功能, 并产生无菌性炎症致囊腔粘连闭合。本组经半年至 3 年随诊无复发。为提高疗效注意以下几点: 1、穿刺时避免吞咽动作, 以防止固定穿刺点移位; 2、无水乙醇在囊内保留时间累计不得少于 10min; 3、由于体位的关系, 注入囊腔内的硬化剂未能与囊壁完全接触, 需借助改变体位, 进行弥补, 取针后手压半小时。

该疗法操作简便, 安全, 痛苦小。术后不影响日

常生活, 不留瘢痕, 不需住院, 无任何后遗症。值得临床推广。

参 考 文 献

1. 张雪哲, 卢延主编. CT 介入放射学. 北京: 中国科学技术出版社. 1996. 134.
2. Wiener TD. Plummer' disease: localized thyroid autopsy. J Endocrinol Inves 1987, 10: 207-225.

(收稿: 2000 04 05)

• 临床经验 •

老年股骨颈骨折的经皮穿针内固定介入治疗

孙献勇 张晓兵 苏士乐

股骨颈骨折为老年人最常见的骨折之一, 自 1931 年 Smith Peterson 应用三刃钉治疗以来, 使治疗效果明显改善, 但由于该部力传导和股骨头血循环的特殊性, 还存在着一些较难解决的问题, 如骨不连及股骨头无菌坏死。所以至今仍被认为是一个“没有解决的骨折”^[1]。经皮穿针内固定作为治疗老年股骨颈骨折常用方法之一, 我们从介入放射角度对我院 1992~ 1999 年期间在我科 X 线电视透视下进行的 63 例老年股骨颈骨折经皮穿针内固定治疗进行回顾性分析。

资料和方法

一、一般资料

63 例中, 男 22 例, 女 41 例。左侧 31 例, 右侧 32 例。年龄 50~ 87 岁, 平均 69 岁。骨折类型包括: 头下型 10 例, 头颈型 30 例, 经颈型 6 例, 基底型 17 例。就诊时间均在 2 周之内。

二、术前处理

入院后对断端无移位的给予皮牵引; 有移位的即行胫骨结节或股骨髁上牵引, 牵引重量为体重的 1/10~ 1/7。牵引后 1 周内通常拍摄 2 次床旁正位及水平侧位 X 线片。根据摄片情况, 随时调整牵引重量并配合手法复位, 多数患者骨折于 1 周内即能获得满意的复位, 若发现断端位置良好, 便可将患者运至放射科作电视透视下经皮闭合穿针内固定术。对伤前即存在的疾病, 入院后要给予相应的治疗, 必

要时需请内科医师会诊。

三、手术方法

医技人员通常需 3、4 人。术者 1 名。助手 1 名。机器操作 1 名(与前者可由 1 人兼任), 另 1 名医师牵引固定患肢。患者体位为仰卧位, 透视示复位满意后, 将患肢置外展 20°~ 30°、内旋 10°~ 20°位, 适当牵引下固定。术区皮肤常规消毒, 盖无菌巾, 大粗隆下方局部充分浸润麻醉, 直达骨膜。在电视透视下, 用手摇骨钻于大粗隆下方 2~ 6cm 区域内, 戳穿皮肤后经股骨干外侧骨皮质从不同角度、不同平面向股骨头方向先后钻入 3、4 根骨圆针(一般为 3 根, 肥胖者用 4 根), 针尖端距股骨头关节面下 0.5cm 为宜。进针完毕用上球管摄股骨颈水平侧位片。观察骨圆针在股骨头、颈内的分布情况及针尖有无穿过关节面。若发现针穿偏, 立即退出重新穿针; 若针尖位置过深, 则适当调整即可。如无意外, 用力下压固定针周围皮肤, 将针用大力钳逐一剪断, 针尾埋于筋膜下肌肉中。皮肤无需缝合, 用 75% 酒精纱布擦拭后包扎即可。

四、术后处理

常规适量应用抗生素, 加强护理, 穿防旋鞋保持患足中立位, 或维持牵引 1~ 2 周。24h 后在床上可做适当的膝、髋关节屈伸运动, 但不做内收、外展及内旋、外旋活动。平卧时鼓励做股四头肌收缩动作。2 周后练习抬腿, 但不侧卧、不盘腿。4 周后可下地扶拐行走, 不负重。术后一般每隔 1~ 2 个月摄片 1 次, 以观察骨折愈合情况, 待骨折愈合后取出固定针。