

表 2 脓肿治疗

技术阶段	治疗总数	一次治愈数	一次治愈率
Seldinger 技术应用前	21	16	76%
Seldinger 技术应用后	16	15	90.4%

讨 论

为了使 CT 引导下囊肿硬化治疗及脓肿抽吸引流治疗更加完善 ,我们借用了 Seldinger 技术 ,其中最重要的是动脉鞘管的应用 ,首先动脉鞘管短小 ,易于操作 ;其次动脉鞘管既不透 X 线又不产生伪影 ,适合 CT 扫描下追踪。另外它的前端圆钝不容易刺破囊肿壁与脓肿壁 ,不仅在操作中不易引起并发症 ,而且有利于囊液及脓液的抽尽 ;最后动脉鞘管既有一定的硬度能够较容易地穿过较厚的组织结构 ,如

背部肌肉 ,又不会被周围组织夹闭 ,同时动脉鞘管又有一定的柔软性 ,插入组织内后 ,其插入部分受组织挤夹 ,固定较为牢靠 ,而暴露在体外的部分又较柔软 ,便于抽吸等操作 ,也便于留置时贴皮肤固定。总之 Seldinger 技术的应用不仅使治疗更方便 ,而且使一次性治愈率提高 ,并发症减少。

参 考 文 献

1 张雪哲 ,陆立 ,曹林德 ,等 . 肾囊肿穿刺硬化治疗 . 中华放射学杂志 ,1997 ,31 :31.
2 张雪哲 ,曾林群 ,彭如臣 ,等 . CT 引导下肝囊肿硬化治疗 . 中华放射学杂志 ,1995 ,29 :29.
3 武志峰 ,赵卫东 ,张跃珍 ,等 . CT 引导下 TEMNO 切割针活检 . 山西临床医药 ,2000 ,6 :9.

(收稿日期 2003-05-09)

· 临床经验 ·

介入治疗前列腺良性增生

陈敬方

前列腺良性增生是中老年男性的常见病 ,治疗方法主要有药物、外科手术切除、激光手术 ,介入手术 ,气化治疗等方法。我院自 2001 年 6 月开展介入手术治疗 10 例前列腺良性增生 ,效果明显 ,现总结分析如下。

材料和方法

10 例患者年龄为 50~80 岁 ,平均 69 岁 ,症状有尿频、尿急、排尿困难和夜尿次数增多等。均经肛指检查、B 超和 CT 检查确诊为中到重度前列腺良性增生 ,且药物治疗效果不佳。

所用材料为一次性导尿管 ,5 ml、10 ml、20 ml 注射器和 UDBS-090029 球囊扩张管等。方法是首先通过 B 超或 CT 检查确诊为前列腺良性增生 ,各项辅助检查又无介入手术禁忌证。然后医生在 X 线电视引导下 ,常规消毒、铺巾、局部黏膜浸润麻醉。用一次性导尿管行逆行尿道造影 ,确诊前列腺对尿道的挤压情况、尿道狭窄段的长度及程度 ,最后用 UDBS-090029 球囊行尿道逐级间歇扩张 ,保持一定压力 10~15 min ,退出球囊 ,再次造影 ,确定尿道通畅为止保留尿管 24 h。术后给予冲洗膀胱 ,抗感染

和对症处理。

结 果

10 例病员术后均在 1 周内 ,症状明显缓解 ,尿频、尿急、夜尿次数增多的症状均消失 ,100% 显效。

讨 论

1. 前列腺良性增生是老年男性常见病。前列腺本是一个肌纤维的腺体器官 ,由围绕尿道的内层腺体和其外层腺体组成。增生主要发生在内层 ,包括从围绕膀胱颈到精埠的后尿道黏膜腺组和尿道黏膜下腺组 ,先是纤维肌组织增生而后腺体增生。后尿道受增大腺体挤压 ,产生延长迂曲、狭窄而导致排尿障碍等症状。

2. 前列腺良性增生的传统治疗方法有药物治疗、外科手术治疗等。但有些病例药物治疗效果不佳 ,外科手术治疗又出血较多 ,损伤较大 ,适应证要求严格 ,禁忌证较多受到一定限制 ,术后并发症较多。

3. 介入治疗前列腺良性增生 ,是根据前列腺和尿道的解剖关系有尿道球囊扩张术和尿道支架置入术。我院目前采用的是球囊扩张术 ,该方法主要优点有 :①所需设备要求不高 ,只要有电视 X 线机即

可。②适应证较宽,除前列腺中叶增生及心血管病变外,前列腺良性增生病员均可。③手术安全,病员损伤小、出血少、疗效好。患者术后不会形成尿失禁,对尿道黏膜损伤小,不需切除前列腺,并能保留前列腺的免疫功能,周围组织也不会形成粘连。④并发症较少,术后只有短时的尿尿和尿路刺激症状,经对症处理和抗感染治疗后 1~3 d 消失。

总之,介入治疗前列腺良性增生是一种很好的方法。它能让患者承受的痛苦最小,而治疗效果又

好,今后还将继续为广大前列腺良性增生的病员解除痛苦。

参 考 文 献

- 1 吴恩惠,刘玉清,贺能树,主编.介入性治疗学.北京:人民卫生出版社,335.
- 2 李麟荪,主编.临床介入治疗学.南京:江苏科学出版社.
- 3 李麟荪,贺能树,主编.介入放射学——非血管性.北京:人民卫生出版社,2000,279.

(收稿日期 2003-06-20)

· 临床经验 ·

非标准体位下锁骨下静脉穿刺置管术

吴庆宇 刘须才 汪永录

临床上常有些患者由于自身或疾病的原因难以在标准体位行锁骨下静脉穿刺置管,从而影响抢救治疗,为此近年来我们探索了非标准体位(半卧、侧卧或半侧卧位)下的锁骨下静脉穿刺置管技术,经 107 个病例的应用,效果满意,现报道如下。

材料和方法

一、材料

本组 107 例,其中男 58 例,女 49 例,年龄 45~91(平均 69)岁。无法在标准体位下穿刺的疾病:脑梗死 23 例、帕金森病 11 例、老年痴呆 27 例、支气管哮喘 7 例、恶性肿瘤颈部淋巴结广泛转移 8 例、右心功能衰竭 16 例、库欣综合征(重度肥胖)合并肺炎 5 例、梅尼埃病 3 例、脊柱畸形 5 例、斜颈 2 例。

二、方法

全组患者均以较为舒适的非标准体位(半卧、侧卧、半侧卧位)为主,穿刺点取锁骨中点下方 10~30 cm 处,消毒铺单后先以普通 5 ml 细针注射器在穿刺点针道及锁骨下静脉附近注射适量 2% 利多卡因并试穿,穿刺方向与患者的胸壁成 35°~45°角,斜向同侧胸锁关节的方向,沿着锁骨与肋骨之间夹角边进边抽,大约进入 2~4 cm 左右后可见有静脉回血,此时更换置管专用注射器沿原针道方向缓慢刺入,再次见到静脉回血,置入导引钢丝,退出注射器,沿导引钢丝送入导管,一般送入 10~15 cm 后,即可退出导引钢丝,可再试抽回血,确定其在中心静脉内

后,连接静脉输液并与皮肤固定,防止脱落。左右侧穿刺方法相同。

结 果

一、穿刺体位及成功率

半卧位下穿刺 61 例,其中右侧 33 例,左侧 28 例,侧卧位下穿刺 17 例,其中右侧卧位 7 例,左侧卧位 10 例;半侧卧位下穿刺 29 例,右侧 12 例、左侧 17 例;1 次穿刺成功率 68.0%,总成功率达 98.0%,失败 2 例。


二、并发症

早期有 2 例误入锁骨下动脉,3 例出现轻度气胸,其中 2 例伴有少量胸腔积液(均为左侧锁骨下静脉穿刺所致)未作处理而逐渐自行吸收消失。全组其余病例未发生出血、空气栓塞、血栓、皮下气肿等与穿刺相关的并发症。

讨 论

在标准体位下(平卧或头低脚高,头部转向对侧)无论是颈内还是锁骨下静脉穿刺置管,都不是困难的事情。但对不能配合或无法配合的患者来说,该体位穿刺置管则比较困难,如强迫于标准体位,则患者烦躁、抗争、不配合,使操作时间延长、加重病情,并有潜在的风险甚至穿刺失败,如:本组的支气管哮喘、库欣综合征(重度肥胖)合并肺炎等患者稍平卧就出现缺氧而无法耐受;还有梅尼埃病的患者只能半侧卧位,否则就出现头昏、呕吐;脊柱畸形患者只能侧卧位。由于以上诸多原因,而无法在标准

介入治疗前列腺良性增生

作者：[陈敬方](#)
作者单位：[642469, 四川省威远县市第三人民医院放射科](#)
刊名：[介入放射学杂志](#) 
英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年，卷(期)：2004， 13 (2)
被引用次数：2次

参考文献(3条)

1. [吴恩惠](#), [刘玉清](#), [贺能树](#) [介入性治疗学](#)
2. [李麟荪](#) [临床介入治疗学](#)
3. [李麟荪](#), [贺能树](#) [介入放射学—非血管性](#) 2000

引证文献(2条)

1. [李茂山](#), [徐世金](#), [肖汉](#), [赵剑](#), [林强新](#) [国产网状支架治疗前列腺增生的疗效观察](#)[期刊论文]-[中国介入影像与治疗学](#) 2005 (1)
2. [李茂山](#), [林强新](#), [肖汉](#), [徐世金](#), [赵剑](#) [镍钛合金网状支架治疗高龄前列腺增生的疗效观察](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2005 (2)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200402028.aspx

授权使用：qkxb11 (qkxb11)，授权号：cf64c980-0556-46ee-bdf3-9e2b009ec904

下载时间：2010年11月11日