

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

体位下完成穿刺置管。

为此,我们从 2000 年 3 月开始探索非标准体位下锁骨下静脉穿刺术。由于锁骨下静脉解剖变异少、位置较固定,其位置不会因体位而发生变化<sup>[1]</sup>。但在该体位下由于锁骨下静脉的位置高,故其充盈差及压力降低使血管变细,因此穿刺成功率比标准体位下低,本组 1 次穿刺成功率(68.0%)低于标准体位(80%以上)。因此穿刺时要有耐心,一般 2~3 次均可成功,需要注意的是:①在局麻试穿的同时,将适量的利多卡因沿针道注入锁骨下静脉的附近,可减少刺激引起的血管痉挛,提高穿刺成功率;②由于穿刺是在非标准体位下进行,静脉压低,加上患者一般不能憋气,故有潜在空气栓塞的可能<sup>[2]</sup>。因此在交换导丝及注射器时,及时用手指封堵穿刺针及静脉导管连接部分,阻止气体进入;③强调细针试穿,其除了可为正式穿刺提供正确的方向和位置外,还可有效减少正式穿刺的次数,减轻对周围组织的损伤,再者即使细针误穿肺组织或锁骨下动脉等也

不会造成大的创伤或并发症,因此我们强调细针的试穿。从本组看左侧锁骨下静脉穿刺易误穿肺组织,而导致气液胸,因此尽量选择右侧锁骨下静脉。

通过对本组的观察,我们认为该体位下的锁骨下静脉穿刺可行,且并发症少,尤其是不强调标准体位是其最大特点,即可在不增加病痛和危险的基础上,甚至在不搬动患者的情况下完成锁骨下静脉穿刺置管,因此在危重患者的抢救中更有意义。再则对于一般患者由于不是强迫体位,故可消除其紧张、恐惧感,因此,目前我们对相当一部分患者的穿刺也是在该体位下进行。所以有很好的临床实用价值。

#### 参 考 文 献

- 1 何卫,姜波,单鸿,等.中心静脉通路的建立及其在临床中的应用.介入放射学杂志 2001,10:271-273.
- 2 李为苏,李宁.营养支持的并发症及其防治.中国实用外科杂志,2002,21:697-700.

(收稿日期 2002-07-29)

## 2004 烟台全国介入新技术研讨会 通 知


由中华放射学杂志编委会、中华医学会实用介入技术培训推广中心联合主办,山东金卫康临床医学培训中心承办的“2004 烟台全国介入新技术研讨会”,于 2004 年 5 月 21~24 日在烟台市牟平区养马岛举行。会议包括学术讲座、学术交流、介入产品展示等内容,届时将有我国著名的介入专家王建华、辛彦豪、翟仁友、杨宁、李选、刘作勤、孙刚、赵廷常等作专题讲座,内容有:“主动脉病变的介入治疗”、“肝癌的微创综合治疗”、“血管病的介入治疗”、“阻塞性黄疸的介入治疗”、“子宫肌瘤的动脉栓塞”、“假性胰腺囊肿的引流”、“CT 下经皮肾造瘘术”、“缺血性肠病的介入治疗”、“肾动脉狭窄的介入治疗”、“神经介入放射学的现状”、“股骨头缺血坏死症的介入治疗”、“输卵管再通术”、“经皮椎体成型术”等。与会者将获得国家级一类继续教育学分(10 分)。

征文内容:凡未在正式出版物上公开发表的有关介入放射学的论文均可投稿。论文全文不超过 4000 字,附 800 字以内的中文摘要(按结构式摘要书写,应包括:目的、方法、结果和结论)。请作者打印文稿、以文本格式保存在软盘上,将稿件与软盘一同寄至 250021 济南市经六路 252 号 207 室赵东霞、王文娟收,来稿请在信封上注明“2004 烟台介入会议投稿”,也可以用 E-mail 投稿(主题注明:介入会议论文),E-mail 地址 jwk7922@beelink.com。请将作者姓名、单位和邮编写在文题下面,来稿请附单位介绍信,请务必将作者单位地址和邮编写清楚,以便论文录用后邮寄会议通知,请自留底稿,恕不退稿。

承办单位电话 0531-7922155、7921125、7921051,传真 0531-7922598

没有论文但希望参加会议者,可通过电话或传真提前 10 天确认,未提前确认者,会议将无法保证继续教育证书的发放和住宿房间的安排。

# 非标准体位下锁骨下静脉穿刺置管术

作者: [吴庆宇](#), [刘须才](#), [汪永录](#)  
作者单位: [200435, 上海市市北医院肿瘤外科](#)  
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: 0次

## 参考文献(2条)

1. [何卫](#), [姜波](#), [单鸿](#) [中心静脉通道的建立及其在临床中的应用](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2001 (05)
2. [李为苏](#), [李宁](#) [营养支持的并发症及其防治](#) [期刊论文] - [中国实用外科杂志](#) 2001 (11)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200402029.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200402029.aspx)  
授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: f261aa48-9192-4e4b-a15f-9e2b009ed608

下载时间: 2010年11月11日