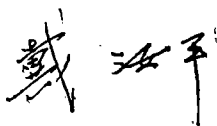


## 努力开拓我国介入性放射学事业



介入性放射学在我国开展已有十年历史,十年来取得了重大发展。1986 年、1990 年分别在潍坊、杭州举办了两届“全国介入性放射学学术会议”,并于 1990 年成立了中华医学会放射学会介入放射学组。今天,经过努力,“介入放射学杂志”正式创刊,这是放射学界一件大事。从此,全国介入放射学专业人员有了自己的杂志,对交流经验,促进学术发展,必将起到重大作用。

近十年来,介入放射学在国内外有重大发展,我国在肿瘤的药物栓塞治疗、定向活检及实验研究;心血管介入治疗如血管成形术、栓塞术、溶栓术、瓣膜成形术等都取得了较好效果,在欧、美洲国际会议发表的论文受到好评,说明我们已经开展了世界发达国家所能开展的一切最新技术。十年来,在我国介入放射学的开展,由少数、自发的进行,逐渐发展为有组织、有计划的开展,有的已列入国家“八五”攻关课题,从而得到国家财政资助,从单纯临床应用研究,深入到前瞻性基础实验研究,从而使介入放射学作为一门学科,它的研究深度及广度大大向前迈进。与此同时,我们培养造就了一批骨干力量,大批中、青年临床、科研工作者成长起来,使我们的事业蓬勃向前发展。十年来的经验告诉我们,我们可以达到并能超过世界先进水平。但是,就国内总的发展形势,与国外相比较,我们还存在一定差距和一系列问题,我们必须不断努力。现提出几点问题供大家分析。

### 一、我国介入放射学发展极不平衡

这主要由于我国各地区医疗机构设备及技术力量相差悬殊有关。但是,值得提出的是有些有条件的大医院、医学院校附属医院,也未能对这一项有发展前途的工作给予足够的重视。

二、血管成形术及经血管介入性治疗较国外有较大差距

在只有二亿多人口的美国,每年有 30 余万人经血管成形术治疗(其中包括 PTCA)。虽然我国与西方国家血管疾患的发病率已病因有所不同,但是作为十亿人口的大国,血管疾患总病例数不少,但经皮穿刺血管成形术(PTA)的开展不普遍,新技术开展极少。当前世界各国,在开展 PTA 的同时,激光血管成形术、动脉斑块切削术、血管腔内支架等新技术均已开展。静脉系统血管内支架置入术也已开展。我们应该迎头赶上。此外,非经血管的介入性治疗如泌尿系统、消化系统的介入性治疗、脓肿的引流等,尚很少开展,这是值得我们注意的。

三、成功率与并发症发生率与国外比较尚存在一定差距

从客观分析,我们的设备、器械尚不能与国外相比;从主观分析,我们的技术水平及对疾病的认识、适应证的选择、临床治疗知识等都存在一定差距。这直接关系到成功率和并发症发生率。此外,我们尚缺乏科学的、严格的治疗效果、远期疗效的评定标准及全国性登记制度,从而不能拿出全国的统一材料与国外相比,这一点是与我们大国地位极不相称的。

四、专业人员应不断更新知识,提高自身素质。

介入放射学是近 20 年发展起来的新兴学科。专业人员集诊断与治疗为一身。同时,本学科发展迅速、可谓日新月异。因此,要求我们必须不断更新知识、更新条件、更新技术,这样才能保证事业的成功与发展。

值得提出的是,当前有的单位、特别基层单位,基本条件尚不具备(如影像设备),应该实事求是、从实际出发开展工作,切忌仓促上马。

五、国家有关部门应着手建立全国统一指导方针(Guideline),严格专业人员培训计划及资格审查

这是保障病人权益、提高治疗效果、降低并发症的关键措施。当前我国介入治疗工作开展尚处无章可循状态,有条件的单位不积极,无条件的单位大胆搞,这是不正常现象。这是亟待解决的问题。美国介入心脏学学会于 1990 年相继制定出介入治疗专业人员培训制度、资格审查和许可证制度,是值得我们借鉴的,以保证我国介入性放射学工作更科学地、更健康地向前发展。

#### 六、应大力提倡介入治疗实验研究

我国介入放射学创始人之一林贵教授在这方面作了大量工作。此外第四军医大学、阜外医院、北大三附院等都作了一定工作,但是与国际比较,无论在投入的人力、物力以及研究水平上,尚存在较大差距。基础研究跟不上,大大影响介入治疗的发展和创新。这是值得认真考虑的问题。

#### 七、器械国产化是当务之急

介入治疗效果已不容置疑,且已为广大医务人员和病人所接受。但是,主要器械均需进口,仅以二尖瓣球囊成形术为例,年需要球囊导管约 800 支,仅此一项需人民币约 800 万元。随着工作的开展,新项目,新器械需要量会有增无减。为降低医疗费用、减少病人和国家负担、节约外汇,呼吁国家有关部门重视医疗器械的生产问题,这对于推动介入放射学的发展也是至关重要的。

介入放射学杂志是我们专业人员自己的刊物,是我们的良师益友,希望得到广大读者的关怀和支持。谨祝取得成功。

(本文作者系中国医学科学院心血管病研究所阜外医院放射科主任、主任医师,中华医学会放射学会委员,介入组副组长、中华放射学杂志副主编,本刊副主编)

## 良性胆道狭窄的处理

Cotton PB

良性胆道狭窄可因外科手术造成,或由硬化性胆管炎、慢性胰腺炎及 Oddi 括约肌功能障碍引起。

#### 一、良性手术后狭窄

在开腹或经腹腔镜作胆囊切除时可损伤胆管,尤以后者为甚。可当即或在几天甚至几个月后出现胆汁郁积。

良性狭窄的部位及程度可通过 ERCP 或 PTC 而精确了解。治疗上多数病人不愿意接受第二次手术而愿意接受经内镜或经皮气囊扩张,气囊扩张可加用或不用临时性支撑管。因 PTC 需放置外引流而病人更愿意接受 ERCP。

文献报道 ERCP 如能进入到狭窄部位,70%~80% 的病人可望有 1~2 年时间(中位数)的良好效果;而 ERCP 常易在几年后复发,但这两种疗法的确切疗效比较还尚无定论。但在狭窄累及肝门区时,这两种方法都有相当难度。

现在通常对不在肝门区的 I 型狭窄,尽量用 EPCR 气囊扩张治疗,一般扩张到 8mm 后放置支撑管,3 个月后再更换支撑管再观察 3~6 月后如现复发,则待病人情

况允许而作肝管-胆总管-空肠吻合。

手术后胆囊管残端或迷走枝胆漏可通过 ERCP 作括约肌切开或短期放置支撑管,以降低括约肌的压力。

#### 二、硬化性胆道炎

病因不明,在有反复急性胆管炎发作的病人常出现肝外胆管狭窄,其中许多病人伴有胆管内小结石。ERCP 气囊扩张或放置临时性支撑管的近期疗效良好。

#### 三、慢性胰腺炎

常见伴有远端胆管狭窄。多数为纤维性(永久性)狭窄,需作旁路术。如考虑为可逆性狭窄,则可作 ERCP 放置临时性支撑管。

#### 四、乳头狭窄及括约肌功能障碍

胆道型疼痛病人,特别是曾作过胆囊切除者应作 ERCP 排除结石或其他如胰头肿瘤,胰腺炎等局部病理情况,并提供胆道测压的进路。许多学者称 ERCP 为检查括约肌功能障碍的“金标准”,有时还可以作括约肌切开术以解除病情。

(刘厚钰译)