

中、小医院开展介入治疗的几点体会

上海市浦东新区洋泾人民医院放射科*

章宏清 乔德林 王建国 凌钰珠 嵇康年

近 10 年来,介入放射学在国内已得到了迅速发展,该学科在现代医学中的重要地位也已逐渐被人们所认识与重视。我院自 1990 年底也开展了此项工作,一年多来,对各种失去手术机会的晚期癌肿,包括原发性或转移性的肺癌,肝癌、食管癌、胃癌、结肠癌、卵巢癌和闭塞性脉管炎等病人进行了 1~5 次动脉灌注化疗或栓塞治疗,均有一定的疗效,减轻了症状、延长了生命,并取得了一定的经验与体会:

1. 院领导重视与支持:当科里提出开展介入放射学工作时立即得到了院领导的重视与支持,从选派骨干进修、设备与器械的添置、房屋的改造、人员的调配等各个方面都由分管医疗的业务副院长负责,协调各部门的力量,在不到三个月时间就准备就绪,从而保证了此项工作的顺利开展。

2. 组织介入治疗组:在中、小医院里开展介入放射学工作其主要的、也是最基本的,首先开展的是各种晚期癌肿的动脉药物灌注化疗和栓塞。治疗首先要选择一名业务骨干到开展得较好的医院短期参观学习或专题学习班学习,返院后选择人员组成治疗组,包括医师、技师和护师等,再以师带徒的方式轮流管教,扩大队伍,逐步使每一个放射科医师都能掌握此项技术,目前我科的治疗组人员已达 6 人。我们一个区级医院放射科开展此项治疗更体会到需要配备一名从事过手术室的护士(师),能较全面地负责介入治疗的准备工作,术

中配合和术后器械清洗、保管等,使医护之间能更好地密切配合,高质量地完成治疗任务。

3. 要打破陈旧观念、敢于开展工作,不能有迷信思想,我科仅有一台沪产 XG-501 型 X 光机,备上南京电子管厂生产全国产的电视透视系统,也无快速换片机,我们就在这样简陋的设备上成功地开展了各种晚期癌肿的介入治疗,并取得了一定的疗效,从未发生过任何并发症。

4. 要与临床科室密切配合:在我科目前阶段仍然是一个医技科室,长期脱离了临床实践,过去做过临床工作的医师也是早已生疏,需要有一个温故而知新的过程,而大部年青医师则从未参加过临床实践,因此,要治疗组同志单独进行临床处理是不现实的,也是困难的,为此必需与临床科密切配合、相互支持。除术中由治疗组单独操作外,日常的医疗处理则全部由临床科负责处理,如有特殊情况,则应相互讨论,共同决定病人的处理方案。

5. 要严格掌握治疗原则、选择病例、保证治疗质量:在临床科室提供的各种治疗病人中,治疗组负责人对病人要逐个进行审核,按标准选择病人,术中要按常规操作、精益求精,切不可发生可以避免的意外和并发症。一年多来,我科所进行治疗的病人没有发生过一次严重并发症,从而有利此项工作的顺利开展。

优质 X 线影像密度标准的探讨

(吴伯卿,等《中华放射学杂志》1992; 26:555.)

X 线胶片的感光密度是形成影像的基础。适当的影像密度是构成良好对比度和清晰度的基本条件,它依赖于特定 X 线胶片的感光性能所选取适宜的感光条件和显影条件而获得,过高或过低的影像密度均会损失诊断信息量。浙江省卫生厅颁发浙卫医(1987)26 号文件《浙江省放射科技术质量标准》(试行)规定:直接完全感光区密度 $D_{\max} \geq 2.4$;最低感光区密度 $D_{\min} \leq 0.25$;组织诊断区密度 $D = 0.25 \sim 2.0$ 间;灰雾度 $D_0 < 0.25$ 。

以往对 X 线影像质量优劣的评价都以主观视觉来

评定影像密度深浅或高低,其结果误差大且因人而异。至于各解剖部位不同组织 X 线影像密度目前国内尚无统一的定位测定点及密度标准值。由我省“省临床放射质控中心”组织举办全省性优质评比中,所选取符合省标的优质影像片经 6 位主任医师和副主任技师评定确认,并对各部位 X 线影像进行定位密度测定,提出各解剖部位优质影像密度测定点及标准值,以此作为 X 线技术质量控制的影像参比值。

* 邮政编码 200135