

反应可导致大网膜向脾下极游走包裹,从而减轻了局部刺激;(3)对脾下极动脉的栓塞能准确而可靠地闭塞30%~40%左右的脾动脉分支,易于掌握栓塞面积;(4)微球栓塞在小动脉远端,不易形成侧支循环,不易降解,因而血管再通和脾功能亢进复发的可能性小;(5)超选择插管避免了误栓胰腺供血动脉的可能。

综合以上特点,这种新的方法使部分性脾动脉栓塞治疗的术后并发症得到了显著减少。

在一部分病例中,脾下极动脉超选择插管难度较大,主要原因是脾功能亢进时脾动脉常严重迂曲,导管操作困难。遇此情况可试用导管导丝交替前进的方法或交换不同头端形态导管的方法加以解决。如果导管确实不能到达脾门附近,可应用明胶海绵在脾动脉主干漂流栓塞。必须指出,若使用微球在脾动脉近端注射,

有可能造成胰腺动脉分支栓塞而导致胰腺局部坏死。因此,要严格掌握微球的使用方法和适应证。

我们认为,在可能的情况下实行超选择性脾下极动脉插管应用微球栓塞,是提高部分性脾动脉栓塞治疗的可靠性和减少术后并发症的有效方法。

#### 参考文献

- 1 Gastaneda-Zuniga WR, et al. Nonsurgical splenectomy. AJR, 1977; 129:805.
- 2 孙大裕,等. 脾栓塞治疗肝硬化并发脾功能亢进. 中华消化杂志 1984;3:144.
- 3 Uflacker R, Wholey MH. Interventional Radiology New York: McGraw-Hill, 1991:368.
- 4 张新国,等. 褐藻胶微囊血管栓塞剂的研制与溶胀特性的临床意义. 中国药理学杂志 1989;24:412.

## 利用旋转坐椅施行经皮肺穿术

朱 琪 沈林祥 何炳轩 王 琨

经皮肺穿细胞学检查是介入放射学的一项内容,近年来开展较普遍。我们选用旋转坐椅进行该项检查 23 例,未见并发症<sup>[1]</sup>。现介绍如下。

#### 方 法

从 1992 年到 1993 年 8 月共查 23 例。病灶均在肺门以外的肺野,多为团块状,2~10cm 不等,且中下肺居多。穿刺针为上海产千叶针,外径 0.7mm,长 150mm。

术前向患者说明检查意义及注意事项,以争取配合。检查出凝血时间。术前半小时肌注安定 10mg,手术时病人坐于旋转椅上,双手上举抱颈,衰弱者嘱其家属在旁扶持。然后转动坐椅作各方向透视,取距病灶最近的胸壁作为穿刺点,并做好标记。常规消毒、铺巾,局部麻醉后,在肋骨上缘进针。针头接近胸膜时,嘱病人暂停呼吸,穿刺针快速穿过胸膜腔,深入肺组织约 3~4cm,可让病人平静呼吸。此时,在 90°范围内自由旋转病人,透视观察,调整进针方向及深度,直至刺入病灶(病灶较大者,应在其边缘取材,因中心常有坏死而影响诊断)。然后退出针芯,接 20ml 注射器,抽拉成持续负压,提插旋转数次,在轻微负压下拔针。涂片 4~5 张(如抽吸物滞留在针管内,可用吸有空气的注射器

将其轻轻“吹”出),立即放入乙醇乙醚固定液内(也可将固定液滴在平放的涂片上)送检。

术毕局部敷以无菌纱布,用胶布固定。术后 10 分钟及 1 小时各透视一次,并观察 24 小时。<sup>[2]</sup>

#### 讨 论

为了防止并发症的产生,我们选用旋转坐椅坐位检查,其目的是使被检查者在手术过程中身体各部位的重力关系始终保持不变,即它们的相对位置不变,这样就有效地保护了胸膜和肺组织,不致因重力改变而被撕裂。其他措施有:尽量选用细针;严重的肺气肿禁做该项检查;术中遇病人咳嗽,迅速撤针。

这种方法简单易行,且不易产生并发症,尤其适用于无侧位透视装置的中、小医院。

#### 参考文献

- 1 王绪,仇吉生,孙向东,等. X 线导向经皮针吸肺活检. 中华放射学杂志 1986;20:133.
- 2 中国人民解放军总后勤部卫生部编. 医疗护理技术操作常规. 第三版. 北京:人民军医出版社,1987: 21.

作者单位: 223900 江苏省泗洪县人民医院放射科