

介入性放射学工作在基层医院的开展

谭士岭 董明凤

我院自 1991 年 6 月开展介入造影、诊断及治疗 450 多例次。采用 Seldinger 技术,对全身各部位进行诊断性造影、部分恶性肿瘤动脉灌注化疗或栓塞(如肺癌动脉灌注化疗、肝癌动脉灌注化疗和栓塞;神经系统及四肢诊断性造影,肾肿瘤术前栓塞,肾动脉狭窄进行 PT-RA 等)。几经努力,取得了较好的社会效益及经济效益。现就有关问题谈几点粗浅体会,恳请同道指正。

一、因陋就简,主动、稳妥地开展工作的

首先由领导决定派放射科、内科有一定业务能力医生及护士各一名组成介入放射学小组到上级医院进修学习,回来后在基本无介入放射器材基础上因陋就简地立即开展工作。由于传统习惯影响,诸多认为放射科医生搞 X 线诊断工作是“法定的”,无可非议,要从事介入治疗表示疑议,甚至不可理解。如手术中的并发症(血肿或药物反应),对于临床医生是正常现象,对搞介入治疗的医生却要倍加指责,甚至拒绝介绍病人。针对我们刚开始开展工作时碰到的很多困难积极地采取了相应措施。

(一) 在医院内多次开展介入性放射学专题讲座,用文献、刊物对临床医生进行耐心细致的说服工作。

(二) 主动联系临床选择病例,争取选择一个,成功一个。特别是临床治疗已束手无策的病人,经介入治疗,取得良好效果。使临床医生信服介入治疗的优越性。如一胰头癌患者并严重阻塞性黄疸,已无手术条件,经介入治疗,症状及体征明显改善。由于我们主动、稳妥的工作和临床医生对介入治疗的充分认识,在社会上起到了事半功倍的效果。

(三) 介入性放射学技术性强,搞“介入”的医生不但要有较深的影像学技术,还要有熟练的内科知识和外科医生的素质。所以搞“介入”的医生除了学习有关业务书籍外,还参加有关临床科室的查房、病例讨论,并虚心请教,提高临床业务水平及素质,不断地自我完善。

二、领导支持,艰苦创业

我院是县级市医院,放射科设备较落后。开展介入性放射学工作是在一台岛津 500mAx 光机上进行,没有快速换片机和高压注射器。介入性造影是“介入医生”直接在 x 线照射下用手推法,摄取动脉期和静脉晚期 2 张 x 线照片,用辛勤劳动的汗水和自我牺牲精神来换取病人幸福。因此要求手术者有高度责任心,熟练的业务技

术和有关人员的密切配合。严格病例选择,争取 1 次造影成功,减少 x 线的辐射杀伤和避免造影剂注入过多。经我们介入性诊断及治疗的病人,无一例失败及并发症发生。深受临床医生和病人的欢迎,得到院领导的重视和大力支持。

(一) 先后购买了遥控装制、高压注射器、快速换片机和其它必需物品。改造了 1 台国产 500mAx 光机做介入性放射专用。

(二) 成立导管领导小组,业务院长任组长,放射科“介入医生”任副组长,有关科室主任小组成员。

(三) 成立“介入”病房:由内科病房抽出固定房间为“介入”治疗病房,“介入医生”和临床医生共同查房,并制定治疗方案。在内科护士中培训 1 名有经验的兼职专职护士(无介入诊断及治疗病人时做其它护理工作),给各类病人介入诊断、治疗后的常规护理,也要给一些特殊护理,包括临床及心理护理,以期配合治疗达到最佳效果。

三、基层医院受地区、面积、人口数量而形成的病源限制,目前,“介入医生”除了搞介入性放射学工作外,还要做其它业务性工作。为解决这个矛盾,我们规定定期进行介入性诊断和治疗。“介入”前一天,医护共同做好手术器械的消毒。术前 6 小时检查机器的运转情况,并进行房间、机器设备的消毒,准备术中必需的各种物品。以保证“介入”顺利进行。

四、介入性放射学工作的成功,需要一套完整的工作程序

介入性放射学是我院近年来开展的一项重要新的工作,通过 3 年多的实践,我们逐步摸索出一套较完整的工作程序。

(一) 术前预约 拟定手术的病人由临床医生填写介入性放射学预约申请单,将病史、症状、受检部位、拟诊病名,检查目的填写清楚,以利筛选病例。病人一经住院,立即向家属谈清病情及术中可能出现的问题等,与家属统一认识,以便取得家属的理解和支持。

(二) 术前会诊 确定手术的病人,术前由临床医生发出会诊通知单请介入医生会诊,共同拟定手术方案。向病人进一步了解病情,实事求是的向病人解释清

作者单位: 269500 山东省乳州市人民医院

楚该项治疗的方法、原理、效果及并发症。使其思想有所准备,使检查和治疗达到预期效果。导管室填写手术准备单,准备手术中物品及抢救药品,并通知供应室准备手术包。

(三) 术中监测 “介入医生”负责插管、造影、诊断及治疗,技术员负责操纵机器,掌握适时曝光,台下由临床医生、护士和放射科医生共同监测,以防术中出现意外情况。

(四) 术后观察 术后介入医生主动到病房与临床医生共同巡视病人,观察检查或治疗后病人病情变化,处理可能出现的并发症,并向病人交待术后注意事项。

(五) 出院随访 每例患者出院后均做随访记录,

了解经“介入”后的病情变化和效果。并定期与临床医生组织病案讨论。介入医生对每例患者术后均做出小结,吸出各类病人介入诊断、治疗中的经验教训,不断提高介入放射学工作水平。

总之,我们的体会是:基层医院开展介入性放射学工作是一门新的技术,困难较多,搞此项工作的人员首先具备医风端正,技术熟练,基础扎实,不怕苦、不怕累。敢于担风险和献身事业的拼搏精神。导管室要有完善的操作规程和规章制度。对病人应具有爱心和自我奉献精神。做好防护。用实际行动获得领导的支持,大众的配合。扎扎实实、一步一个脚印地走下去,让介入性放射学工作这一新技术在基层医院深入发展。

肠系膜下动脉化疗栓塞致肛门括约肌

松弛一例

刘古燕 金 琰 王树森

经肠系膜下动脉化疗灌注+碘油栓塞,治疗盆腔恶性肿瘤已有报告,但术后出现肛门括约肌松弛。

患者男性,57岁,胃窦部腺癌根治术后3年,盆腔种植转移并侵犯直肠前壁。1994年3月首次单纯髂内动脉化疗灌注5-Fu1.0g、DDP80mg、MMC20mg后,1994年7月再次入院。主诉近期大便变细、腹泻与便秘交替,无脓血及里急后重,要求再次入院治疗。

体格检查:消瘦,贫血貌,行走自如。浅表淋巴结未扪及异常肿大,巩膜不黄。心肺(一),腹平坦,肝脾肋下未触及,腹部未扪及肿块,腹水征(一)。肛门指检:(胸膝位)距肛齿线6~8cm处、直肠前壁可扪及约6×8cm硬性肿块,表面不平、固定。直肠前壁(5~9点处)僵硬,直肠壁部分缩窄,仅纳一食指通过。肛门括约肌收缩有力。指套无血染。本次CT报告:直肠窝转移性肿块、累及直肠前壁,约5×8cm大小。CEA24μg/ml OB(一),大便常规检查正常,r-GT3.6u/L。

1994年7月27日,经右股动脉穿刺置管,选择插入髂内动脉造影,未见肿瘤血管及肿瘤染色。再次选择插入肠系膜下动脉,造影显示:直肠上动脉增粗,远端见肿瘤血管,扭曲、紊乱、实质期肿瘤染色明显,约6×10cm。再超导管达直肠上动脉,灌注5-Fu1.0g、MMC20mg、卡铂500mg,40%碘化油5ml经乳化后栓塞。术后第二天出现“血水样”便,每日6~8次,量不多。术后第四天,自觉“肛门不能控制,收缩无力”,有血性稀水样便或半固体大便“溢出”,多达每日十数次,无昼夜规

律。肛检:外观无异常,指检示肛门括约肌松弛、收缩无力,指套有血染。治疗上:嘱其“有意识”加强“收肛”锻炼,每小时一次,每次5分钟;并给予每日输液加强支持疗法,维持水、电解质平衡,适当给予镇静剂与解痉剂,并辅以潘生丁、肠溶阿斯匹林以促进病变部位微循环环境;并给予FPA抗生素以及对症处理。半月后,自觉收肛开始有力,有控制固体大便能力。一个月后,上述症状完全消失,收肌有力,痊愈出院。随访再未出现上述症状。

讨 论

一、经肠系膜下动脉灌注+栓塞治疗相关疾病,特别是应用末梢栓塞剂(如碘化油),可出现肠粘膜糜烂、溃疡形成或穿孔。本文报告因栓塞致肛门括约肌群因栓塞而变性、坏死,使其括约肌功能部分丧失。一般认为:肛门括约肌群属髂内动脉的直肠上动脉供血。该患者因盆腔转移性肿块并侵犯直肠前壁,可能造成直肠上动脉与直肠下动脉间异常沟通,使其碘油由其沟通的血管而栓入,出现上述并发症。造影片分析亦发现:肿块远端有向肛门扩张的血管。这可能是导致该并发症的病理解剖基础。

二、因碘油栓塞所致上述并发症,可随被栓塞末梢血管内碘油的吸收或被吞噬细胞吞噬而再通,或由侧支

作者单位:200032 上海医科大学中山医院放射科进修教师