

20ml。

CT 扫描能清楚显示肝脓肿病灶大小,密度和位置,以及病变与周围组织器官的空间关系,还可利用光标测出皮肤与病变的距离,准确的进针深度和穿刺角度。所以这种方法为准确安全、可靠的方法,尤其是在影像上,当肝脓肿与肝癌诊断困难时,利用此方法可明确诊断,本组有一例术前 CT 扫描图像酷似肝癌,用此法穿刺,抽出脓液近 70ml,证实为肝脓肿。并对其进行了抗生素脓腔内直接注射,大大缩短了疗程。使病人免除手术开刀之苦。

CT 引导下肝脓肿经皮穿刺抗生素治

疗,并发症少而轻微。据文献记载穿刺腹部并发症发生率为 11% ~ 17%^[2]。本组发现 2 例可忍受的腰部疼痛,经休息即可消失。此方法简单,疗效好,安全可靠,病人易于接受。

参考文献

1. 张雪哲,等。CT 引导下经皮细针穿刺活检。临床放射学杂志,1978;6:98.
2. Yemkaskas BE, et al. Delayed Complications from fine - needle biopsies of solid masses. of abdomen. Invest-gate Radiology 1986; 21: 325.

射频消融术治疗阵发性心动过速 19 例报告

蒲 红 方安娜 尹 炯 袁丽菊
顾永传 王咏梅 瞿彩莲 孙爱霞

阵发性心动过速是常见的心律失常,其中以房室旁路折返性心动过速 (AVRT) 及房室结内折返性心动过速 (AVNRT) 为最常见,其次为阵发性房扑,房颤和室性心动过速 (VT)。我院自 1995 年 6 月开始对 19 例 AVRT、AVNRT 及 VT 患者给予心导管射频消融 (RFCA) 治疗,现将有关资料小结如下。

资料和方法

一、一般资料

19 例住院患者,男 14 例,女 5 例,年龄 15 ~ 68 岁平均 40 岁,病程 3 ~ 35 年,平均 14 年均均有频发心动过速发作,发作时有心悸、胸闷、头晕等症状,其中房室结折返性心动过速 (AVNRT) 7 例,房室折返性心动过速 (AVRT) 12

例,右室特发性心动过速 (ILVT) 1 例,共有显性与隐匿性房室旁道 13 条,2 例有窦性心动过缓,3 例有高血压病,入院后经体检、X 线、胸片及超声心动图检查,均未见异常,术前停用抗心律失常药 5 个半衰期以上。

二、方法

左右旁路标测,房室结双径路标及消融方法见文献,ILVT 则穿刺股动脉插入大头消融导管至左室行心内膜标测,用心室 - 心房程序刺激 (S₁、S₂) 和分级递增刺激 (频率 150 ~ 207ppm),诱发 VT,同步描记 12 导联 ECG,观察 QRS 波形态和电轴,并与既往自发性 VT 图形比较,同时用激动顺序法标测,在 VT 持续状态下用大头导管标测寻找心室最早激动点,并见高频低振幅电位 (浦肯野纤维电位),此处即为消融靶点。

附表 19 例心动过速射频消融部位、能量

旁 路 (消融部位)	例数	平均放电次数	平均每次放 电能量(W)	平均每次放 电时间(S)	平均累积总 能量(J)	阻 抗 范 围(SL)
左 侧 (左室)	8	589 ± 5.09	20.79 ± 5.77	33.00 ± 29.33	718.53 ± 639.67	80 ~ 100
右 侧 (右室)	4	9.25 ± 8.85	25.77 ± 10.37	70.28 ± 49.27	1475.22 ± 1156.63	70 ~ 110
AVNRT (慢 径)	7	9.14 ± 7.68	17.59 ± 5.72	92.93 ± 51.57	932.46 ± 768.33	80 ~ 111
ILVT (左 室)	1	4	22.50 ± 6.46	60.00 ± 40.82	1412.50 ± 889.17	90 ~ 104

结 果

具体消融部位, 能量及时间等见附表, 19 例 RFCA 有效率达 100%, 其中射频消融房室旁道有效率为 92.1%, 射频电能房室结改良术有效率为 100% 有一例复发, 但无一例并发症出现, 术后均未服抗心律失常药, 随访 3 ~ 10 月未见心动过速发生。

讨 论

近年来, RFCA 在我国发展与推广很快, 此方法具有成功率高, 并发症少, 复发率低, 远期疗效佳等优点, 我院开展该项工作不到一年, 共为 19 例不同类型的心动过速患者予以 RFCA 治疗, 总有效率达 100%。旁路消融过程中定位是成功的关键, 本组患者均用大头导管标测到旁路电位 (AP), 然后进行消融成功率很高。另外, 在做房室结改良术治疗 AVNRT 时, 均采用下位法消融慢径, 有效率达 100%。

本文根据各消融部位统计平均每次放电

量, 次数, 时间及总累积能量等数据, 认为消融右侧旁路时除放电次数多外, 放电能量及总累积能量均最大, 而在消融改良慢径中即需要的平均时间最长, 这均与各旁路部位, 特性有关系。在消融 ILVT 时我们主要采用激动顺序与起搏标测结合的方法, 寻找左心室最早激动点, 并见浦肯野纤维电位, 即消融放电成功。

本组有 2 例希氏束旁路, 其中 1 例患者左侧旁路与希氏束旁路并存, 术中阻断左侧旁路后仍有心动过速发生, 继再半消融导管放入右房希氏束部位, 缓慢后撤其导管直到 A 波较大, 且 H 波最小时, 分别用 10W, 1S, 3S, 4S, 6S 进行放电, 消融中产生 P-R 延长, 但未发生 III° 房室传导阻滞, 继再做心室程控刺激, 未诱发出心动过速, 说明用小电能, 少时间消融希氏束旁路安全、可行, 成功率高, 并发症少。

参考文献

胡大一, 王乐信, Karl AK, 等。射频消融术的临床应用。中华心血管病杂志, 1992; 4: 207。