

## 非血管系统介入放射学的现状与发展

郭启勇 陈丽英

介入放射学不论在放射学界,还是在整个医学界都是最活跃,最有生机的一個新兴学科,近十年来,我国介入放射学发展迅速,在血管系统介入放射学方面,不论是在 TIPSS,还是在心、脑、血管的介入放射学领域已达到了国际水平。非血管放射系统介入放射学虽然起步较晚,但是近年来也得到了长足的发展。

在我国,超声、CT 引导的各部位的穿刺活检,不论从病例数量和成功率上均具有较高水平,经发展不平衡。如经皮穿刺椎间盘切割或溶解吸引术,已逐渐成为我国的特色。而其他穿刺治疗,如:囊肿、脓肿的穿刺引流,肾盂积水的穿刺引流,梗阻性黄疸的穿刺引流等,普及程度还相差很远,甚至一些医院仍需要外科治疗囊肿和脓肿。在影像引导手段上,主要是以普通 X 线和 CT 为主,利用操作方便,无放射损伤的超声作为引导手段的还很少,这主要是由于介入放射学的医生大多是放射科医生,不掌握超声诊断技术;再则由于我国医院超声学科的所属问题造成。但是超声作为非血管系统介入放射学的引导手段,有着它独到之处,尤其在腹部和纵隔方面,比普通 X 线和 CT 更具长处。所以应提倡使用超声作为非血管系统的介入放射学的引导手段。

关于非血管管腔系统狭窄的介入放射学治疗,在我国也有了较大的发展,不论是食管、胆道、气管、尿道狭窄的支架治疗在临床上都得到了广泛的应用。但是应严格适应证的选择,如:食管的良性狭窄,自 80 年代起采用气囊扩张治疗,并取得了良好的治疗效果,所以仍应该以气囊扩张为主,而不留置不能取出的金属支架。再则对于恶性狭窄过多地强调了支架的作用。而

忽视了综合治疗,如:恶性胆道狭窄通过留置支架治疗狭窄,毫无疑问改善了生存质量,但是如果不同时进行抗肿瘤的治疗,将迅速造成再次狭窄;食管恶性肿瘤造成的狭窄也是同样的。在留置支架时,特别是胆道支架,不论是经 PTCD 或 T 型管引流道,还是经内窥镜留置均应在透视下进行,方能准确地留置在狭窄部位,达到良好的治疗目的。然而在留置食管、气管支架时,特别是留置气管支架时,常常由于患者状态危重,不允许离开心电监护或呼吸机时,则经常没有透视条件,介入放射学的医生就必须利用内窥镜的测量,将支架准确留置到狭窄部位。

介入放射学的发展,要求从事介入的医生应掌握包括内窥镜、超声在内的所有影像学手段,才能应付各种治疗环境,才能完成所有的临床工作;要求这些医生不仅必须掌握介入操作要求的所有技能,还要掌握相关疾病的内科治疗知识,对患者进行综合治疗,才能真正达到预期的疗效。不论是哪一种治疗方法,都应严格掌握适应证。一名称职的医生都必须全心全意地对患者负责,作为介入放射学的医生更应如此。另外值得我们高兴地是国家科委、国家医药管理局和卫生部在 96 年第一次决定在“九五”期间拨出专款作为介入放射学攻关资助,能够预期在本世纪内,我国的介入放射学特别是非血管系统介入放射学,将有一个长足的发展,将同血管系统介入放射学一起接近或赶上国际水平,并且在一些领域内居国际领先。在这种良好的科研、工作环境中,让我们携起手来,为我国的介入放射学的发展共同努力。

作者单位:110003 中国医科大学第二临床放疗