

相结合的技术,对于胸内不明原因的局限和弥漫性病变,尤其是怀疑肿瘤者是一项简便易行、较安全的诊断手段,CT 导引活检使得纵隔和肺门肿块的定性诊断成为可能,细胞学检查准确性较低,组织学检查准确性较高,两者结合应用将进一步提高准确性。尽管如此,CT 导引 TPB 存在少部分假阴性结果,有限的材料妨碍肿瘤的进一步分类和良性病变的进一步定性,在这些方面有待进一步扩大研究,诸如结合免疫学和分子生物学技术来弥补上述不足。

## 参考文献

1. Zakowski MF. Fine - needle aspiration cytology of tumor: diagnostic accuracy and potential pitfalls. *Cancer Investigation*. 1994, 12: 505.
2. 罗永艾. 各种肺活组织检查的临就要应用及评价. *实用内科杂志*, 1990, 10: 519.
3. Poe RH, Israel RH. 支气管镜以外的其它活检方法. *国外医学内科学分册*, 1992, 19: 451

## 经颈动脉途径治疗脑血管病变

陈宏颀 刘 峰

我院自 1993 年 8 月 ~ 1998 年 3 月期分别采用经颈动脉和经股动脉两种途径对颈动脉系统脑血管病患者行栓塞治疗, 共 107 例, 其中脑动静脉畸形 79 例, 海绵窦动静脉漏 21 例, 动脉瘤 7 例。经股动脉插管 61 例, 经颈动脉 46 例, 2 例失败, 其它均获得成功。我们认为经股动脉途径虽具有操作者受辐射较少等优点, 但所需导管较长, 操作时对远端控制差, 不易到位等。故我们认为经颈动脉途径治疗较为优越。具体方法如下: (1) 栓塞前常规做 Mata's 试验, 旨在促进有效的侧支循环 (一般认为成人颈内动脉内径为 5 ~ 7mm, 而 F5 或 F6 导引导管外径为 3 ~ 3.5mm, 因此, 当导引导管进入颈内动脉后, 颈内动脉内仍有一定的空间, 可供血流通过) 不致引起供血不足。(2) 常规穿刺颈总动脉成功后, 在导丝引导下, 进入颈内动脉, 再根据情况选择

F5 或 F6 导引导管, 导引导管送入颈内动脉 1 ~ 2cm 即可, 勿超过 C-2 水平。当送入 F5 或 F6 导管时, 导管前端应与导管鞘前端齐平或超过, 不宜超出过多; (3) 若以可脱性球囊行栓塞术, 可粗略估计颈部穿刺点到颅内病灶的距离, 选用 Debrun F3 聚乙烯导管及 F<sub>2</sub>Teflon 导管, 一般剪成 30 ~ 40cm 一段; (4) 若对动-静脉畸形行栓塞术, 则上述导管 (F5 或 F6) 应相对地剪长些, 其前端进入颈内动脉的长度仍与导引导管鞘的前端平齐。后端则大部分相对拉直, 固定于体外胸部治疗铺巾上, 便于 Magic 微导管栓塞术时的操作; (5) 颈动脉途径最大危险是穿刺部位继发出血, 形成血肿, 压迫气管造成窒息。为此, 栓塞术结束拔管后应局部压迫 20 分钟以上, 防止出血, 确定无渗血后仍需用沙袋对局部压迫 6 小时, 并注意观察颈部, 本组未发生并发症。

作者单位: 350001 南京军区福州总医院