

• 临床经验 •

介入放射学在急诊医学中的应用

张书田 崔进国

介入放射学的发展使一些急重症病例得以快速有效的处理。本文总结我院 1986 年以来将介入放射学用于急重病例的临床观察结果,并对有关问题进行讨论。

资料与方法

一、一般资料

42 例患者,男 37 例,女 5 例,年龄 13~ 61 岁,平均 42 岁。其中大咯血 6 例,外伤性肾破裂 2 例,颈动脉海绵窦瘘 10 例,股动脉及下肢血栓形成 2 例,颈部动静脉瘘(外伤性) 1 例,消化道大出血 21 例。

二、介入治疗方法与疗效

(一)动脉内溶栓 采用 Seldinger 穿刺健侧动脉,应用成襻技术将 5F Cobra 导管置入病侧髂外动脉内造影,观察血栓位置及大小,之后,将导管前端置于血栓近心端,缓慢注入尿激酶 25~ 125 万 U,直到血栓溶解,术毕造影观察血栓溶解情况。2 例血栓形成者均在 30~ 60 分钟内溶解。

(二)栓塞治疗 采用靶动脉造影,了解病变部位及特点,然后超选择插管入相应病变供血动脉,咯血者给予支气管动脉栓塞;肾破裂者根据破裂部位不同,采用明胶海绵选择性行动脉全部或部分分支栓塞;颈动脉海绵窦瘘及颈动静脉瘘采用可脱性球囊栓塞相应瘘口。栓塞后,咯血立即停止;1 例肾破裂者血尿停止,痊愈出院,另 1 例肾严重破裂者栓塞后血尿消失,由于肾包膜破坏出血致腹膜后较大血肿形成,择期手术切肾,术中出血明显减少。颈动脉海绵窦瘘以及颈部动静脉瘘瘘口消失,血管杂音消失,症状改善。

(三)分流术及栓塞术 本组消化道出血者多为肝硬化门脉高压患者,急诊行经颈静脉肝内门体静脉分流术

(TIPSS)。术中将 Rups 100 肝穿装置,经颈内静脉置入肝静脉,之后向门静脉穿刺建立分流通路,使门脉内的高压血流经此分流入肝静脉,降低门脉高压,术中对胃冠状静脉予鱼肝油酸钠栓塞治疗。21 例患者术毕消化道出血立即停止,食管胃底静脉曲张明显减轻或消失,脾脏变软缩小,出血得到有效控制。

讨 论

本组病例均为与血管有关的一组病变,其特点是发病急,在短时间内就可导致致命性危害。介入治疗创伤小、疗效明确,应作为首选的方法。

根据我们的经验,讨论如下。

一、介入放射学可用于急症病例,尤其适合于血管性病变的救治。具有及时、安全、有效的特点。

二、急诊行介入诊断或治疗时必需对病人进行必要的查体或进行心电图、B 超、胸透等检查,对心肺功能衰竭者要先进行抢救,待病情稳定后方可行介入治疗。需要指出的是,有时血管穿刺后直接给药是治疗的最佳途径,如溶栓药物或抗心律失常药,补充血容量的措施等。

三、介入治疗有时不一定是治疗的根治措施。如本组 1 例严重肾外伤者,因严重出血致腹膜后积血,我们在积极行介入治疗后又给予外科手术,使病人得到根治。此时介入治疗的目的就在于及时诊断,并通过介入治疗使病人情况得以改善,创造条件使其适应其他治疗措施。

总之,介入放射学在急诊医学的应用无疑大大推动了临床医学的发展,使一些危重患者得到了及时有效的治疗。

作者单位: 050082 石家庄市 解放军白求恩国际和平医院

• 临床经验 •

常规法 CT 导向下肝肾囊肿穿刺硬化治疗的改良

(附 60 例报告)

李迎晓

肝肾囊肿是临床的常见病和多发病。以往我们多采用手术疗法,患者创伤大,费用高。现采用 CT 导向下穿刺硬

化治疗^[1],方法简单、安全、费用低、疗效可靠,不需住院。

用改良法(即反复冲洗法)能进一步提高疗效。现将我院近几年来用两种方法对 60 例肝肾囊肿进行穿刺硬化治疗的情况作一总结。

作者单位: 462000 河南省漯河市中医院放射科

材料与方法

选取临床 B 超或 CT 发现的 60 例肝肾囊肿, 为便于对比, 选用的 60 例均为单纯囊肿, 男 38 例、女 22 例, 年龄 18~71 岁, 40 岁以上 45 例, 囊肿直径 3~12cm, 最大抽出液量为 650ml, 肝囊肿临床主要表现为上腹部不适、疼痛、恶心、黄疸。肾囊肿主要表现为腰痛、水肿、高血压等。

我们使用的 CT 扫描装置为 9800QUICK, 穿刺针为 20G 抽吸针, 硬化剂均为无水酒精, 穿刺前常规检查血常规、出凝血时间、血小板计数及尿常规。有的需做碘过敏试验, 对于部分病例术前做增强扫描了解肾囊肿是否与肾盂相交通及囊壁的情况, 如囊肿与肾盂交通是硬化治疗的禁忌证。术前 4~6 小时禁食, 肝囊肿病人采用仰卧位或左侧卧位, 穿刺点选择在距皮肤进针点与病变的最近部位, 穿刺行径要避开胆囊、胆管和肝内血管, 以避免不必要的损伤。肾囊肿多采用俯卧位或侧卧位, 避免仰卧位前方进针。先做 CT 扫描选择穿刺的最佳层面和穿刺点, 用光标测出进针深度、距离和角度。CT 导向下确认针尖位于囊肿内。常规保留硬化剂法为抽出囊液后, 缓慢注入无水酒精, 注入酒精的量以抽出囊液的 25% 计算, 并嘱患者转动体位, 以使无水酒精与囊肿各壁充分接触, 20 分钟后抽出酒精, 重新注入 3~8ml 保留, 然后拔针, 再做 CT 扫描一次, 嘱患者仰卧位、左右侧卧位各 5 分钟, 观察 2~4 小时。改良法(即反复冲洗法), 方法为: 抽尽囊液后注入抽出量的一半的硬化剂无水酒精, 反复冲洗囊腔 2、3 次, 直至抽出的酒精变为清亮。在冲洗间歇中可协助病人转动体位, 然后抽尽硬化剂, 最后用适量的 2% 利多卡因冲洗一次, 抽尽而拔针。治疗后 3 月、半年及 1 年, 作 B 超或 CT 复查。

结 果

疗效标准分为 4 级疗效指数^[2], 即 0、I、II 和 III。0 表示囊肿大小无变化, I 表示囊肿较前缩小 $\frac{1}{3}$ 以下, II 表示囊腔缩小 $\frac{1}{3} \sim \frac{2}{3}$, III 表示囊腔基本消失或完全消失。治疗结果为: 常规组 0 级 2 例, I 级 2 例, II 级 5 例, III 级 21 例。改

良法 0 级无, I 级 1 例, II 级 3 例, III 级 26 例。改良法总有效率达 96.6%。囊肿消失率为 86.6%, 常规组囊肿组消失率为 70%。常规组患者出现发热、剧痛、腹痛发生率为 56%, 而改良组发生率为 23.33% ($P < 0.01$)。

讨 论

肝肾囊肿是常见的疾病, 过去以手术治疗为主。1981 年 Bean 报道了 29 例肾囊肿抽液硬化治疗的经验后^[3], Trinkl 和 Bean 又相继将此法应用于肝囊肿的治疗, 均获得了理想的疗效。肝肾囊肿的穿刺硬化治疗最好选择有症状的单发囊肿病例。其指征主要有 2 点: 1、囊肿直径大于 3cm 以上, 2、囊肿压迫引起临床症状的。治疗前应先明确诊断。

单纯穿刺引出囊液不注入酒精, 囊肿复发率为 30%~78%^[4]。文献报道的治疗方法多采用常规保留法, 即抽尽硬化剂后囊内保留硬化剂 2~8ml。我们采用反复冲洗法进行治疗, 通过两组对比, 反复冲洗法较常规法疗效明显提高, 而不良反应明显减低。我们的体会是在抽吸囊肿液体过程中很难把囊内液体抽尽, 在常规法一次注入酒精保留硬化治疗中, 囊中残余液体会稀释酒精浓度, 酒精浓度不足影响疗效。经过改用反复冲洗法避免酒精稀释, 可有效的提高酒精浓度强烈作用于囊壁, 使囊肿治愈率明显提高, 另外反复冲洗法可将囊壁粘液及囊内沉渣清除, 使酒精能充分与囊壁接触以提高疗效。不保留硬化剂冲洗法, 囊内的硬化剂吸尽后, 注入适量的 2% 利多卡因冲洗一次, 即能达到有效的治疗目的又能减少或避免不良反应的发生。

参 考 文 献

1. 张雪哲, 卢延, 姜永金, 等. CT 引导下肾囊肿穿刺硬化剂治疗. 中华放射学杂志, 1989, 23: 337.

2. 张雪哲, 卢延主编. CT 介入放射学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996, 100.

3. Bean WJ. Renal cysts: Treatment with alcohol. Radiology, 1989, 138: 329.

4. Bosniak MA. The current radiological approach to renal cysts. Radiology, 1986, 158: 1.

• 临床经验 •

急性大面积脑梗塞颈内动脉注射尿激酶与
选择性动脉内插管溶栓疗效对比

张新中 杨瑞民 李玉侠 李培兰 董启梅 吴标

大面积脑梗塞起病急, 进展快, 病情重, 部分病例易误诊

为“脑出血”。如不尽快明确诊断, 积极早期动脉溶栓, 预后较差, 死亡率高。我院自 1997 年以来治疗 20 例大面积脑梗塞患者, 经 CT 扫描排除脑出血后, 分别采用尿激酶两种方