

# 积极开展非血管性介入放射学

李麟荪

介入放射学分两大部分,即非血管性和血管性;从性质上又分为诊断和治疗两方面。非血管性诊断部分以穿刺活检为主,在腔道内注入造影剂(如经皮胆道造影、PTC)诊断为次;治疗部分则包括狭窄腔道成形术和支架术、肿瘤消融术、囊肿硬化治疗与阻塞管道或脓腔的引流术等。介入诊断方面作为一种新技术应用与推广在 70 年代与 80 年代曾风行一时,而在掌握这一技术后坚持开展或进一步发展却很少或者说很难。应该说目前任何诊断方法除了采取样本鉴定外,都是欠完备的,CT 与 MR 作为最近 10~20 年发展的新设备,与常规 X 线一样也只属于影像诊断,虽然部分疾病可以比较正确地作出诊断,如囊肿、感染和肿瘤,但是当你明确囊肿是否单纯性、感染是什么细菌、肿瘤是什么类型,则非取得样本不可。21 世纪对医学的要求在肿瘤诊断方面将严格按照肿瘤通用诊断方法(如 TNM 分期)进行,因此,必须获取组织学来作诊断;感染的控制则必须要有细菌学的检验、培养乃至药敏试验来优选敏感药物。加之随着人们自我保护意识的增强,一旦误诊误治将会引起更多的法律和伦理方面的争议和诉讼。

非血管性治疗方面则内容广泛,涉及全身各个系统。如神经系统方面在影像导向(包括脑立体定向)下作颅内血肿清除术、癫痫病灶消融术、深部肿瘤消融术,神经阻滞止痛术等;呼吸系统的气道支架术、肿瘤活检与消融术、胸腔引流术等;消化系统的支架术(包括食道、胃、十二指肠、小肠与结、直肠)、肿瘤活检与消融术、胆道取石与支架术、囊肿硬化术、胃造瘘术、腹水转流术、脓肿引流术等;泌尿系统的引流造瘘术、取石术、前列腺尿道支架术;生殖系统的输卵管再通术、异位妊娠的消融术、乳房肿块活检术、囊肿硬化术;骨骼系统的椎体成形术、椎间盘减压术、椎间或关节韧带止痛术、骨良性病变激素注射治疗;其它如甲状腺瘤消融术、经颈气管穿刺肺脓

肿引流术等等。虽然一再推动但始终进展缓慢。究其原因可能为:1、技术上难度大,不同内容的方法差异很大。就血管性介入来说如能掌握 Seldinger 方法与熟悉几根导管,如 Cobra、RH 肝型管就可以插到体内任何一支动脉,即可做灌注、栓塞或成形术。而非血管性介入则不一样,能做食管支架的不一定能放气管支架,更不一定能做胆道支架,能放胆道支架的不一定能做输卵管再通术。因此,要求术者必须逐项学习,从解剖、生理、影像到操作。2、要求责任心更强。不少开展血管介入的单位其实也只限于肿瘤的灌注与栓塞,一旦无效就一推了之。而非血管性介入病人则在处理后不久经常来复诊,因为管腔不通、导管移位或感染发热等。术者会感到必须反复处理的困扰,就不愿再继续开展。3、其它,包括 X 线机器设备差、没有 C 型臂或透视下分辨率差,看不清细针和细导管。

也许更为重要的原因在于临床内、外科医师对介入放射学的认识及介入放射工作者与他们的合作问题。医学事业发展至今,历来由外科、内科治疗的一些病已进展至由微创一介入方法来医治,任何人都应尊重历史的发展与科学的进步,明智的学者对进步抱欢迎与合作的态度,如国际上习惯在食管支架术前先用内镜观察,介入医师在透视下放入支架后,再由内科医师用内镜观察,这一完美的合作为每一患者创造最好的治疗效果,也在合作中显示出医者的崇高精神。作为介入放射工作者,必须努力全面掌握介入放射学的各项技术,密切与其他临床医师的合作,加强责任心、认真跟踪处理好每一个病人,尽到医生的责任,延长病人的生命,提高生活质量。对于医院等级较高而设备较差的单位,应争取更新设备。积极将非血管性介入放射工作开展起来,扩大介入诊断和治疗的内容,提高介入放射医生的形象,更好地为更多的病人服务。

(收稿日期:2000-07-10)

作者单位:210029 南京医科大学第一附属医院