

器的肿瘤^[2]。

二、多极电脑控制射频系统治疗肺癌主要适用于周围型。经皮穿刺微创,见效快、疗程短,同侧肺多部位肿瘤可一次完成。CT 引导下、计算机控制射频治疗安全可靠,多极射频治疗范围内阻抗与功率成反比,阻抗升高,功率下降,从而保护了正常组织。局麻术后并发症少。对不能进行手术、化疗、放疗的早中晚各期患者,心、肺、肝、肾功能不全及老年患者增加了新的治疗方法。目前国外文献报道周围型肺癌先作多极射频治疗再作化疗可大面积杀死肿块内癌细胞,再化疗杀死残剩的或转移的癌细胞。

三、多极电脑控制射频系统治疗肺癌仅适合周围型,是一种毁损治疗,对肺门、大血管、心脏、气管、食管旁的病灶操作要慎重,避免损伤,癌组织已侵犯上述重要脏器治疗会不彻底,需要综合治疗。

参 考 文 献

1. Golderg SN. Ablation of liver tumors using percutaneous RF therapy. ARJ, 1998, 170 :1023-1028.
2. 陈军,周义成. 肿瘤射频灭活. 介入放射学杂志, 2001, 10 :246-249.

(收稿日期 2001-06-25)

· 临床经验 ·

囊肿穿刺无水酒精硬化治疗体会

王明全 王为真 贾军琪

我院介入科自 1997 年 3 月至 1999 年 3 月共为 14 例肝、胰、肾囊肿行穿刺抽吸,无水酒精硬化治疗,疗效满意,现报道如下。

材料与方 法

本组患者男 8 例,女 6 例。其中肝囊肿 6 例,肾囊肿 6 例,胰腺囊肿 2 例。年龄 19~84 岁,均以 B 超及 CT 检查证实。囊肿直径在 2.5~15.1cm 之间。在 X 线机或 CT 下定位穿刺(病灶直径小于 4.0cm 在 CT 下定位,大于 4.0cm 用 X 线透视穿刺);用 21G Chiba 针穿刺至病变部位,回抽有囊液,抽出少部分囊液,向腔内推注造影剂使囊腔显影,观察囊腔大小及形态及是否与其它腔道相通,为推注硬化剂提供依据。退出 Chiba 针,用 9 号或 12 号深部穿刺针取较为理想的穿刺路径进行穿刺,透视及 CT 定位证实针尖位于囊腔内,拔除针芯,回抽见有囊液,将穿刺针尾套接橡皮引流管,再接注射器抽吸,注射器抽满时用止血钳夹闭橡皮引流管,以免因囊内负压将空气吸入。对假性囊肿应尽量抽尽为止,真性囊肿抽至囊腔少量囊液时向腔内推注无水酒精(量约为抽出囊液的 1/4)^[1]。夹闭橡皮引流管,保留 5min 后抽出,如次反复用无水酒精冲洗囊腔 2~3 次,最后向囊腔内推注约为囊液量 1/10~1/8 的无

水酒精,观察 5min 无不良反应后拔除穿刺针。

结 果

该组患者均治疗 1 次,随访 1 个月至 1 年,均取得良好效果,患者症状消失,影像学检查囊腔平均缩小 90%,部分完全消失。术后无严重并发症。部分患者有穿刺部位轻微疼痛,均在 1 周内消失。

讨 论

囊肿药物难以治愈,有效的治疗方法为外科手术或穿刺抽吸引流,后者为创伤小,疗效高的治疗方法^[2]。

穿刺抽吸及引流方法适用囊腔直径在 3.0cm 以上,或小于 3.0cm 但有临床症状,无穿刺禁忌的患者^[1]。对于真性囊肿推注造影剂证实不与其它腔道相通者向囊腔内推注硬化剂,破坏囊壁,阻止囊液分泌。对于较黏稠的囊液可用较粗的穿刺针或放置引流管冲洗引流。

在治疗过程中体会如下。

一、术前应详细检查,特别是影像学检查,明确诊断以免误诊,化验血常规及出凝血时间。

二、术中穿刺时尽可能用细针,特别是在 X 线透视下穿刺应先用干叶针穿入囊腔,注入造影剂使囊腔显影。然后改用较粗穿刺针选取合适的路径进行穿刺。因为透视下有很好的分辨率,定位准确,此

种方法值得推广。但小的囊腔定位比较困难,应在 B 超及 CT 下定位穿刺,以免误伤。

三、实质性脏器近包膜囊肿穿刺的径路应选择组织较厚且避开重要脏器的一侧。较薄侧穿刺容易引起该处囊肿破裂,使囊液或硬化剂流入体腔。

四、抽吸囊液时在穿刺针尾接一橡皮引流管,注射器抽满时夹闭,以免腔内进入空气,影响囊液抽吸;且由于该方法囊腔内注入硬化剂后以能与囊壁充分接触,无需让患者转动体位,避免穿刺针移位。

五、对于真性囊肿推注无水酒精前无需将囊液

完全抽尽,囊腔内留少量含造影剂囊液,确保针尖位于囊腔内,不致因抽吸太彻底使针尖移位,误将硬化剂注射到囊外。反复用无水酒精冲洗数次即可使腔内无水酒精浓度增加,达到治疗效果。

参 考 文 献

1. 张雪哲, 陆立, 曹林德, 等. 肾囊肿的穿刺硬化治疗. 中华放射学杂志. 1999, 31: 327-278.
2. 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪, 主编. 临床介入诊疗学. 广州: 广东科技出版社. 1997. 27-28.

(收稿日期 2000-05-27)

· 临床经验 ·

硬膜外麻醉下胆道支架植入术

田伟军 徐青 谢宗贵

恶性胆管梗阻主要由原发性胆管癌、肝癌、胰头癌、壶腹癌及肝门部转移癌压迫侵犯胆管所致。此类患者多已失去手术机会。近年来,随着介入器械与技术的不断进步,经皮经肝胆管支架置入术治疗恶性胆管梗阻,取得了良好效果^[1,2]。但术中、术后患者剧烈疼痛,胆心反射等并发症,一定程度上制约了该项技术的开展。针对这种状况,我院自 2000 年 6 月,开展了硬膜外麻醉下胆道支架植入术,取得了满意疗效,现介绍如下。

资料和方法

18 例住院患者,男 16 例,女 2 例,年龄 46~82 岁,平均 68 岁。临床表现为黄疸、皮肤瘙痒等。血清胆红素 184.6~766.5 $\mu\text{mol/L}$ 。原发病为肝癌 6 例,胰头癌 5 例,转移癌 2 例,胆管癌 5 例,术前均经 B 超、CT 或 MR 中 2 项以上检查确定为恶性胆管梗阻。梗阻部位位于肝总管 10 例,胆总管 8 例。术前 2~3d 使用抗生素预防感染,应用止血药预防出血。

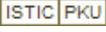
操作:硬膜外麻醉由麻醉科医师完成,阻滞平面在 T4-L1 水平。待患者无痛时开始介入操作。全部患者均行心电图、无创血压、脉搏及血氧饱和度监测。

采用右腋中线入路,以胆道引流套管针穿中肝管后,注入造影剂了解胆管梗阻部位、程度和范围。插入超滑导丝,用 5F Cobra 导管超选至胆管梗阻部位,送入超滑导丝,通过狭窄段并进入十二指肠以远。跟进导管后更换超硬导丝,沿导丝送入直径 10mm 球囊导管通过狭窄部,用稀释的造影剂充盈球囊,球囊显示压迹后在患者体表做金属标记或以椎体为标记,反复扩张,直至球囊压迹完全消失。撤出球囊导管,沿导丝将 8F 导管鞘推进并越过狭窄部位,将国产网状支架装入导管鞘内,在透视下小心将支架推至狭窄部位,支架两端各超过狭窄端 1cm 以上,固定扩张器在透视下缓慢后退导管鞘,若支架有移位应及时调整,将支架准确地置放于狭窄部位。经导管鞘造影,观察支架膨胀及胆道通畅情况,留置并固定外引流管。术毕硬膜外导管留置 1~3d,并根据患者疼痛情况,间断给予由吗啡 1~2mg, 0.5% 布吡卡因 15~25mg, 氟哌啶 1mg, 新斯的明 1mg (无心动过缓者) 组成的镇痛合剂 5~8ml, 保持术后患者基本无痛。术后视患者黄疸消退情况, 7d 左右拔除外引流管。

结 果

本组病例硬膜外麻醉操作顺利,未出现任何与麻醉相关的并发症。18 例患者共置入国产记忆合金网状内支架 19 枚,胆道内引流通畅,支架扩张良

囊肿穿刺无水酒精硬化治疗体会

作者: [王明全](#), [王为真](#), [贾军琪](#)
作者单位: [71600, 陕西省延安大学医学院附属医院介入科.](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2002, 11(1)
被引用次数: 5次

参考文献(2条)

1. [张雪哲](#), [陆立](#), [曹林德](#) [肾囊肿的穿刺硬化治疗](#) 1999
2. [单鸿](#), [罗鹏飞](#), [李彦豪](#) [临床介入诊疗学](#) 1997

引证文献(5条)

1. [王斌](#), [柴文晓](#) [直接穿刺引流导管在经皮硬化剂治疗体腔内囊肿的体会](#)[期刊论文]-[中国现代医生](#) 2009(3)
2. [杜亮](#), [贺建平](#), [李英刚](#) [用Arrow管引流分次无水乙醇硬化治疗老年巨大肝囊肿](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2006(3)
3. [屈丰华](#), [李莹](#), [包国安](#), [吴仲清](#), [董战利](#), [李宝林](#) [超声引导下介入性治疗肝肾囊肿的价值](#)[期刊论文]-[内蒙古医学杂志](#) 2005(8)
4. [苑菁](#), [张经中](#), [胡玉萍](#), [周尤强](#), [缪仕华](#), [涂睿](#) [超声引导下介入性治疗腹腔脏器囊肿的价值](#)[期刊论文]-[中国超声诊断杂志](#) 2004(11)
5. [李晓东](#), [薛燕](#) [改良经皮穿刺硬化方法治疗单纯囊肿](#)[期刊论文]-[临沂医学专科学校学报](#) 2004(3)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfxzz200201022.aspx

授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: ed90d0dd-87d4-4eab-aa7e-9e38015cdd8c

下载时间: 2010年11月24日