

经股动脉右下腹导管药盒系统植入术

窦永充 孙国平 傅宁 曹满端

【摘要】 目的: 研究动脉内导管药盒系统植入新方法。方法: 45例恶性肿瘤患者施行经股动脉导管药盒系统植入术, 药盒植入右下腹壁下。结果: 45例均植入成功。结论: 该技术是一种安全、有效的植入方法。

【关键词】 植入术 导管药盒系统 股动脉

【中图分类号】 R815 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2000)04-0239-02

Percutaneous port-catheter system implantation via femoral artery Dou Yongchong, Sun Guoping, Fu Ning, et al. Department of Radiology, Shenzhen People's Hospital, Guangdong 518020

【Abstract】 **Objective:** To study the efficacy of a new technique of percutaneous port-catheter system (PCS) implantation. **Methods:** 45 cases of malignant tumor were performed percutaneous PCS implantation via femoral artery into the subcutaneous tissue of right lower abdomen. **Results:** The PCS was successfully implanted in all of the patients. **Conclusions:** Percutaneous port-catheter system implantation via femoral artery is a safe and effective technique.

【Key words】 Implantation Port-catheter system Femoral artery

动脉内导管药盒系统是肿瘤介入治疗的新进展, 已逐步被广大患者接受。自1994年1月起, 我们对45例恶性肿瘤患者施行经股动脉下腹导管药盒系统植入术, 均获得了成功。

材料和方法

一般资料: 本组45例患者男32例, 女13例。年龄23~76岁。45例中, 原发性肝癌27例, 其中肝癌术后复发3例; 肝转移癌13例, 其中来源于食管癌1例, 胃癌2例, 结、直肠癌5例, 鼻咽癌2例, 乳腺癌1例, 肺癌1例, 卵巢癌1例; 肝淋巴瘤1例; 盆腔神经纤维肉瘤1例; 食管下段贍门癌术后复发1例; 直肠癌术后复发1例; 绒毛膜细胞癌1例。所有病例均行B超和CT检查, 27例原发性肝癌诊断符合1977年全国肝癌防治研究协会制定的标准。

器材: 18G穿刺针, 5F Yasiro 或/和 Cobra 导管, 5F 导管鞘, 0.35英寸长150cm超滑导丝, 手术缝合包。埋入式导管药盒系统为德国BRAUN公司 Implantofix 埋入式导管药盒系统。影像监视系统为日本岛津1250mA血管造影机和德国西门子 Angiostar TOP. DSA系统。

操作技术: 常规消毒铺巾, 局部麻醉后, 采用Seldinger技术穿刺右股动脉, 穿刺点为髌前上棘与耻骨联合连线中点下方约1cm处, 成功后送入导丝及5F导管鞘, 撤出导丝, 沿导管鞘送入5Fr Yasiro 或 Cobra 导

管, 选择性插入欲治疗动脉行血管造影, 将交换导丝尽可能远地插入靶血管, 拉直并固定导丝, 退出造影导管和导管鞘, 沿导丝将留置导管置入靶动脉内, 拔出导丝, 注射造影剂观察并调整留置导管头的位置。在穿刺点外上方约4~5cm处(即髌窝内)下腹壁皮肤局部麻醉, 在皮肤自外上向内下作一2~3cm切口, 分离其上方皮肤与皮下组织呈囊状, 约药盒大小; 使用隧道针将留置导管自穿刺点皮肤下隧道引至皮囊, 再次注射造影剂观察并调整留置导管头的位置, 合适后连接永久性药盒, 试注肝素盐水是否通畅及有无渗漏。将药盒植入皮囊, 分别缝合皮下组织与皮肤, 试注造影剂最后确认留置导管头的位置, 正确后注射肝素盐水封管并包扎伤口。

结 果

本组45例导管药盒系统全部植入成功。留置管头的位置: 肝脏病变(原发性肝癌27例、肝转移癌13例、肝淋巴瘤1例)位于肝右动脉18例、肝固有动脉22例、肝总动脉1例, 其中10例交换导管前曾行胃十二指肠动脉弹簧栓栓塞术; 1例盆腔神经纤维肉瘤位于右髂内动脉; 2例(直肠癌术后复发1例、绒毛膜细胞癌1例)位于左髂内动脉; 食管下段、贍门癌术后复发1例位于胃左动脉。

本组1例术后发生药盒旋转, 2例药盒植入过深, 3例出现伤口愈合延迟, 1例出现局部血肿, 5例次出现留置管不通。

讨 论

近年来, 经导管化疗及栓塞术治疗中晚期恶性肿

作者单位: 518020 暨南大学医学院第二附属医院深圳市人民医院介入放射科
作者简介: 窦永充(1954~), 男, 湖北黄陂人, 副主任医师, 主要从事介入放射学医疗及研究。

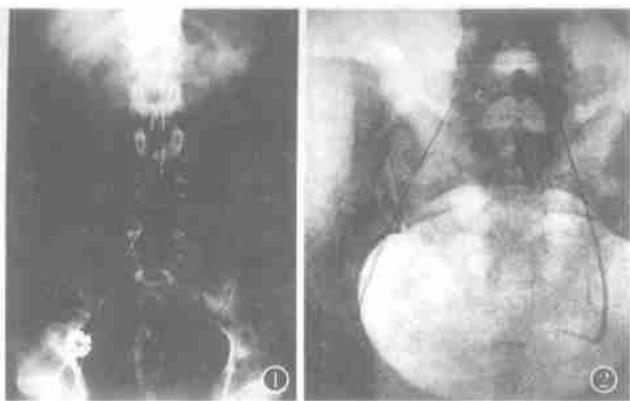


图 1 男, 49 岁, 原发性肝癌患者, 经股动脉右下腹导管药盒系统植入, 导管尖端位于肝固有动脉。

图 2 女, 25 岁, 绒癌患者, 经股动脉右下腹导管药盒系统植入, 导管尖端位于左侧子宫动脉。

瘤国内已有大量报道, 患者平均生存时间可因此而得以延长。导管药盒植入术将留置管一端植入肿瘤供血动脉内, 另一端与植入皮下的药盒体相连, 从而永久性建立起药盒与肿瘤之间的直接通道, 以后只需行简单的皮下药盒穿刺即可完成对肿瘤的灌注化疗和/或碘油栓塞而受到介入学界的关注。

1995 年开始, 介入法植入导管药盒系统才陆续有报道, 分别对其优、缺点以及与常规介入法的对比进行了研究; 部分学者研究了介入的部位和途径, 多数报道为经皮左锁骨下动脉药盒植入术, 部分为经股动脉大腿内侧植入术^[1-3]。我们对 45 例恶性肿瘤患者施行了经股动脉右下腹永久性药盒植入术, 均获得了成功。

通过 45 例经股动脉下腹永久性药盒植入术, 我们认为操作中应注意以下几点: ①股动脉穿刺点应较常规股动脉穿刺点高约 2cm 以避免因起坐姿势的改变引起留置管的打折或移位; ②应选用较小的导管鞘以减少穿刺点血肿的发生; ③留置管应尽可能远地插入靶血管, 因为在以后的操作中只能向外单向退出; 退出全过程应在电视透视监视下进行; ④留置管置入靶动脉后, 应注射造影剂观察并调整留置导管头的位置; ⑤在穿刺点皮肤上缝一针固定留置导管可防止埋盒操作时留置导管从靶血管脱出或失去最佳位置; ⑥隧道针应先塑形, 将其弯曲呈弧形, 自穿刺点皮下约 1cm 深处穿向切口处, 这样可保证留置导管在隧道内走行较平展, 避免造成锐角而致留置管打折; ⑦连接药盒前应再次注射造影剂观察并调整留置管头的位置, 合适后方连接药盒; ⑧植入前应试注肝素盐水确实无渗漏后方将药盒植入皮囊并缝合皮肤; ⑨交换导管前若无法避开

胃十二指肠动脉或肝固有动脉较短, 则应行胃十二指肠动脉弹簧栓栓塞术。

并发症及处理

1. 药盒旋转

本组 2 例术后 1~2 周发现药盒在皮下旋转 70°~90°, 给穿刺注药造成一定的难度。其原因有: ①患者腹部脂肪肥厚、松弛; ②药盒埋植过深、皮囊分离空间过大; ③在留置管与药盒连接旋转拧紧过程中, 留置管被同步旋转、扭曲而发生回弹牵动药盒转位。

2. 药盒埋植过深

致药盒穿刺时难以定位, 特别是对经验不足者, 会由于穿刺定位不准确, 而误将部分化疗药注射在组织内造成组织坏死。解决办法为透视下行药盒穿刺。

3. 伤口愈合延迟

45 例中 3 例出现伤口愈合延迟。其中 2 例是由于皮囊向上方纵深分离不够, 药盒位于切口下方, 缝合后局部张力较高, 且由于药盒由里向外压迫创口, 局部血运障碍而影响创口愈合。

4. 局部血肿

多由于切口及分离皮囊时渗血所致。常规在缝合切口时放一橡皮条引流可避免发生。若伤口已愈合后方发现, 触之有波动感, 则可用 8 号针头穿刺抽吸。

5. 留置管不通

一为留置管过长且在软组织内打折成角所致, 多在缝皮前发现, 此时可剪除过长部分, 重新连接药盒; 一为肝素盐水封管不当造成留置管内凝血, 多在埋植完成后数日至数月发现, 只能再次切开皮肤, 取出药盒, 更换留置管。

小 结

与其它介入性永久性药泵植入术相比, 经股动脉右下腹永久性药泵植入术具有穿刺容易、易埋植、伤口易愈合、不影响着装和行走等优点值得推广使用。

参考文献

- 李彦豪, 罗鹏飞, 黄信华. 经皮锁骨下动脉药盒系统植入术[J]. 中华放射学杂志, 1995, 29: 551.
- 朱康顺, 胡国栋, 黄志程. 经皮经股动脉植入药盒在晚期恶性肿瘤治疗中的应用[J]. 临床放射学杂志, 1997, 16: 293.
- Oi H, Matsushita M. Percutaneous implantation of hepatic artery infusion reservoir by sonographically guided left subclavian artery puncture[J]. AJR, 1996, 166: 821.

(1999-09-07 收稿)