维普资讯 http://www.cqvip.com

皮下埋藏灌注器植入术中并发症的预防和处理

郝治中* 高 彤*

皮下埋藏灌注器区域灌注化疗是治疗中晚期不能切除的消化道恶性肿瘤的有效方法，已广泛使用。我院自1988年至1999年对中晚期不能切除的消化道恶性肿瘤101例应用血管插管皮下埋藏灌注器植入区域灌注化疗，获满意疗效。本文就其并发症进行分析。

一、临床资料

1.一般资料：本组101例，其中男性84例、女性17例，年龄21～75岁。原发性肝癌68例、直肠癌12例、胰腺癌11例、胃癌7例、胆囊癌2例、肠系膜恶性肿瘤1例。

2.插管途径：(1)原发性肝癌：经胃网膜右动脉或胃右动脉根据肿瘤位置插至肝左右动脉。经胃网膜右静脉或胃右静脉插至门静脉。(2)直肠癌：选用直径0.5cm导管插入髂内动脉。(3)胃癌：选用直径0.2cm导管在靠近腹腔动脉分出部插入胃左动脉。(4)胰腺癌：经胃网膜右动脉或胃右动脉插入，结扎胃十二指肠动脉，使化疗药物返流入胰十二指肠上动脉。(5)胆囊癌：经胃网膜右动脉或胃右动脉插入至肝右动脉起始部。(6)肠系膜恶性肿瘤：根据肿瘤位置经肠系膜动脉分支插入导管。

二、结果

本组101例169条血管插管中发生并发症9例，其中导管阻塞4例、灌注器局部感染2例、灌注器局部血肿积液1例、药物外漏1例、药物性胆囊炎1例。

三、讨论

1.导管阻塞：导管阻塞并发症的发生率肝动脉插管为10.9%、门静脉导管为5.5%。本组肝动脉导管阻塞3例，发生率为4.4%、门静脉导管阻塞1例、发生率为1.5%。分析导管阻塞的原因有：(1)血凝块阻塞 导管阻塞原因中血凝块最为多见。(2)导管术中及术后扭曲打折。预防导管阻塞的方法有：(1)术中注意防止导管盘绕扭曲打折，尤其是出腹部肌肉与灌注器接口处。(2)导管内注射化疗药物前后要注射肝素液(1000U/ml)。(3)对暂时不能灌注化疗药物的每月推注肝素液1～2次，有条件可选用有抗返流装置的灌注器。(4)对已出现阻塞的导管分析原因，如是扭曲打折予以矫正，如为血凝块阻塞可试用尿激酶冲洗溶栓。

2.灌注器局部血肿积液：常见原因为术中皮下止血不彻底、脂肪液化等。另外我国原发性肝癌合并肝硬化者占88.05%，本组为中晚期不能切除的原发性肝癌合并肝硬化者占89.7%，因患者肝功能较差、凝血机制障碍而引起出血、形成血肿。预防的方法有(1)术中彻底止血、缝合严密、消灭死腔。(2)术前术后注意补充维生素K止血治疗。(3)术后局部加压包扎。

3.灌注器局部感染：常见原因是术中操作、术后穿刺下注意无菌操作造成。术后一旦发生灌注器周围感染或坏死，多数需拆线取出灌注器，在靠近腹腔处结扎剪断导管、近端导管送入腹腔。忌直接拔管，以免插管动脉出血。预防的办法：(1)术中注意无菌操作；(2)术后每次注药严格无菌操作防止感染；(3)避免药液外渗引起局部皮肤、皮下坏死。

4.灌注器药液外漏：本组发生药液外漏1例，原因是使用穿刺针太粗、注药压力太大。预防的办法有：(1)穿刺针选用6号针穿刺；(2)推注药物时缓慢注射，避免注射压力过高造成药物外漏；(3)导管不要扭曲打折；(4)术前检查灌注器与导管相接处是否连接牢固。

5.药物性胆囊炎：药物性胆囊炎是肝动脉插管灌注高浓度抗癌药物，刺激局部动脉出现动脉内膜炎，影响胆囊壁的血液供应，导致胆囊壁的缺血所致。有学者主张肝肿瘤病人行肝动脉插管时应行预防性胆囊切除。我们认为药物性胆囊炎与插管的位置和注药压力有一定关系。我们在刚开始此项工作时发生药物性胆囊炎1例，是由于术中导管插至肝总动脉。以后我们根据肝肿瘤位置将导管插至肝左动脉或肝右动脉超过胆囊动脉起始部，改进后没有再发生该并发症，保证了区域灌注化疗的顺利进行。

(收稿日期：2001-04-30)

* 作者单位：050011 河北省石家庄市石家庄铁路医院外科

外固定支架治疗桡骨远端粉碎性骨折

赵向民* 薛松涛* 杨晓灿* 白贵成*

桡骨远端下稳定性粉碎性骨折治疗办法虽多，却是困难重重，病人多遗留畸形及一定程度病废。1997年至2001年，我们采用外固定支架治疗此类骨折11例，取得满意疗效。

一、资料与方法

1.临床资料：本组11例，男9例，女2例；右侧8例，左侧3例；年龄16～62岁。干骺端骨质粉碎，桡骨短缩，最长达13mm。

* 作者单位：450041 郑州市中国长城铝业公司总医院