

彩超等检查诊断为动脉硬化左胫动脉血栓形成。检查见左小腿皮肤苍白冰凉,足背动脉无搏动。即行导管溶栓灌注尿激酶 51 万 u,半小时后症状体征明显改善,足背动脉搏动恢复。造影见胫动脉血流通畅。次日可下床活动。

【例2】男,43岁。因左下肢血栓闭塞性脉管炎 10 余年,左足前部溃烂变黑半年入院。彩超检查左股动脉以下闭塞。拟行左下肢高位截肢,作溶栓术前造影,导管经右股动脉达左髂外动脉,造影见左股动脉以下血管内壁不规则,股动脉下段闭塞。以尿激酶 90 万单位灌注,在灌注尿激酶的同时将导管导丝顺行下移,导管头端达胫动脉时遇阻,不能前进,导丝仍可慢慢下伸达踝部,半小时后造影见血流通畅。以后间断做 4 次导管溶栓,小腿血液循环较好,足前部坏死无法恢复,原定高位截肢改为踝上部截肢。

讨 论

一、下肢动脉栓塞在短期内容易发生肢体坏死,是经动脉导管溶栓的紧急适应证。以往下肢动脉栓塞是紧急行全麻大手术取出或采取球囊导管摘除栓子。下肢动脉栓塞多为心脏病、动脉硬化、动脉炎血栓形成脱落堵塞下肢动脉。栓子多为血凝块,形成时间的长短不一。

经动脉导管溶栓,可将溶栓药物直接注入栓塞部位,使药物充分作用于栓子,使之溶解,病肢迅速恢复血供。在注药半小时后即可减轻或解除病人痛苦,24 小时后可下床活动。这种方法简便安全,溶栓效果快速明显。

二、初次导管溶栓治疗,我们选健侧股动脉向心穿刺插管的方法,可以详查栓塞的部位、范围及患侧血管的情况。重复治疗栓塞部位明确者可选患侧股动脉由近心端向患部穿刺插管。

三、尿激酶可直接渗入血栓内部激活纤维蛋白溶酶原,使其变为纤维蛋白溶酶,促使纤维蛋白溶解,从而产生溶栓作用。该药还有局部扩张血管作用。文献记载股动脉溶栓可多次间隔注射,一次最大量为 10 万单位。我们通过导管将药物注在血栓附近,一次用足量,最低限度可使病体症状体征有所改善。

参 考 文 献

1. 吴恩惠主译. 介入放射学. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 192.
2. 陈星荣, 等. 介入放射学. 第一版 上海: 上海医科大学出版社, 1989: 77.
3. 陈厚柏. 股 A 注射尿激酶治疗下肢动脉栓塞. 中国急救医学 1989; 9: 17.

膀胱癌合并持续性出血的介入放射治疗

周沛林

持续性出血是膀胱癌最常见的合并症。笔者自 1990 年起采用髂内动脉灌注化疗药十栓塞, 治疗膀胱癌合并持续性出血患者 5 例, 疗效满意, 现报告如下。

材 料 与 方 法

5 例患者, 男 4 例, 女 1 例, 年龄 56~76 岁。均有持续性肉眼血尿 15~30 余天不等, 分别输血 400~2000ml, 内科止血治疗无效。

用改良 Seldinger 法, 经股动脉穿刺, 导入 7FO 型导管, 选择性进入两侧髂内动脉造影, 再经导管注入肾上腺素 5~20μg 后, 注入抗癌药长春新碱、顺铂、丝裂霉素, 然后用明胶海绵微粒浸泡顺铂或丝裂霉素, 行髂内动脉栓塞。两侧髂内动脉灌注化疗和栓塞量的多少, 根据肿瘤偏哪一侧而决定。抗癌药总量为: 长春新碱 2mg, 顺铂 80mg, 丝裂霉素 20mg。每次治疗, 间隔 2~5 个月不等, 在此期间, 有 2 例用噻替派和丝裂霉素交替膀胱内灌注。行三次介入治疗的 1 例, 二次的 2 例, 一次的 2 例。自第二次介入起, 根据血管造影供血动脉再通情况, 决定是否再栓塞。

结 果

首次介入术后均获满意止血效果。5 例一周内尿液均转清, 其中一例术后第二天尿液即转清, 瘤体均有不同程度缩小, 其中一例缩小近 50%。5 例分别随访 5~21 个月仍生存, 除一例于第 19 个月时再次出血外, 其余均未再出血。

讨 论

膀胱癌一般恶性程度较低, 但常有持续性大出血, 有效的止血是争取手术切除的关键, 对拒绝手术或年老体弱不能手术的患者则更是延长生命的必要措施。内科止血治疗常难奏效, 髂内动脉结扎止血, 也常因盆腔侧枝循环很快建立, 使止血失败或很快又出血^[1,2]。采用明胶海绵微粒栓塞髂内动脉, 既能栓塞 1mm 以上的肌性动脉, 导致从血管分叉处至毛细血管前小动脉不同平面侧枝循环暂时或持久的闭塞而获得可靠的止血, 又保

作者单位: 233010 安徽蚌埠市第四医院

证了前毛细血管小动脉丛的血流通畅,从而避免膀胱壁、臀肌和皮肤的坏死^[3]。

膀胱癌广泛浸润或瘤体较大时,外科手术创伤大。对难以接受手术的患者可采用介入治疗。首次介入治疗止血后,间隔一定的时间,再行介入治疗使瘤体缩小。尽管明胶海绵微粒栓塞腔内动脉在 2 周内被逐渐吸收,但继发血栓的形成、机化可使血管保持较长久的闭塞,再加上定期重复介入治疗,远期止血成为可能,从而有效的提高了患者的生活质量,延长了患者的生命。

参考文献

1. 徐汇义,等. 腔内动脉栓塞术的临床应用,中华放射学杂志 1987; 21:341.
2. 罗鹏飞,等. 泌尿系出血的栓塞治疗. 临床放射学杂志 1987; 6:44.
3. Miller DL, O'leary TJ, Girtor M. Distribution of iodized Oil within the liver after hepatic arterial injection. Radiology 1987; 153:849.

自制血管造影检查床及其应用

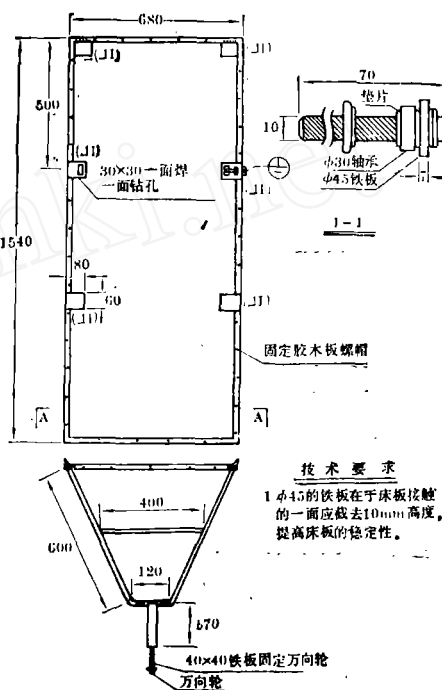
王粮钢

完整的造影设备是血管造影成功的必要条件。鉴于 X 线机床面延伸幅度有限,不能适应快速换片摄影,我们自 1987 年 7 月以来,自行设计使用一种血管造影检查床(相当于加长的床面以下简称造影床),与岛津 HD150B-10 型 1000mAX 线机和国产高压注射器、快速换片机组合,开展选择性及超选择性动脉造影和治疗,经 75 例 121 次,10 个脏器的临床应用,效果很好,介绍如下。

制作:(1)用 30mm×30mm 和 40mm×40mm 的角钢焊一长方形铁框,蒙上一块 5mm 厚的胶木板作为床面。(2)床框下装有能在 X 线机床上滑动的装置。(3)用 40mm×40mm 的角钢焊一“V”形支架与床框相连。(4)加工一个螺杆能使床面高度升降,其作用是可随时调节造影床与 X 线机床面平行。此床外形及尺寸如图。

使用方法:(1)检查前将造影床无支架的一头插入 X 线机床面两边的沟槽里,让病人仰卧在该床上,等待穿刺。(2)位置摆法,检查前测定所摄取的部位与快速换片机位置,在造影床的轮子位置处作一标记,将快速换片机拉出,使造影床尽量与 X 线机床面重合,便于透视。待穿刺成功后,再将该床拉至预定的位置上。(3)穿刺成功后,请操作者用一血管钳夹住病人身上的手术巾导管尖端所指的位置上,以该点为摄影中心,造影床轻轻拉到适当位置后,再将快速换片机置于该床之下,用上海管摄影。

注意事项:(1)检查前,床面需用 75% 酒精消毒或紫外线灯照射消毒。(2)由于造影床高于 X 线机床,病人卧于两床上时,腰、臀部会感到不适,用毛毯垫在该部。(3)摆位置时,造影床应缓慢移动,否则,在导管插入细小动脉(如支气管动脉等)时,易从动脉中脱出,



附图 自制血管造影检查床床面后视及支架俯视图
(图中数字单位为mm)

优点:(1)取材制作容易,节约开支,弥补了造影设备不全之不足,为基层医院开展介入放射学提供了必要的条件。(2)操作简单,使用方便,患者体位舒适,不影响透视下插管,且无损原机械,扩大了单床双球管 X 线机的使用率。

作者单位:243000 安徽马鞍山市人民医院放射科