

普通导管各一根,不同型号的气囊导管(0.5,1.0,1.8,2.0cm)各一根,吸引器。

(五)敷料包:大单一、小巾二、洗手衣、裤各一、手术衣一、冲洗盆二、小药杯一。

三、术中配合

先令患者吞入短胃管,并置入牙垫,在电视透视下沿管芯送入不锈钢软头导丝至狭窄口下部。退出胃管后,在导丝指引下,送入不同大小带囊导管,使囊管中点位于狭窄处,用 30%~50%泛影葡胺缓缓注入,膨胀囊管,使囊管凹腰变浅到消失为止。此时如患者出现剧烈胸背部及上腹部疼痛时,应暂停扩张或气囊减压。扩张持续时间 5~10 分钟,间隔 3~5 分钟如此反复 4~6

次。每两次扩张间隔时间一般为 7~10 天。扩张结束后,将导管退至狭窄上端,由导管内注入奴夫卡因及造影剂,用以观察效果和排除穿孔等并发症。术中还需密切观察患者的呼吸、血压、脉搏、心律等,口腔内分泌物要及时清除,以防发生吸入性肺炎。

四、术毕整理用物,清洗器械和导管,清洗后将导丝、导管、冲洗盆、小药杯等浸泡在 1:1000 过氧乙酸消毒液中(管腔内必须注入消毒液),浸泡 2 小时后拿出,用清水冲洗,凉干备用。气囊导管要将囊内的液体吸尽,注入少量气体保护囊腔,以免放置过久,囊腔粘连而破裂。

经颈静脉肝内门腔分流术后支架 移位致门脉主干损伤一例

黄万喜 曹 觉 王小宜 卢志礼 胡进芳

少数患者在经颈静脉门腔静脉分流术(TIPSS 术)后并发肝动脉损伤、胆道损伤、腹腔内出血,支架移位及异位等并发症。支架移位致门脉主干损伤少见。现报告如下。

患者男 47 岁,反复黑便,呕血四月,再发 1 天第四次急诊入院。曾患血吸虫性肝硬化。内窥镜示食管静脉曲张,曾急诊行内窥镜下食管静脉曲张套扎术。B 超示肝硬化、巨脾及少量腹水。

患者于 1994 年 6 月在我科接受 TIPSS 治疗。动静脉性门脉造影同时做肝静脉造影,显示右肝静脉与门脉的确切关系。经右肝静脉向门脉右支方穿刺,穿入门脉主干分叉部,交换导管入脾静脉主干处行门脉测压及造影,送入加强导丝至肠系膜上静脉,先用 19mm 球囊扩张肝静脉与门脉之间组织通道,因门脉穿刺点没有完全扩张开,故用 12mm 球囊充分扩张。用 10mm 球囊送入第 1 个长 3mm 直径 1.2Palmar-stent 退出球囊

时发现支架下移约 1.2cm,立即更换 12mm 球囊扩张使支架固定,随后用 12mm 球囊送入第 2 个同样的支架。在支架送入及球囊扩张过程中,加强导丝远端始终位于肠系膜上静脉内。准备行测压及造影时,患者诉呼吸困难,腹部隐痛,面色苍白,收缩压只有 60mmHg(8kPa)。终止造影行抗休克处理,急诊部腹探查,门脉主干右下壁可见外露呈齿状的支架下缘及渗血。用一塑料垫片及大网膜包裹修补后出血停止,4 天后拔掉垫片,现康复良好。

本例分析其原因:1. 支架下移之后虽改用大球囊使之固定,但其下缘已紧贴肝外的门脉主干右下壁;2. Palmaz 支架两端呈锯齿状,紧贴血管壁时易穿破血管壁;3. 门脉分叉部大多位于肝外,穿破易引起腹腔内出血;4. 门脉分叉部大球囊扩张后易致较重的撕裂引起腹腔内出血。