

经置留导管溶栓治疗急性下肢动脉栓塞二例

何仕诚 滕皋军 郭金和 周献光

病例 1 女性, 50 岁, 以“急性坏死性胰腺炎”于 1991 年 5 月 21 日入院手术治疗。术后第 19 天晚突感左小腿及足部疼痛, 逐渐加剧, 左下肢麻木。查: 左下肢苍白, 冰凉, 左足背动脉及股动脉搏动均未触及, 诊断“左下肢动脉急性栓塞”, 10 小时后局麻下右股动脉 Seldinger 穿刺, 置入 6.5F Cobra 导管, 行 DSA 检查。见左髂总动脉距开口约 1cm 处完全栓塞, 呈杯口状充盈缺损, 左髂外动脉始终未显影, 明确诊断为“左髂总动脉完全栓塞”(图 1)。将导管头端置于左髂总动脉栓塞部, 用尿激酶 5 万 U+生理盐水 20ml 经导管约 20 分钟灌完, 随即造影见左髂总动脉至髂外动脉内长约 4cm 充缺损, 髂外动脉及股动脉能较快显影; 再用尿激酶 3 万 U+生理盐水 100ml 1 小时灌完, 造影见左髂总至髂外动脉内血栓明显缩小, 股动脉能迅速显影, 此刻即开始灌注溶栓剂, 其后 2 小时, 自感患肢疼痛完全消失, 皮温升高, 股动脉搏动明显, 足背动脉能触及较强搏动留置导管, 以尿激酶 1 万 U/小时, 总量 10 万灌注泵持续灌注, 肝素 4000U/小时静滴, 测凝血时间(试管法)2 次/小时, 保持延长不超过 1 倍左右, 应用抗生素预防感染。距首次灌注后 26 小时再行 DSA 检查, 见髂总, 髂外动脉内血栓较前又有所缩小, 显影迅速, 股动脉通畅(图 2), 拔管。术后尿激酶 4 万 U 静滴 4 天, 后减量到 2 万 U 静滴维持 3 天, 肝素 12500U/天静滴连用 10 天, 阿斯匹林 0.5g 每天口服, 监测凝血时间 1 次/小时。术中及术后尿激酶总用量 40 万 U, 其中动脉内灌注量仅为 18 万 U。随访 3 年余无复发征象。

病例 2 女性, 58 岁, 因脑血栓形成, 冠心病, 房颤入院。入院第五天晚突发右下肢疼痛, 逐渐加剧, 并感麻木, 查: 右下肢苍白, 冰凉, 右

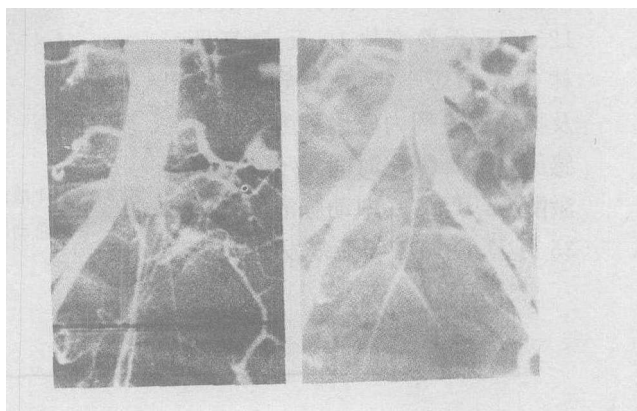


图 1: 病例 1 溶栓前髂总动脉造影显示左髂总动脉完全栓塞。

图 2: 病例 1 溶栓后末次造影显示左髂总动脉及其分支基本通畅, 迅速显影。

足背动脉及股动脉搏动消失, 考虑右下肢动脉栓塞, 即给尿激酶 1 万 U/h 静滴达 10 小时, 总量 10 万 U, 症状及体征无任何缓解, 16 小时后局麻下行左股动脉 Seldinger 穿刺, 置入 6.5F Cobra 导管造影检查, 见右髂总动脉距开口约 1cm 处阻断, 呈杯口状充盈缺损, 髂外动脉无显影, 明确诊断为右髂总动脉栓塞(图 3)。导管头端置于右髂总动脉栓塞部, 用尿激酶 6 万 U+生理盐水 40ml 半小时内灌完, 造影即见右髂总及髂外动脉部分造影剂通过, 其内血栓长约 4cm, 股动脉显影清(图 4), 2 小时后患肢疼痛明显减轻, 可触及股动脉搏动留置导管, 用尿激酶 1 万 U/h, 总量 10 万 U 灌注泵灌注, 肝素 5000U/h 静滴, 监测凝血时间 2 次/h, 保持延长不超过正常 1 倍, 24h 无出血情况, 第 2 天 9 时造影复查, 右髂总髂外动脉内血栓较前明显缩小, 股动脉显影迅速, 继续上述速率灌注尿激

作者单位: 210009 南京铁道医学院

酶 20 万 U, 静滴肝素 12500U/12 小时, 第 3 天 8 时复查造影, 血栓较前进一步缩小, 通畅度明显增大, 遂拔管。以尿激酶 4 万 U/天 + 生理盐水 100ml 静滴 2 天, 后减量为 2 万 U/天维持 4 天, 肝素 12500U/天静滴共 10 天, 阿斯匹林 0.5g 口服半年。留置导管期间及拔管后 1 周内应用抗生素预防感染。总计灌注时间 41 小时, 尿激酶 62 万 U, 其中动脉灌注量为 35 万 U, 随访 4 年无复发征象。

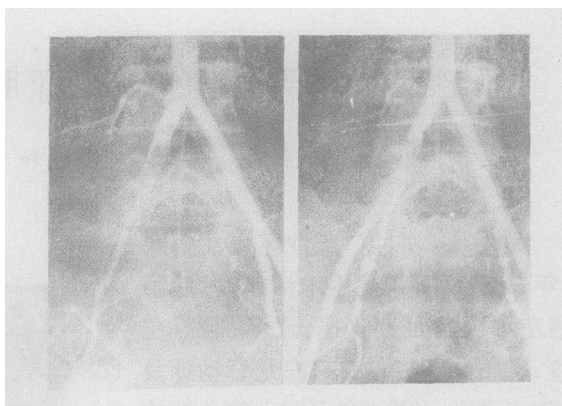


图 3: 病例 I 溶栓前动脉造影显示右颈总动脉完全栓塞。

图 4: 病例 I 首次灌注尿激酶溶栓后半小时造影显示右颈总动脉外动脉显影较快, 部分通畅并可见颈总动脉内血栓充盈缺损范围。

肝门部癌肿双介入治疗二例

陈岳声 叶 强

例 1. 男, 49 岁。皮肤巩膜黄染进行性加重 4 月, 大便白陶土色。肝轻度肿大。GPT < 40U, SB281. $5\mu\text{mol/L}$, 一分钟 SB148. $1\mu\text{mol/L}$, AFP < $20\mu\text{g/L}$ 。B 超、CT 示: 肝门部癌肿, 肝内胆管扩张。行 PTCD 术, 一周后 SB 降至 $249\mu\text{mol/L}$, 一分钟 SB 降至 $126\mu\text{mol/L}$ 。二周后行 THAI 术。辅以退黄, 支持等药物治疗。术后病情稳定, 黄疸减轻。

例 2. 男, 53 岁。皮肤巩膜黄染进行性加重 2 月, 大便白陶土色。肝轻度肿大, 腹水征 (+)。SB486 $\mu\text{mol/L}$, AFP188. $7\mu\text{g/L}$ 。CT 示: 肝门部癌肿, 总胆管阻塞, 肝内胆管扩张, 腹水。行 PTCD 术, 并辅以退黄, 支持等药物治疗。一月后行 THAI+THAE 术, 术后症状改善, 腹水消退, 黄疸明显减轻。SB141. $3\mu\text{mol/L}$, 一分钟 SB73. $9\mu\text{mol/L}$ THAI+THAE 术后二月内行外科内转流术。

讨 论

肝门部原发癌肿, 特别是肝胆管上皮癌肿, 为梗阻性黄疸的重要原因之一。临床以进行性黄疸为主要表现, 而癌肿本身生长缓慢, 远处转移少, 确诊时常属晚期, 失去手术根治机会。致死原因多为长期胆管梗阻致淤胆性肝硬化, 肝功能衰竭死亡。对这类病人, 治疗上应及时缓解黄疸, 减轻肝损, 辅以支持治疗, 再行抗癌。本文 2 例经过 PTCD 退黄及全身支持治疗后, 再行 THAI (或加以 THAE) 治疗, 其结果确改善了病情。例 2 并经 II 期手术, 将外引流改为内引流, 得以生活自理。

PTCD 在明确病变部位、大小、范围及性质上很有帮助, 对不能手术的晚期肝癌病员, 目前介入化栓治疗是一公认的有效措施。故对肝门部癌肿, 双介入疗法有延长生存, 提高生存质量的效果, 并可为 II 期手术创造条件。

作者单位: 200072 上海铁路局中心医院