

经皮腓静脉穿刺插管造影诊断下肢静脉疾病

王建平 朱世平 曲奎山 侯鲁强 孙秋德 王 扬

下肢静脉造影是诊断下肢静脉系统疾病的重要方法,同时也是确定手术方法的重要依据。现将 1990 年以来我们陆续开展的经皮腓静脉穿刺插管造影,资料较完整的 50 例报告如下。

资料与方法

一、临床资料

男性 41 例,女性 9 例。年龄 21~62 岁。左侧病变 36 例,右侧 12 例,双侧病变 2 例。全部病例均有不同程度的患肢胀痛,浅静脉曲张。全部病例均行足背浅静脉穿刺之顺行造影后行经皮腓静脉穿刺插管造影。

二、造影方法

术前 15 例分钟肌注安定及地塞米松 10mg。

术时病人取俯卧位,头高足低 45~60°,于腓窝正中线与腓窝皮肤皱纹交点外侧 5~10mm 处为穿刺点,将针斜向近侧或与肢体成 45° 角穿刺,在电视透视下注入 60% 复方泛影葡胺 50ml,自远而近或自近而远,逐个对瓣膜进行检查其形态、功能等情况,并适时点片。拔管后,局部加压 5~10 分钟后包扎,平卧 8~12

小时。

结 果

全部病例均插管成功,主要表现为不同程度的逆流性疾病及其它疾病。其中 44 例表现为瓣膜功能不全,有不同程度的逆流征象。按 Kistner 分级法显示:Ⅱ级者 11 例,Ⅲ级者 28 例,Ⅳ级者 5 例。(图 1);血栓者 2 例(图 2);无瓣膜症 2 例(图 3);双股静脉 1 例(图 4);海绵状血管瘤 1 例(图 5)。

讨 论

一、关于经皮腓静脉穿刺插管造影的诊断价值,经皮腓静脉穿刺插管造影,是向近端插管顺血流方向,亦是顺行造影中的一种,其价值在于它能避免逆行插管造影所致瓣膜的损伤;能弥补逆行造影时,因股浅静脉第一对瓣膜正常的,而不易检出远端瓣功能的不足。并可对每对瓣膜进行检查,观察其全貌,从而表明了一些过去无法解释的病理现象^[1]。因此当常规逆行造影显示股浅静脉第一对瓣膜功能良好时,但下肢有静脉高压的临床表现时,并不能排除下



图 1(左) 右下肢第二对瓣膜功能不全造影剂逆行,逆流程度Ⅲ级

图 2(中) 右股静脉远端血栓形成,表现为充盈缺损。

图 3(右) 右股静脉无瓣膜症

作者单位: 264002 (烟台)解放军第一〇七医院

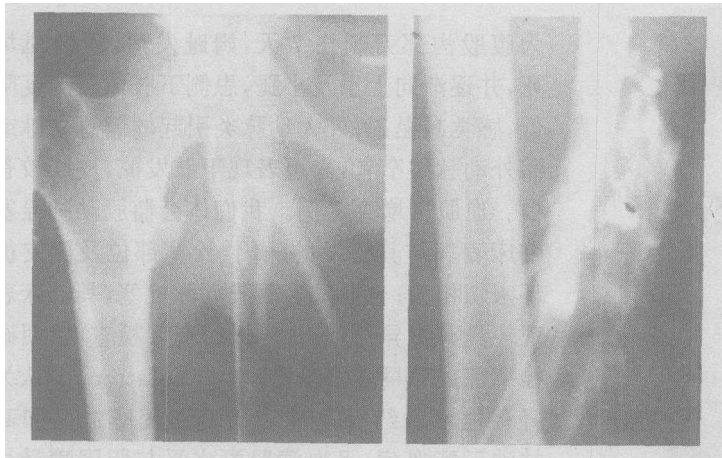


图 4(左) 右股静脉

图 5(右) 右股静脉瓣膜功能不全伴海绵状血管瘤

肢深静脉倒流性病变的存在,则可应用此方法以提高病变的检出率。

二、适应证与禁忌证

1. 所有慢性下肢静脉疾病均可行深静脉顺行造影,但通过顺行造影有腘静脉、股静脉血栓形成,完全或不完全阻塞者不可行腘静脉穿刺插管造影。2. 有严重心、肾、肝功能不全者及碘过敏者禁忌。

三、临床价值

能通过对逐对瓣膜的检出情况,针对致病

的原因,选择合适的治疗方法,如对下肢深静脉倒流性疾病,可采用肌祥瓣术以制止深静脉血液倒流。适用于原发性下肢深静脉瓣膜功能不全,血栓形成后完全再通及先天性无瓣膜症等。对股浅静脉第一对瓣膜轻度关闭不全,可采用瓣膜修复术和包瓣术等。

参考文献

1. 唐寅清,等。下肢静脉瓣膜的结构及倒流性疾病病因研究。前卫医药杂志 1993;1:16。

髂股动脉栓塞的造影诊断

杨永岩 林 茂 吴纪瑞

髂股动脉栓塞国内并不少见,但是血管造影诊断报道甚少^[1],我们报告 3 例,并就其临床表现,及造影诊断进行探讨。

病例报告

例 1 男,48 岁,行异体肾移植术后 4 年,2 天前下蹲站起后突发性右下腹疼痛,伴少尿于 1990 年 6 月 16 日入院。查体:腹部无压痛及反跳痛,移植肾光滑,血肌酐 1258.4mmol/L。急诊行右侧髂动脉数字减影血管造影,示髂外动脉迂曲,髂总动脉管腔不规则,长 5cm 段;髂内

动脉长 4cm 段不规则向心性狭窄,远端呈鸟嘴状闭塞(附图),移植肾动脉主干及分支未显影;旋股内侧动脉分支增粗、迂曲和延长。造影诊断(1)右髂内动脉栓塞,(2)多发性大动脉炎。行血栓清除术见右髂内动脉腔内血栓长 4cm,延伸至移植肾动脉主干,并清除髂内动脉 1.5×0.4cm 硬化斑块。病理诊断血栓形成。

例 2 女,36 岁,因肾性高血压行自体肾移植术 1 年 9 个月,9 天前突感右下腹疼痛,无尿,于 1990 年 6 月 26 日转入我院。查体:血压 16/12kPa,腹软,右下腹移植肾区压痛,肾缩

作者单位:350001 南京军区福州总医院