

碍、发热等,均属正常栓塞反应,多于一周内缓解消失。但偶可因栓塞剂的直接损伤作用致颌面皮肤坏死,广泛性病变完全栓塞后可发生咽旁水肿压迫气管,均需特别处理。

五、并发症的预防及处理

(一) 认真观察分析造影图像 栓塞前须明确判定病变血供来源、血供丰富与否、存否“危险吻合”,颈总动脉有无粥样硬变。

(二) 选择适当栓塞剂 选择栓塞剂及其用量应依栓塞目的、病变性质、血供程度、导管尖端的位置、设备条件及操作能力等条件决定,选择一种或多种并用。

(三) 导管尖端置于适当的栓塞位置 进行 TCAE 时,导管尖端释放栓塞物的位置对能否成功栓塞并避免并发症具有重要的意义。对于颈外动脉单一分支对病灶供血者,应将导管尖端超选择插入该供血支内,但不宜太深入,否则导管完全阻断血流,栓塞物难以随血流进入病变血管床;如插入太浅,则导管极易滑出,误栓正常分支。对于颈外动脉多支供血者,应将导

管尽可能分别超选择插管,困难时则将导管置于供血动脉开口,利用病变窃血、供血动脉流速快、流量较大的特点缓慢、低压,间断推注栓塞剂。

(四) 栓塞过程中的监视 TCAE 应于透视追踪下进行,栓塞前推注造影剂明确导管尖端的位置、判定推注压力,栓塞中密切观察血流速度的改变,相应调整推注压力,防止返流。栓塞后复查造影前应回吸导管,防止导管内栓塞物残留。

(五) 栓塞术中及术后的临床监护 栓塞中应密切观察病人反应,了解肢体活动情况。术后应主动下病房观察病人,以便早期发现并发症,及时处理。一旦发生并发症,应积极配合临床医生进行溶栓及扩血管等方面的处理。Vries 等报道 13 例面瘫经处理后,6 例完全恢复,6 例部分性恢复,1 例成为永久性面瘫。张志愿等报告 1 例面瘫经治疗 8 个月后恢复 80%,右上肢单瘫 1 例经扩血管药物治疗 10 天后逐步恢复,1 月后基本复原。

简 讯

应北京医科大学临床介入放射学研究所所长杨仁杰教授的邀请,美国宾夕法尼亚大学医院著名介入放射学教授 Constantin Cope 来北京医科大学第三临床学院进行了为期三天的学术交流研讨活动。研讨会(1995 年 10 月 29~11 月 1 日)期间,采用 Cope set 器械对 2 例肝硬化并门脉高压上消化道出血患者进行了 TIPSS 术,对 1 例严重多发性大动脉炎腹主动脉钙化右肾动脉狭窄的患者进行了 PTR 治疗,并均获成功。Cope 教授作了有关 TIPSS、TCPS(经

皮经腔静脉门体分流术)及胆道的介入放射学的学术报告。与会者对 Cope set 器械、21G 无损伤性肝静脉穿刺针、灵巧的“T”型管等介入产品表现出浓厚的兴趣。这次学术交流研讨会对促进学术交流,增强中美介入放射学界的双边合作关系有着积极的意义。国内北京、南京、上海、新疆等地的部分放射学同行及北医三院的部分内外科医师参加了此次学术交流活动。

(玄祖旗 黄俊)