

旧导管、旧注射器筒等。

(二)造影剂加热问题往往被人们所忽视。单靠室温温度是不合乎要求的。尽管 MARK-IV 设计了加温装置,但由于注射器外套筒太厚,很难起到加温效果。笔者认为:造影前不管采用何种方式,都必须把造影剂加热到标准温度 37°C 左右,要做到随用随抽,以防造影时温度下降,影响注入速率的准确性。我们的经验是,只要造影时造影剂温度能控制在 30°C 以上,都能获得

令人满意的造影图像。

(三)建立各类导管的登记制度。详细记录导管的各个参量,尤其要确认导管的最大允许压力限和最大注入速率,做到心中有数,最大限度地、安全地发挥导管的功能。

(四)总之,在满足诊断的情况下,尽量选择短而内径大、有端孔、多侧孔的导管及低浓度加温后的造影剂做造影检查,这是保证造影质量和安全不可忽略的问题。

血管内治疗基底动脉瘤并发短暂双目失明 1 例

黄求理 宋侃侃 施建国 姜智葡

1996 年 1 月~1997 年 5 月,作者采用血管内栓塞术治疗脑动脉瘤 4 例和动静脉畸形(AVM)7 例,其中 1 例基底动脉瘤术后并发双目失明,经治疗痊愈出院,报道如下。

患者,男、41 岁,因头痛伴恶心 6 天,以蛛网膜下腔出血(SAH)入院。CT 平扫示脚间池局限性出血,一月后 MRI 和 MRA 发现基底动脉瘤,出血征象不明显。DSA 示基底动脉分叉部动脉瘤,直径约 8.1mm,呈类圆形,边缘不光整,立即行动脉内栓塞治疗(图 1)。采用 BALT 3F/2F 微导管、MDS 和 TERUMO 0.014 导丝顺利将一个直径 7mm Spirale 放入动脉瘤腔内,造影证实瘤腔完全闭塞。患者术后头痛,一直闭目,2 小时后发现双目失明,只有 30cm 距离光感。复查栓塞术后造影片,两侧大脑后动脉(PCA)明显痉挛(图 2)。术后 5 小时再椎动脉

造影显示右 PCA 血管纤细,左 PCA 只有主干少量显影,疑远端血管闭塞。立即在椎动脉内注射尿激酶 2 万 u,并在左 PCA 深入插管证实该动脉通畅,在该动脉内注入尿激酶 2 万 u,患者光感增强,1 米距离可见手指移动。再造影示血管痉挛相仿,又在右椎动脉内分别注入利多卡因 50mg,立其丁 5mg 和尼莫通静滴(0.9% N.S. 500ml 内加入尼莫通 10mg, 40 滴/分)舒张血管,使用地塞米松和甘露醇抗脑水肿。观察 5 小时,患者症状和体征无改善,脑血管痉挛相仿。回病房继续舒血管、降颅压和抗感染治疗。患者术后 17 小时双眼恢复视力,有复视;41 小时完全恢复正常,伴头痛和高热,无神经功能缺失症状和体征。术后 3 天 CT 检查无脑梗塞征象,2 周痊愈出院。

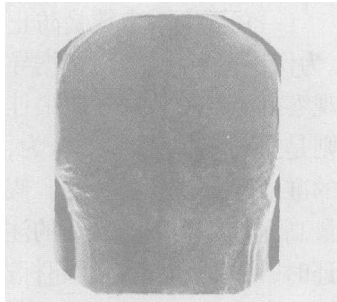


图 1 基底动脉分叉部动脉瘤,直径约 8.1mm,呈类圆形。

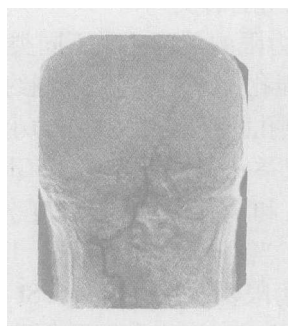


图 2 动脉瘤栓塞术后,两侧大脑后动脉痉挛。

作者单位:315010 浙江省宁波市第一医院