

有其它血供参与,但支气管动脉的供血比例大^[1]。因此,BAE 对大咯血治疗是安全、有效、操作简便的方法。从文献报道看,即时止血效果可达 80%~90% 左右^[2]。本文总的即时止血率在 96.7%,与文献报道相似,但 BAE 后复发率在 11%~22.8%,本文总的复发率为 19.4%,其原因主要与原发疾病、栓塞剂及栓塞技术有关^[2]。本文 6 例复发中,3 例为支气管动脉栓塞后再通;3 例为肺结核患者;病灶与周围血管形成侧枝循环,均与上述原因有关。

二、GS 与 ST 联用的优点与操作要点

明胶海绵(GS)由于其价格便宜,止血效果确切,易于制备和操作,在栓塞剂中应用最为广泛,在 BAE 治疗时也是如此。我们采用直径 1mm 大小颗粒进行栓塞,栓子能够进入小的病灶血管使之栓塞,减少侧支循环的形成。且分布均匀,又能避免液体栓塞剂所致的广泛支气管粘膜坏死,即使发生,也是局限和表浅的,不会有严重后果,本文病例无此类并发症。但 GS 在一定时间内会被吸收,而使栓塞的血管再通,使大咯血栓塞治疗后复发率高,本文有 3 例复发在单纯 GS 栓塞组,为血管再通所致。有鉴

于此,我们考虑将其长期栓塞剂真丝线段(ST)联用,来防止血管再通,其原理就是 ST 为永久性栓子,不能被吸收,同时 ST 栓子位于支气管动脉主干,避免了血流直接与 GS 接触和冲刷,使栓不被吸收,而使再通不能发生,本文 GS+ST 组,没有一例因再通而复发,2 例复发均为侧枝循环形成。与单纯 GS 组比较复发率,经统计学处量 $P < 0.01$,有非常显著的差异。但单纯用 ST 栓塞,容易造成不均匀栓塞,效果并不理想。为了避免误栓造成严重并发症,在操作时要注意几点:①造影后仔细阅片,了解有无异常血管,如动静脉瘘、脊髓动脉等;②导管口必须在动脉内固定,必要时行超选择插管;③要在严密监视下缓慢推注,特别是在栓塞后期、防止返流。④真丝线段栓塞到支气管动脉主干中远端即可,不要太近动脉入口,以免返流,脱落造成误栓。

参 考 文 献

- 1 李麟荪主编《临床介入放射学》. 南京:江苏科技出版社. 1994. 310-312
- 2 陈晓明. 支气管动脉栓塞术治疗大咯血. 国外医学临床放射学分册. 1990, 2: 76.

• 病例报道 •

经皮穿刺摘除软组织深部异物一例

肖承江 周建辉 文娟

采用 PLD 器械经皮穿刺摘除软组织深部异物,经检索国内外尚无同类文献报道,报告如下。

患者,男,40 岁。主诉一月前右侧臀部在睡眠中不慎刺入一缝衣针,因行走和改变体位使异物逐渐加深,有时出现剧痛,曾在多家医院摄片发现右臀软组织深部有一金属异物残留。近日右侧臀部疼痛加剧前来我院就诊。检查右臀部压痛,无红肿,无发热及其它全身症状。本院 X 光片示:右侧臀部软组织深处有一金属异物,长约 3.5cm,粗 1.5mm,如缝衣针状,远端近髂骨外骨膜。位置不固定,并随体位改变而发生变化。

手术经过:患者俯卧位,局部皮肤严格消毒,铺巾,用 2% 的普鲁卡因 10ml 局麻穿刺点皮肤及皮下组织,皮肤切开 5mm,用 PLD 穿刺针在 X 光定位下穿刺于异物一端,进针时避开坐骨神经,通过正侧位透视确定穿刺针刺中异物后,并依次套入一组扩张针及金属鞘,然后扒出扩张针,术者一手固定金属鞘,一手用髓核钳摘除异物,经二次钳夹取出异物,时间约 18 分钟。术中患者无其它不适,术后皮肤切口用纱布包扎并给患者注射 TAT1500U 和适量抗生素后离院。取出异物长 3.5cm、粗 1.7mm,是缝衣针,表面锈蚀且粗糙不平。

作者单位:510317 (广州)解放军第 177 医院