

材料与方法

一、一般资料

男 7 例,女 5 例,年龄 21~54 岁,平均 36 岁。肝功能分级(Child):B 级 8 例,C 级 4 例。食管造影或内镜均显示中、重度食管静脉曲张,重度 9 例,中度 3 例。12 例均有呕血、黑便史及不同程度之腹水。其中 5 例有过 2 次出血性休克史,3 例已行单纯脾切术,所有患者均插有三腔气囊止血管。

二、介入方法

使用日本岛津 1300mA 导管床、电视监视系统,日本 Terumo 公司的泥鳅导丝、6F 导管鞘,5F、6F Cobra 导管和 3F SP 微导管。其中 1 例脾切术后患者行 TIPSS 钢圈栓塞胃冠状静脉,其余 11 例均先行经皮经肝门静脉造影、测压,将 6F 导管超选入迂曲扩张之胃冠状静脉开口处,造影证实出血部位后,缓慢抽出约 100ml 血液自同时经股动脉插入肠系膜上动脉之 5F 导管内注入,再将垂体后叶素液体滴管连接 5F 导管,以 0.05~0.075U/min 速度滴入。经 6F 导管灌注 50% 葡萄糖 60ml 于曲张之食管、胃底静脉内,而后用明胶海绵 10~20 条单纯栓塞 3 例,经 6F 内 3F SP 同轴导管用无水酒精、明胶海绵颗粒及鱼肝油酸钠混栓 8 例,栓后三腔气囊减压 30'~60' 观察无再出血,并手推造影剂证实靶血管栓塞满意,再行测压。根据门静脉测压结果,11 例中 9 例再将 5F 导管自肠系膜上动脉退出超选择入脾动脉分支,用明胶海绵 2mm×2mm×2mm 大小颗粒约 40~80 粒行部分脾动脉栓塞术。

结 果

一、12 例中 11 例食管、胃底静脉栓塞后造影显示靶血管均完全闭塞,曲张静脉消失。

二、11 例食管、胃底静脉栓塞前后门脉压差平均增大 0.35kPa;而 9 例加脾动脉部分栓塞术后门脉压又平均下降 0.65kPa;而 1 例 TIPSS 后门脉压下降 1.2kPa。

三、脾动脉栓塞后根据血流速度预测及半月后 B 超、CT 复查,脾栓塞面积达 60%~80%。

四、本组 1 例脾切术后而行 TIPSS 止血者,一个月后死于肝衰;另 1 例脾切患者经皮肝穿不顺,栓塞过程中心跳停止,抢救好转,但术后仍有出血,经内科治疗两个月死亡;5 例术后 2~4 个月内择期行断流加分流术,术后恢复良好,即食管静脉曲张显好转,肝功能分级好转。另 5 例术后随访半年无再复查。

讨 论

一、急诊介入栓塞治疗的应用价值和意义。

急性肝硬化性上消化道大出血患者常伴休克,经皮经肝直接穿刺门静脉造影加测压对出血的定位、定性有很大价值。本组 12 例造影发现造影剂外溢至胃底部 7 例,外溢至食管下段 5 例,迅速确定出血部位,立即栓塞出血静脉。同时根据造影显示门静脉宽度,门脉压及静脉曲张程度,可预测栓后再出血之可能性,提示栓塞后仍须进行外科断流加分流术联合治疗。本组 15 例术后 2~4 个月内分别进行了断流加分流术,取得了良好效果^[1]。经门静脉抽血注入肠系膜上动脉并经肠系膜上动脉内滴入垂体后叶素,目的是临时减低门脉压力^[2],利于破裂出血的胃底静脉、食管静脉栓塞,尽快达到止血目的;再栓塞部分脾动脉目的是使部分脾实质发生梗塞机化,实施血液功能性分流^[3]。

二、并发症

除 1 例 TIPSS 术后患者死亡于肝衰、肝性脑病,1 例肝穿不顺利,出现心跳停止,抢救好转,术后再出血外,本组 9 例术后均有不同程度之上腹部疼痛、发热,约持续 2 周左右,经对症处理,抗菌消炎,保持水电解质平衡,症状很快消失,考虑为脾梗死反应。无其它并发症发生。

参 考 文 献

1. Lang EV, Picus D, Marx MV, et al. Massive arterial hemorrhage from the stomach and lower esophagus: impact of embolotherapy on survival. Radiology, 1990, 177: 249-252.
2. A Jenkins, S Becher, A Pilote, et al. Br Sur J, 1995, 73: 1009-1011.
3. 王希锐编著. 介入放射学问答. 北京:人民军医出版社, 1994. 8.

• 临床经验 •

双介入治疗下肢深静脉血栓

张建魁 孙勇志 张跃轩 桑向阳 刘学品 刘彬 宁桂芹

深静脉血栓多发于下肢,以单侧多见,多见于外伤,手术后,感染及动脉粥样硬化等原因。传统治疗方法是以全身用药及外科手术取栓法,但疗效均不能令人满意,我院自 1995 年至 1998 年,采用双介入溶栓治疗深静脉血栓效果较满意,现报告如下。

材料与方法

一、一般资料

本组 12 例,男 2 例,女 10 例。年龄 38~76 岁,平均年龄 52 岁,病程 3 天~30 天,本组 12 人均左侧下肢血栓。9 例诱因为手术,另 3 例不明原因。主要临床表现,患侧肢体肿胀,皮肤颜色异常,皮温降低,活动受限,均伴不同程度病变

部位疼痛。

全部病历经 B 超与健侧股静脉穿刺插管髂股深静脉造影,确诊为下肢深静脉血栓形成。

方 法

12 例均采用经健侧股静脉插管于左髂总静脉开口处手推造影,明确血栓部位,将导管头置于血栓部,给予尿激酶 80 万 U,于 20 分钟注入并注入复方丹参 2ml×40 支,低分子右旋糖酐,并造影观察效果后插管,并与治疗后 12 小时经患侧足背静脉推注尿激酶 30U,加生理盐水 30ml 于 20 分钟推完,同时于患侧踝关节上方和膝关节下方各扎止血带一条,同时静脉给予低分子右旋糖酐 250ml,复方丹参 16ml,肝素钠 $12500\text{U} \times \frac{1}{2}$ 支,并口服肠溶阿斯匹林;藻酸双酯钠片,治疗期间注意观察凝血酶原时间,根据凝血酶原时间调整抗凝药物,如病人有牙龈出血及血尿与皮肿出血点应停止治疗。

结 果

12 例均经静脉溶栓,2 例术后肿胀消失,皮色变正常,下肢活动自如,10 例临床症状均显著改善,但静脉未完全通畅,后者采用经足背静脉推注尿激酶,2 周左右,临床疗效均接近正常。技术成功 100%,全部病例未见出血及无严重并发症,随访三个月,肢体恢复正常或接近正常,无再肿胀。

讨 论

静脉血栓多见于下肢深静脉,多与肢体活动受限,血液

的高凝状态,手术后卧床,下肢炎症,外伤,左髂总静脉受压和粘连结构等有关。近年来,随着介入放射的发展,动脉内溶栓技术的成熟,经导管溶栓术引入到深静脉血栓,取得明显的治疗效果。

静脉溶栓时尿激酶用量为 80 万~100 万,半小时内注入血栓部位,溶栓药物首先进入病变静脉段,局部药物浓度高,溶栓效果好,全身副作用小,并随导管注入,复方丹参 2ml×40 支,可扩张血管,解除痉挛,提高疗效。

以往对下肢深静脉导管溶栓效果,按静脉血栓疗效进行评定,即阻塞血管开通程度,我们认为静脉血栓尤其是髂股深静脉血栓,虽起病急症状重。但髂总静脉完全阻塞时,可能经历一个较长血栓形成过程,部分血栓可能是新鲜,部分是陈旧(附壁、机化等)。而对陈旧血栓,溶栓效果往往较差,在经健侧插管患侧溶栓后 12 小时,患侧肢体肿胀,均有不同程度的改善,便于在患侧足背静脉再行推注尿激酶,增强选择置管疗效,也能作为置管治疗不满意的一个很好补充,因两侧注入尿激酶,短时间内能使局部药物浓度保持较高水平,加强其溶栓效果。

溶栓疗效主要根据临床症状,完全消失,或有轻度肿胀,但不影响功能及关节运动,本组无一例发生出血及肺梗塞,说明本疗法完全,对患侧肢体深静脉血栓、局部双向尿激酶高浓度,使血栓呈双向蚕食样逐渐溶解,较单一方向效果好。本法创伤小,操作方便,为下肢深静脉血栓形成的治疗开创一条新途径。

· 临床经验 ·

急性心肌梗死介入与溶栓治疗的比较

王伊倩 金惠根 顾水明 金立仁 陈万春 梁寿彭

80 年代后,急性心肌梗死(AMI)治疗有了快速进展,以主动地恢复梗死区相关血管的灌注来替代被动地保存残存心肌的治疗措施,其中静脉溶栓和急诊介入治疗是两个主要手段,我们对 32 例 AMI 病人,根据病情,采取不同的治疗,现报告如下。

材料与方法

一、临床资料

32 例中,男性 21 例,女性 11 例。年龄 37~68 岁,平均 58 岁。临床均有持续心绞痛 15 分钟以上,其中部分病人含服硝酸甘油不缓解,EKG 显示相邻导联 ST 段在胸导联抬高 $\geq 0.2\text{mV}$,肢导联 $\geq 0.1\text{mV}$,心肌酶谱均升高,32 例中,广泛前壁心肌梗死(心梗)2 例,前壁心梗 11 例,前间壁心梗 7 例,下壁心梗 7 例,右室加下壁心梗 5 例。

二、方法

32 例中,30 例先行静脉溶栓治疗。其中,9 例溶栓失败者和 2 例未溶栓者行急诊介入治疗。溶栓方法:参照中华心血管杂志编委会制定的参考方案^[1]。但溶栓时间延长至 12 小时,分别应用尿激酶 150 万单位,链激酶 150 万单位和栓体素 50mg 各 10 例,90 分钟和 2 周行冠脉造影来评判血管是否再通。其中 90 分钟时造影 23 例。介入疗法:直接经皮腔内冠脉球囊成形术(PTCA)2 例,立即 PTCA 3 例,补球性 PTCA 6 例。基本手术程序内常规 PTCA,一般首选较柔软导引导丝,如不能通过狭窄处,再用较硬导丝。根据梗塞血管直径选择球囊,尺寸为 F 1,扩张压力以狭长腰消失后再加 2 个大气压,持续扩张 60~90 秒。扩张不满意 2 例,植入冠脉内支架(CS)。术后口服抗聚灵,阿斯匹林等药物。

结 果

一、即刻疗效