

解,且半衰期短,出血的危险相对较低,较少过敏,可反复使用,是较好的溶栓剂之一。我们采用尿激酶进行溶栓治疗,取得了较好的疗效。

本组病例脑血管造影主要表现为 Theron^[2] II 型和 II 型,因为 II 型累及血管均为末梢,血管壁对缺血敏感,常很脆弱,容易发生再通后出血,因此要求越早溶栓越好,能挽救那些处于半缺血状态的神经元,减少梗死的范围。本组病例 15 例再通者发病时间为 1~4h 者 13 例,4~6h 者 2 例,且造影显示为 II 型。可见,当脑梗死者就诊后应尽早缩短检查时间,或者边检查边准备溶栓手术,手术操作要熟练,快速使导管到位,尽早给药,争取较好的疗效。

本组病例实行接触性溶栓,即:(1)导管接触血栓的近心端;(2)导管置于血栓内;(3)导管越过血栓。这样既增加了尿激酶与血栓的接触面以加速血栓的溶解,又因导丝及导管在越过血栓的机械作用,破碎了血栓,建立了血液流向远端的通道,减少了下游血管供应范围内神经元的缺血时间。另外,对因血液滞留造成的末梢血管内可能形成的微小血栓的溶解,以及溶解操作过程中脱落至远端的栓子也有帮助。结果表明接触性溶栓是有效的,且见效快。

溶栓剂尿激酶的用量各报道不同,有主张小剂

量和大剂量之争^[3-6]。这也许与栓子的大小和形成的时间有关。本组最少用量为 15 万 U,最大用量为 125 万 U,大部分控制在 50~75 万 U 以内。未发生大的脑血肿。我们的实践表明,溶栓后神经功能恢复主要在 24h 之内(约 70% 的病人评分增加 50 分以上),24h 之内变化小者,以后亦没有多大变化(尽管有后续的内科治疗)。总之,超早期的动脉内尿激酶接触性溶栓是急性脑梗死治疗的比较安全有效的方法之一。

参 考 文 献

1. 贺茂林,陈清棠. 溶栓治疗急性脑梗塞的现状和进展. 国外医学. 脑血管疾病分册, 1995, 3: 186-190.
2. 凌锋主编. 介入神经放射学. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 209-203.
3. 杜德坤,叶更新,刘廉,等. 应用尿激酶介入性治疗急性脑血栓疗效观察. 广东药学院报, 1997, 13: 97-99.
4. 徐淦良,夏晓,陈谋森,等. 超选择性动脉内灌注尿激酶治疗急性缺血性脑梗死临床观察. 临床神经病学杂志, 1997, 10: 177-179.
5. 张生林,牛争平,魏利华. 大剂量尿激酶溶栓治疗急性脑梗塞的研究. 山西医药杂志, 1997, 26: 347-349.
6. 南光贤,刘百川,王利平. 急性脑梗塞 20 例动脉溶栓治疗临床研究. 中风与神经疾病杂志, 1997, 14: 363-364.

(收稿日期: 2000-04-11)

• 病例报道 •

畸形大动脉内导管打结解结成功一例

葛彪 杨树明 耿宪明 高永芝

患者,男 65 岁,患左肺中央型肺癌,病灶位于左肺门偏下。取右侧股动脉穿刺,用 Cobra 5F 导管 C₃ 型,未使用导管鞘,采用 Seldinger 技术。当 0.035in 导丝进入约 40cm 处受阻,电视透视见导丝呈盘曲改变,即进入 5FC₃ 型导管加强导丝硬度,继续插进导丝,导管通过迂曲血管,但又见腹主动脉畸形。将导管头置于降主动脉内相当于左主支气管投影处,退出导丝,旋转导管尾端寻找靶血管。开始旋转几次导管头端移动,尔后不移动,推注造影剂并非靶血管,再旋转几次仍不见导管头端移动,加压仍无法推注造影剂。电视透视见右侧髂动脉内导管打结,结长约 5cm,结中间似绳样。试图以股动脉壁为阻力点解开结,但不成功。将导管打结部退回到

髂动脉内宽大处,改用白泥鳅硬导丝加控制手柄,固定导管尾端,逐渐插进白泥鳅导丝并旋转导管尾端,透视见结渐渐被打开。

超选择插管治疗肿瘤或血管性病变,若是用 5F 以下细导管容易产生大血管内导管打结,若遇大血管畸形则更容易产生。我们的体会: 1. 尽可能使用导管鞘或带金属网的导管; 2. 一旦发生导管打结,千万不能硬拉导管,防止结越拉越紧; 3. 仔细了解打结的形态,再插入超滑白泥鳅硬导丝,用控制手柄,每次插入不宜大于 15mm,透视观察结的形态变化,调整导管导丝; 4. 手法要轻,防止导管被折断。

(收稿日期: 2000-03-10)

作者单位: 223600 江苏省沭阳县中医院