

min),当发生自发性 VT 时,ICD 不能察觉(原设置 VT 频率范围 170 ~ 220 次/min),经调整 VT 检出频率范围 150 ~ 160 次/min 后,2 次成功地采用 ATP 方式抑制了 VT。因此,熟悉其识别指标是十分必要的。例 3 查询 ICD 储存的心电资料显示 2 次非持续性 VT,未满足 ICD 治疗标准,但在随访中发生 1 次晕厥,ICD 无心脏相关事件记录,一般认为,对 VT/VF 患者 ICD 未发放或延迟发放治疗的常见原因有(1)ICD 未能感知(2)ICD 识别指标未适当选择(3)对 ICD 治疗选择的程控失误^[4]。该例是否与患者服用胺碘酮有关,使 VT 频率减慢,未达到识别与治疗标准,目前已调整 VT 检出频率正在随访观察。故术后定期随访至关重要,通过程控仪遥测贮存资料,可以了解心律失常发作和治疗情况,酌情及时调整 ICD 工作参数。

本文认为植入型心律转复除颤器是一种治疗恶性快速室性心律失常安全、有效的方法,加强随访,

及时、合理地调整 ICD 相应参数是发挥 ICD 功效的重要一环。

参 考 文 献

- 1 抗心律失常药物与植入型除颤器临床试验研究组. 抗心律失常药物与植入型除颤器对致命性室性心律失常复发患者治疗比较. 中华心律失常杂志, 1998, 2: 67-72.
- 2 Goldberger JJ. Treatment and prevention of sudden cardiac death: effect of recent clinical trials. Arch Intern Med, 1999, 159: 1281-1287.
- 3 Bocker D, Haverkamp W, Block M, et al. Comparison of d,l-sotalol and implantable defibrillators for treatment of sustained ventricular tachycardia or fibrillation in patients with coronary artery disease. Circulation, 1996, 94: 151.
- 4 陈新, 陈柯萍, 田青, 等. 植入型心律转复器治疗. 陈新, 孙瑞龙, 王方正, 主编. 临床心电生理和心脏起搏. 北京: 人民卫生出版社, 1997, 1973-2090.

(收稿日期: 2002-05-06)

· 临床经验 ·

肝静脉闭塞经颈静脉成形术三例

赵传林 蒋梓龙 刘琛志

肝静脉闭塞作为布-加综合征的一种特殊类型, 由于病理变化复杂, 情况各异, 成为治疗上的难题之一。近期我院遇到 3 例, 均经颈静脉途径穿刺开通成功并扩张成形, 取得满意效果。现报道如下。

病例介绍

病例 1 女, 33 岁。腹胀、纳差 3 年。体检示肝脾肿大、腹水, 胸腹壁浅静脉曲张。曾多数误诊为“肝硬化”, 给予利尿剂治疗效果不佳。超声 Doppler 检查示肝段下腔静脉狭窄, 宽约 0.8cm, 右肝静脉宽约 1.5cm, 且近心端无血流充盈, 中肝及左肝静脉均显示欠佳。2001 年 11 月 23 日行下腔静脉造影, 见肝段下腔静脉不规则狭窄, 右侧壁见指状充盈缺损(图 1)。12d 后, 经右颈静脉穿刺引入 Rups-100 穿刺针, 经上腔静脉、右心房至下腔静脉, 直接穿刺造影所见的充盈缺损, 有减压感并见针尖进入肝实质后, 拔除针芯, 手推造影剂造影可见扩张的右肝静脉

(图 2)。引入超硬交换导丝, 以穿刺针外鞘管对隔膜创口进行硬扩张, 交换直径 20mm 球囊导管进一步扩张成形。造影复查示右肝静脉开放良好。



图 1 造影示肝段下腔静脉狭窄, 右侧壁见充盈缺损



图 2 经颈静脉途径行右肝静脉穿刺开通成功

病例 2 男, 13 岁。因间歇呕血、黑便 20d 住院治疗。体检: 肝肋下 2cm, 脾肋下 3cm。住院后给予止血治疗, 3d 后呕血及黑便停止, 但腹胀明显并进行性加重, 腹围增加, 腹水征阳性。胃镜检查示食管静脉曲张, CT 检查提示布-加综合征。超声 Doppler

检查见肝段下腔静脉宽约 0.6cm,右肝、中肝及左肝静脉远心段分别宽 0.8、0.6 和 0.4cm,近心端均未显示。2001 年 12 月 8 日行下腔静脉造影,示肝段下腔静脉狭窄,右侧壁可见 2 个三角形突出阴影(图 3)。以 Cobra 导管钩挂并手推造影证实为肝静脉开口呈残根状(图 4)。随继经右颈静脉穿刺,以 Rups-100 穿刺针对肝静脉开口进行穿刺,成功开通中肝静脉(图 5)。扩张成形术同例 1。

病例 3 女,41 岁。腹胀、纳差、乏力 8 个月。查体:肝脾肿大、腹水征阳性。超声 Doppler 检查示右肝静脉细小,血流缓慢,中肝静脉远心段宽约 1.4cm,血流经左肝静脉入下腔静脉。2002 年 1 月 22 日行下腔静脉造影,示肝段下腔静脉不规则狭窄,管壁光滑(图 6)。以 Cobra 导管探查肝静脉未成功。9 日后,分别穿刺右股静脉、右颈静脉,经上、下两途径插管进一步探查肝静脉仍无结果。遂经皮经肝以 22G 干叶针行肝静脉造影,见中肝静脉显影,但口部闭塞,而与左肝静脉相交通(图 7)。将减影图像转换为非减影状态,确定肝静脉口部位置,然后经颈静脉引入 Rups-100 穿刺针直接穿刺。开通成功后造影,显示粗大中肝静脉(图 8)。扩张成形同上 2 例。

讨 论

布-加综合症的病理基础是肝段下腔静脉阻塞和(或)肝静脉阻塞。既往学者多注重下腔静脉的处理,而对肝静脉的研究较少。近 10 年来,国内部分学者已在治疗肝静脉阻塞方面做出了许多有益探索^[1-3],已形成了经颈静脉、经股静脉、经皮经肝结合经颈静脉 3 种基本途径行肝静脉穿刺开通术。每种途径分别用于处理不同类别的具体情况。一般认为,经颈静脉入路,路径弯曲大,导丝导管很难插入严重狭窄或闭塞的肝静脉口,使大部分肝静脉阻塞得不到相应治疗。但通过对本组 3 例肝静脉完全闭塞的治疗,我们认为,经颈静脉途径应用 Rups-100 穿刺针直接穿刺,穿刺方向与肝静脉主干走行容易取得最小夹角,成功率并不低,而创伤相对较小,操作更为方便快捷。

经颈静脉途径行肝静脉穿刺开通术成功的关键,在于穿刺点和穿刺方向的选择。要想确定合适的穿刺点,首先应明确所要开通的肝静脉近心端的开口位置。本组例 1、例 2 均在下腔静脉造影图像上显示了肝静脉开口的间接表现。例 1 显示的充盈缺损,实际上是肝静脉开口处的隔膜由于肝静脉内



图 3 造影示肝段下腔静脉狭窄,右侧壁可见 2 个三角形突出影



图 4 导管钩挂显示肝静脉根部



图 5 经颈静脉途径穿刺开通成功



图 6 造影示肝段下腔静脉狭窄,管壁光滑。导管钩挂未寻及肝静脉

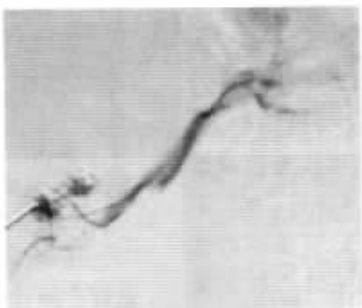


图 7 经皮经肝穿刺造影显示中肝静脉

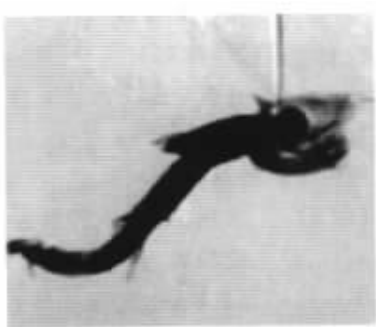


图 8 经颈静脉穿刺开通成功

压大于下腔静脉而向下腔静脉内膨出形成的影像^[4]。因此,直接穿刺此充盈缺损即可开通肝静脉。例 2 造影图像上向外突出的三角形阴影,为肝静脉狭窄闭塞的口部残迹,经 Cobra 导管探查已证实,此处穿刺容易成功。本组第 3 例在造影无肝静脉痕迹、经 Cobra 导管探寻肝静脉无结果的情况下,通过经皮经肝细针穿刺显示肝静脉,从而为穿刺点的选择提供了依据。为提高穿刺开通成功率,避免过多的肝实质创伤,选择适当的穿刺方向也同样重要,主要依据术前肝脏超声检查结合造影表现来确定。开通右肝静脉,穿刺方向应向右后下方(例 1),开通中肝静脉则向右前下方(例 2,例 3)。

对于肝静脉和副肝静脉均阻塞的病例,只要其中的 1 支肝静脉和副肝静脉主干穿刺开通并保持通畅即可取得肯定疗效^[5]。本组 1 例只开通右肝静脉,2 例仅开通中肝静脉,疗效均甚满意,腹水完全

消退时间分别为 7、2 和 4d,症状也随之消失。

综上所述,经颈静脉途径行肝静脉成形术的优点显而易见,有望成为治疗肝静脉闭塞的主要方法。选择正确的穿刺点和穿刺方向,对提高技术成功率、减少并发症至关重要。

参 考 文 献

- 1 崔进国,张书田,冯艳姣,等. Budd-Chiari 综合征造影血流动力学变化与介入治疗方法的选择. 介入放射学杂志, 1996, 5: 78-81.
- 2 徐克,赵钟春,韩铭钧,等. 肝静脉阻塞型 Budd-Chiari 综合征的介入治疗. 中华放射学杂志, 1995, 29: 469.
- 3 祖茂衡,徐浩,顾玉明,等. 经皮经肝和经颈静脉行肝静脉成形术. 介入放射学杂志, 1997, 6: 2-6.
- 4 徐浩,祖茂衡,顾玉明,等. 双隔膜性 Budd-Chiari 综合征的介入治疗. 介入放射学杂志, 1997, 6: 13-15.
- 5 崔进园,冯艳姣,张书田. 节段性狭窄闭塞 Budd-Chiari 综合征的介入治疗. 中华放射学杂志, 1996, 30: 614.

(收稿日期 2002-03-14)

· 临床经验 ·

选择性子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤

梁君 杨士彬 陈廷聪

子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤, 30~50 岁妇女发病率高达 20%, 是导致妇科非急症出血的最常见原因^[1,2]。传统治疗方法包括子宫切除术,平滑肌瘤摘除术,肌瘤溶解术,冷冻和激素治疗。我科自 1999 年 2 月至 2001 年 8 月采用经皮动脉穿刺超选择性栓塞双侧子宫动脉治疗 21 例子宫肌瘤患者,疗效显著。现报道如下。

材料与方 法

一、一般资料

本组 21 例,经临床病史、妇科检查、B 超检查确诊为子宫肌瘤。年龄 33~54 岁,平均 40 岁。21 例均已婚,且有健康子女。多数以月经量增多,或经期延长就诊。病程 5 个月~9 年,平均 3.1 年。均有不同程度的贫血,血红蛋白(Hb) 65~106g/L,平均 98g/L。21 例中肌壁间肌瘤 10 例,黏膜下肌瘤 5 例,浆膜下肌瘤 2 例,多发性肌瘤 4 例。

二、治疗方法

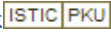
(一) 术前准备 ①血液常规及肝肾功能检查,

心电图,胸透(或摄胸片)检查;②术前 3d 常规碘伏阴道擦洗 2 次/d;③术前 1d 静脉输注广谱抗生素;④术前行碘过敏试验,腹股沟区备皮;⑤术前 6h 禁水、禁食;⑥术前 30min 排空膀胱。

(二) 使用器材 美国产 OEC-9600 小型 C 臂数字减影血管造影(DSA)机,Angiomat 6000 高压注射器,5F-Cobra 导管,栓塞剂为直径 250~355 μ m 聚乙烯醇(PVA)+明胶海绵颗粒。

(三) 栓塞方法 ①局麻下,经右侧股动脉穿刺 Seldinger 技术置入 5F 导管鞘,将导管超选择插至双侧髂内动脉,使用 50% 复方泛影葡胺行 DSA 检查,确认子宫动脉及子宫肌瘤部位后,做双侧子宫动脉超选择性插管;②再次造影进一步确认导管进入子宫动脉后,将 2% 盐酸利多卡因 4ml、庆大霉素 16 万 U、PVA 颗粒与造影剂的混合物,透视下经子宫动脉缓慢注入,待血流缓慢后用明胶海绵颗粒加强栓塞,栓塞剂的用量因人而异,可根据术中瘤体血供情况及血管直径适量选用,以完全阻断子宫动脉血流为宜;③将导管超选择插入另一侧子宫动脉,重复上述操作;④术后对症治疗及常规予以青霉素 800

肝静脉闭塞经颈静脉成形术三例

作者：[赵传林](#)，[蒋梓龙](#)，[刘琛志](#)
作者单位：[252000, 山东省聊城市人民医院](#)
刊名：[介入放射学杂志](#) 
英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年，卷(期)：2002，11 (4)
被引用次数：0次

参考文献(5条)

1. [崔进国](#). [张书田](#). [冯艳姣](#) [Budd-Chiari综合征造影血流动力学变化与介入治疗方法的选择](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 1996 (02)
2. [徐克](#). [赵钟春](#). [韩铭钧](#) [肝静脉阻塞型Budd-Chiari综合征的介入治疗](#) 1995
3. [祖茂衡](#). [徐浩](#). [顾玉明](#) [经皮经肝和经颈静脉行肝静脉成形术](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 1997 (01)
4. [徐浩](#). [祖茂衡](#). [顾玉明](#) [双隔膜性Budd-Chiari综合征的介入治疗](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 1997 (01)
5. [崔进园](#). [冯艳姣](#). [张书田](#) [节段性狭窄闭塞Budd-Chiari综合征的介入治疗](#) 1996 (09)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200204019.aspx

授权使用：[qkahy \(qkahy\)](#)，授权号：[3f097f57-e14c-48be-8e69-9e38016480d0](#)

下载时间：2010年11月24日