

· 经验介绍 ·

示踪图在膜型布-加综合征介入治疗中的运用

张春成, 李虹, 李中华

经皮腔静脉成形术(PTA)已成为治疗布-加氏综合征较为行之有效的方法^[1]。其中示踪图(map mode)的运用大大缩短了手术时间和并发症的发生。

材料与方 法

一、材料

患者 17 例,男 7 例,女 10 例,年龄为 23~56 岁,平均 35 岁,B 超均显示下腔静脉完全膜型阻塞,腰静脉、奇静脉扩张,临床上不同程度腹胀、腹痛、乏力、腹水、肝脾肿大、消化道出血、下肢浮肿等,予行下腔静造型及 PTA 治疗。

二、方法

(一)诊断性造影 患者均仰卧于造影床上,股静脉穿刺,送入 6F 猪尾巴导管于阻塞段以下接上高压注射器以 8 ml/s、压力 150 磅、行常规下腔静脉造影,均显示肝静脉以上完全膜型阻塞。再从右锁骨下静脉穿刺,送入 6F 猪尾巴导管,置于阻塞段以上。

(二)示踪图设置方法及运用 选踩透视,留下一幅透视图像,照射野包括阻塞段上下猪尾巴管末端及右心房。移动计算机鼠标将示踪图中的 off 设置为 100%,保持位置不变,踩透视脚闸,施术医师同时从 2 支猪尾巴管在透视下快速推入造影剂,操作技师在造影剂浓度显示最高时松开脚闸,再踩脚闸时,示踪图就会出现在屏幕上(图 1)。以下的手术过程都在此示踪图指引下进行。

(三)手术过程 股静脉换上长鞘管,破膜针塑形后送到阻塞段下,顶住隔膜中央,针头方向对准右心房,在示踪图指引下轻轻用力穿刺破膜,直到针头通过阻塞进入右心房,造影证实后,通过破膜针,送入导引导丝通过右心房置于上腔静脉,通过导引导丝送入小球囊置于阻塞段中央,推入造影剂予扩张(图 2),再用与腔静脉直径相应大小的大球囊,反复扩张数次(图 3),直到阻塞段完全扩张到腔静脉尺寸大小为宜,撤出球囊作下腔静脉造影(图 4),如有附壁血栓,必要时可行支架植入,直到效果满意,撤出导管,鞘管,局部压迫包扎,手术结束。

(四)术后处理 球囊扩张成形术后创面和异物易导致血小板沉积和血栓形成,再狭窄,术前 3 d 至术后 3 个月口服肠溶阿司匹林 50 mg,每日 3 次,术后 3 d 行 30008000 U 肝素化治疗。



图 1 示踪图

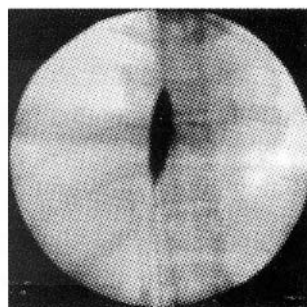


图 2 小球囊插入阻塞段

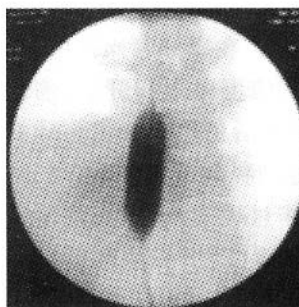


图 3 增加扩张球囊内造影剂

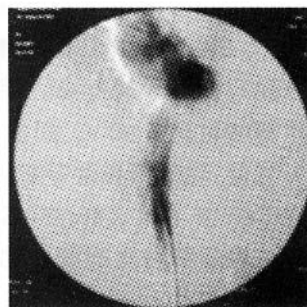


图 4 撤出球囊后造影

结 果

17 例膜性布-加氏综合征患者在示踪图指引下在破膜穿刺时有 1 例误穿入到心包内,但没有引起明显心包积液,与普通透视下介入相比,大大减少了手术并发症的发生。

讨 论

膜性布-加氏综合征以往在行介入治疗时,都是在普通透视下行破膜针破膜。经常会出现穿刺针误穿,造成了不必要的痛苦和创伤。通过示踪图的运用,减少了并发症的发生,缩短了手术时间,减少了患者的痛苦和 X 射线照射剂量,延长机器寿命。

参 考 文 献

- [1] 徐克.布-加综合征介入治疗技术操规范初步方案.介入放射学杂志 2002,11:314-316.

(收稿日期 2004-04-12)

示踪图在膜型布-加综合征介入治疗中的运用

作者: [张春成](#), [李虹](#), [李中华](#)
作者单位: [453000, 河南省新乡解放军371医院放射科](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2005, 14(3)
被引用次数: 0次

参考文献(1条)

1. [徐克](#) [布-加综合征介入治疗技术操规范初步方案](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2002

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200503042.aspx

授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 0259ff88-3c66-4f70-a724-9e2f00fb71bf

下载时间: 2010年11月15日