

动脉血流重建。总结直接封闭锁骨下动脉开口的条件为:只要 Willis 环左后交通动脉通畅,即可直接封堵左锁骨下动脉开口,此时左后脑区域的血液供应来源于颈动脉系统。如果单凭优势供血而不加分析的加做颈部辅助手术,不仅增加了操作和风险,也增加患者负担。另一个可能的并发症是急性上肢动脉缺血。理论上该风险确实存在,但临床观察左锁骨下动脉封闭后的病例,多数仅有左上肢乏力,脉搏消失,而急性坏死的情况并未出现,原因可能是颈肩部大量的分支血管可代偿供血,维持肢体活力。而随着时间推移,代偿能力不断增强,肢体力量还可以逐渐恢复,因而,上肢缺血的后果并非一定严重。如果出现失代偿情况,可后续行左颈总动脉-左锁骨下(或腋)动脉旁路术。

2.3 注意事项

本手术采用了室间隔封堵器。如能根据术前评估的结果定制规格,可能效果更佳。尤其顶帽偏心的结构更适合局部解剖状况。手术次序是:首先植入封堵器,但保持封堵器和推送导丝不分离。然后经股动脉植入覆膜支架,释放并定位于预定位置后再将封堵器与推送导丝分离,这样可防止封堵器脱落移位。操作过程中还须注意,导引覆膜支架的导丝不能穿入封堵器网孔。预防措施是先以软导丝在弯头导管(如多功能导管、椎动脉导管、Cobra 导管

等)导引下通过主动脉弓,避开封堵器,再交换超硬导丝,导引覆膜支架到位。

综上所述,应用封堵器联合覆膜支架和弹簧钢圈的“三介入法”,可替代传统的开胸直视下锁骨下动脉瘤切除手术,具有明显的微创效益,操作比较简单,降低了手术风险。该方法还可适用于靠近主动脉的颈总动脉瘤或无名动脉瘤。

[参考文献]

- [1] Niinami H, Aomi S, Chikazawa G, et al. Progress in the treatment of aneurysms of the distal aortic arch: approach through median sternotomy [J]. J Cardiovasc Surg (Torino), 2003, 44: 243 - 248.
- [2] Dake MD, Miller MC, Semba CP, et al. Transluminal placement of endovascular stent-grafts for the treatment of descending thoracic aortic aneurysms[J]. N Engl J Med, 1994, 331: 1729 - 1734.
- [3] 赵 珏. 胸主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术中多种移植应用体会[J]. 中国医学影像技术, 2001, 17: 1138.
- [4] Inoue K, Sato M, Iwase T, et al. Clinical endovascular placement of branched graft for type B aortic dissection[J]. J Thoracic Cardiovasc Surg, 1996, 112: 1111 - 1113.
- [5] Bergeron P, Coulon P, De Chaumaray T, et al. Great vessels transposition and aortic arch exclusion [J]. J Cardiovasc Surg, 2005, 46: 141 - 148.

(收稿日期:2007-06-29)

·临床研究 Clinical research·

支气管扩张大咯血 DSA 特点及栓塞治疗

徐国斌, 刘骏方, 胡金香, 龙清云

【摘要】 目的 探讨支气管扩张(支扩)大咯血病变动脉 DSA 表现特点及栓塞治疗疗效。**方法** 35 例支扩大咯血患者,参考胸片、CT 等影像资料行选择性支气管动脉及其他目标血管 DSA 检查,根据造影表现行病变动脉栓塞治疗,栓塞材料为 PVA 和(或)明胶海绵颗粒(条),术后随访疗效。**结果** ① DSA 表现:病变血管单独为支气管动脉占 74.3%,合并非支气管体循环动脉 22.9%,单独为非支气管动脉 2.9%,异常动脉数量为 1~5(平均 1.8)支/例。显示出血直接征象 25.7%,间接征象 100%。② 栓塞情况及疗效:栓塞 34 例共 61 支病变血管;应用微导管 16 例。1 例 3 d 内栓塞 2 次无效,3 个月内复发 4 例,3 个月后复发 2 例,栓塞治疗总有效率为 85.3%,复发率为 20.6%,无脊髓损伤等严重并发症。**结论** 支扩大咯血 DSA 检查阳性率高,参考造影特点行选择性病变动脉栓塞治疗安全性好,疗效确切。

作者单位:430071 武汉大学中南医院放射介入科

通讯作者:徐国斌

【关键词】 支气管扩张;咯血;数字减影血管造影;栓塞

中图分类号:R562.22 文献标识码:B 文章编号:1008-794X(2008)-04-0280-04

DSA findings and bronchial arterial embolization of bronchiectasis with massive hemoptysis XU Guo-bin, LIU Jun-fang, HU Jin-xiang, LONG Qing-yun. Department of Interventional Radiology, Zhongnan Hospital, Wuhan University, Wuhan 430071, China

【Abstract】 Objective To explore DSA findings curative measures and effects of bronchial arterial embolization (BAE) of bronchiectasis with massive hemoptysis. **Methods** 35 patients with massive hemoptysis due to bronchiectasis were performed selective bronchial arterial DSA and BAE referring to image data of chest plain film and CT. Embolic materials were polyvinyl alcohol (PVA) and/or gelatinum sponge particles. Curative effects were followed-up for 3 months to 3 years. **Results** ① DSA revealed bronchial artery as being the only abnormal vessel accounted for 74.3%, bronchial artery combined with nonbronchial systemic artery as 22.9% and only non-bronchial artery involved 2.9%. Abnormal vessel number was 1 - 5 (mean 1.8) per case. Direct and indirect bleeding sign was displayed as 25.7% and 100% respectively. ② Curative and embolization effects were shown as 61 target vessels of 34 patients being embolized and total effective rate reaching 85.3%; of which 16 cases were adopted super-selective technique, 1 case was failure of stopping bleeding for two times within 3 days, 4 cases recurred within 3 months and 2 cases recurred over 3 months; with recurrent rate of 20.6%, but no serious complications such as spinal cord injury. **Conclusions** DSA examination and selective BAE of bronchiectasis with massive hemoptysis could provide high positive angiographic features and reliable curative effect. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 280-283)

【Key words】 Bronchiectasis; Hemoptysis; Digital subtraction angiography; Embolization

支气管扩张(支扩)大咯血是临床常见急症,内科治疗常难以控制,外科手术创伤和风险大,并受病变范围和患者自身体质等诸多因素限制。近年来,介入栓塞治疗大咯血以其确切疗效逐渐被临床接受^[1-3]。支扩患者由于病程长、病变范围广、合并胸膜肥厚等因素,出血动脉比较复杂。熟悉其 DSA 表现特点对于选择合适的栓塞方法,提高疗效并减少并发症具有重要的意义。分析我院 35 例支扩大咯血患者 DSA 表现特点,评价相应介入治疗疗效。

1 材料和方法

1.1 一般资料

2002 年 1 月 - 2006 年 10 月我院明确诊断为支扩大咯血患者 35 例,男 22 例,女 13 例;年龄 22 ~ 77 岁。其中单侧病变 28 例,双侧 7 例,合并不同程度肺部感染 17 例,并胸膜肥厚粘连 6 例。反复咯血病史 1 个月 ~ 40 年(平均 4.5 年),其中 1 年以内 8 例,1 ~ 5 年 18 例,5 年以上 9 例。24 h 咯血量为 300 ~ 1 200 ml(平均 580 ml)。患者均因内科保守治疗无效而行介入治疗。

1.2 方法

1.2.1 DSA 检查及栓塞方法 应用 Philip V 3 000 型 DSA 机,根据影像资料提示的病变部位、范围及有无胸膜肥厚,按顺序确定可能供血的支气管动

脉、肋间动脉或胸廓内动脉等血管。对比剂为非离子型碘海醇。术中咯血或不能配合者为争取抢救时间采用手推法减影。对于反复寻找未显示支气管动脉或造影表现与病变不符合者,引入猪尾巴导管行主动脉造影并扩大寻找范围。

分析造影表现,根据有无脊髓动脉显示、支气管动脉粗细、走行、是否合并支气管动脉-肺循环瘘等情况,采用不同插管方式。对于与支气管动脉共干的肋间动脉发出明确或可能的脊髓动脉需要避开,导管头不易固定者均选择同轴微导管技术。栓塞材料主要采用明胶海绵颗粒(直径 1 mm)、300 ~ 700 μ m PVA 微粒,必要时辅以明胶海绵条,由末梢血管至主干逐级栓塞。对于支气管动脉-肺循环瘘者尽可能以适合大小的微粒先堵塞口,肋间动脉供血者以栓塞主干及较粗分支为主。术中透视密切监视栓塞剂流向,观察患者呼吸循环及肢体感觉运动功能。

1.2.2 术后处理及随访 术后应用止血药物 2 ~ 3 d,继续抗感染治疗,观察止血情况及有无并发症出现并给予对症处理。疗效评价标准为显效:治疗后无新鲜血液咯出,3 个月内无复发;有效:治疗后咯血量减少,经内科治疗止血,且 3 个月内无复发;无效:咯血较治疗前无明显改善。

随访时间为 3 个月 ~ 3 年(平均 14 个月),复

发病例行再次造影及栓塞治疗。

2 结果

2.1 供血动脉特点

35 例中病变血管单独为支气管动脉者 26 例, 占 74.3%, 合并非支气管体循环动脉者 8 例, 占 22.9%。其中肋间动脉 7 例, 胸廓内动脉 1 例; 非支气管动脉 2.9%(1/35)。异常动脉数量为 1~5 支(平均每例 1.8 支)。明确或可疑脊髓动脉显示者

7 例(20.0%)。

2.2 病变血管表现

9 例显示出血直接征象(25.7%), 表现为对比剂呈斑片状、点状外溢, 或对比剂勾画出支气管腔轮廓。35 例均显示间接征象, 包括支气管动脉主干增粗、迂曲(30 例, 85.7%); 分支增多紊乱达中外带肺野并呈串珠状或网织状(34 例, 97.1%); 假性动脉瘤(1 例, 2.9%); 支气管动脉-肺动脉或肺静脉瘘(10 例, 28.6%)(图 1)。

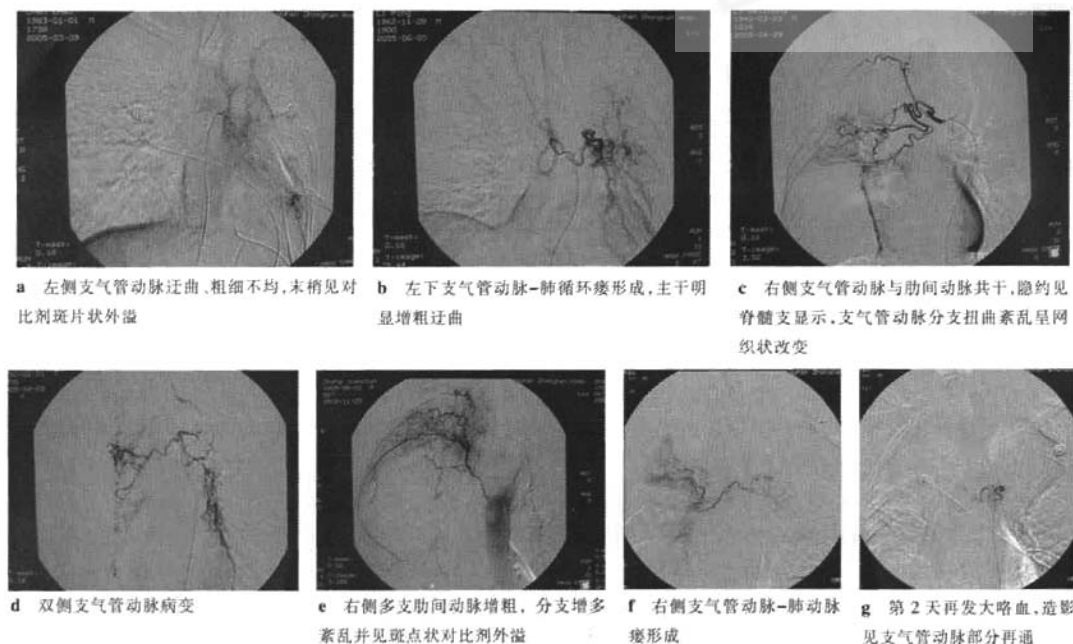


图 1 病变血管表现

2.3 栓塞情况及疗效

1 例因支气管动脉极度迂曲无法避开脊髓动脉而改行外科手术, 余 34 例均顺利行栓塞治疗。共栓塞病变血管 61 支, 16 例采用微导管, 多数即刻止血或 1 周内咯血明显减少、停止。1 例合并支气管动脉-肺动脉瘘, PVA 栓塞第 2 天复发, 再次造影显示瘘口部分再通, 栓塞后仍不能止血改行肺叶切除术。栓塞术后 1 个月内复发 3 例, 造影显示病变血管再通 2 例(单纯明胶海绵栓塞), 漏栓 1 例, 再次栓塞后咯血停止。2.5 个月复发 1 例, 2 例术后 11 个月、18 个月再发咯血, 造影证实为侧支血管形成或合并感染未控制所致。本组病例栓塞治疗总有效率为 85.3%(显效 73.5% + 有效 11.8%), 复发率 20.6%(近期 11.8% + 中远期 8.8%)。

2.4 并发症及处理

患者术中咽喉不适、轻度胸闷胸痛, 术后短期低热 20 例, 沿肋间动脉走行皮肤红肿疼痛 3 例, 经对症治疗后症状消失, 未出现脊髓损伤等严重并发症。

3 讨论

3.1 支扩咯血 DSA 表现特点

支扩是临床难治性咯血的主要病因之一。咯血主要来源于支气管动脉分支, 但部分支扩患者患病时间长, 肺部改变明显, 出血血管趋向于复杂。术前常规胸片、CT 检查可了解病变部位、范围、合并胸膜肥厚等情况, 为介入插管提供指导。对于急症患者, 尤其需要快速准确地找到病变血管。DSA 检查由于消除了骨骼软组织干扰, 可清晰显示病变血管的形态、走行及有无脊髓动脉显影, 在咯血的诊断与栓

塞治疗中作用显著。本组病例异常血管多为支气管动脉,但有近三分之一患者存在其他体循环动脉,主要是肋间动脉的异常,一般出现在病变范围广泛合并严重肺部感染或胸膜肥厚粘连者。因此,造影检查时宜首先探寻双侧支气管动脉,根据病变部位范围、胸膜改变进一步寻找邻近肋间动脉、胸廓内动脉等血管,以免遗漏。

对比剂呈斑片状或点状向血管腔外溢、支气管轮廓勾画为出血的直接征象,通常显示率约 20%^[4]。直接征象显示率低主要因为咯血患者多接受了长期反复的强力止血药物治疗,造影检查时出血动脉处于收缩状态。因此,间接征象亦能提示咯血病变,更具有实际指导作用。本组全部患者或多或少出现间接征象,以支气管动脉主干增粗迂曲、外围细小分支末梢增多紊乱呈串珠状、网织状改变最多。近三分之一患者显示支气管动脉-肺循环瘘,多为出血量较大内科治疗疗效极差的患者,可能与药物缺乏从根本上封闭瘘口的作用有关。假性动脉瘤仅见于 1 例患者。

3.2 栓塞治疗策略及疗效

对发现出血的支气管动脉或异常血管逐一栓塞是成功治疗咯血的关键,避免栓塞剂流向正常血管是减少并发症的前提。栓塞材料以明胶海绵、PVA 最常用,将栓塞剂溶于 30%对比剂内透视监视下缓慢间歇推入,直至病变血管消失,短段主干存留为止。多数学者认为,单用明胶海绵或栓塞不完全再通复发率较高,主张以 PVA 微粒先栓塞末梢分支,再用海绵条栓塞主干^[9]。对于肋间动脉、胸廓内动脉的栓塞应选择明胶海绵条或稍大颗粒,以免末梢栓塞造成供血组织缺血坏死。支气管动脉由于管径细小,走行迂曲,加之患者躁动配合差,管头有时不易固定,易引起栓塞剂反流,可采用同轴微导管或 2 名操作者密切配合。对于与支气管动脉共干的肋间动脉或病变肋间动脉发出脊髓动脉时,应采用微导管超选择插管以避免脊髓动脉损伤。支气管动脉-肺循环瘘形成是早期复发或疗效差的主要原因之一^[6],应高度重视该征象,尽可能根据瘘口大小、部位先堵瘘。支气管动脉与肺静脉形成较大瘘口者,小规格的栓塞剂可能进入体循环引起异位栓塞。但对于支气管动脉行程扭曲或外围较大瘘口者,管头常难以接近瘘口部位而造成栓塞失败。本组 1 例支气管动脉-肺动脉瘘患者短期咯血复发,造影显示瘘口存在,出血动脉部分再通,再次栓塞治疗仍不能控制出血,考虑栓塞剂经瘘冲刷或合并

肺动脉出血可能。

本组病例在详细血管造影基础上,采用 PVA 及明胶海绵颗粒(条)为主要栓塞剂,针对异常供血动脉情况,栓塞 34 例,治疗总有效率达 85.3%。但也有一定的复发率,早期复发主要与病变血管再通、漏栓及支气管动脉-肺循环瘘不易控制有关,中后期复发病例主要是因为侧支血管形成或感染未能有效控制^[7]。

3.3 并发症及防治

栓塞术后患者可有不同程度的低热、咽喉不适、胸闷胸痛,一般经对症处理短期可缓解。脊髓损伤及异位栓塞是最严重的并发症,应给予高度重视。采用微导管超选择插管及术中细心操作可降低其发生率。一旦发生脊髓缺血症状,应给予积极的扩容、抗凝、激素等治疗。多数患者可恢复正常。

应用选择性支气管动脉栓塞治疗支扩大咯血创伤小,安全性高,疗效确切。详细的 DSA 检查及对病变血管的分析可为栓塞方法选择提供直接依据,尽可能采用 PVA 等长效栓塞剂及超选择栓塞可提高疗效、减少并发症。由于介入治疗仅能控制出血,因此需加强原发病治疗,预防控制肺部感染。对于造影检查显示不适合栓塞或栓塞后反复发生咯血的患者应争取手术治疗。

【参考文献】

- [1] 杨秋红,吕维富,许实成,等.经皮穿刺栓塞术治疗支气管扩张合并急性大咯血[J].医学影像学杂志,2002,12:432-434.
- [2] 李奋保,杨瑞民,张铭秋,等.介入治疗大咯血的临床应用[J].介入放射学杂志,2005,14:130-131.
- [3] 范勇,尹保全,韩炳森,等.肺结核与支气管扩张症咯血的支气管动脉栓塞治疗[J].介入放射学杂志,2005,14:582-584.
- [4] 陈国东,陈胜利,赵子文,等.支气管扩张性咯血动脉血供的 DSA 研究和临床意义[J].实用医学杂志,2005,21:1419-1420.
- [5] 吕良山,刘亚民,马清涌,等.聚乙烯醇加明胶海绵栓塞支气管动脉治疗大咯血 46 例临床分析[J].第一军医大学学报,2005,25:422-423.
- [6] Kato A, Kudo S, Matsumoto K, et al. Bronchial artery embolization for hemoptysis due to benign diseases: immediate and long-term results [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2000, 23: 351-357.
- [7] 陈晓明,罗鹏飞,周泽健,等.咯血患者导管栓塞治疗后复发的原因分析[J].临床放射学杂志,2004,23:336-339.

(收稿日期:2007-06-20)

支气管扩张大咯血DSA特点及栓塞治疗

作者: [徐国斌](#), [刘骏方](#), [胡金香](#), [龙清云](#), [XU Guo-bin](#), [LIU Jun-fang](#), [HU Jin-xiang](#),
[LONG Qing-yun](#)
作者单位: [武汉大学中南医院放射介入科, 430071](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) **ISTIC** **PKU**
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2008, 17 (4)
被引用次数: 2次

参考文献(7条)

1. [杨秋红](#), [吕维富](#), [许实成](#) [经皮穿刺栓塞术治疗支气管扩张合并急性大咯血](#) [期刊论文] - [医学影像学杂志](#) 2002 (12)
2. [李奋保](#), [杨瑞民](#), [张铭秋](#) [介入治疗大咯血的临床应用](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2005
3. [范勇](#), [尹保全](#), [韩炳森](#) [肺结核与支气管扩张症咯血的支气管动脉栓塞治疗](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2005
4. [陈国东](#), [陈胜利](#), [赵子文](#) [支气管扩张性咯血动脉血供的DSA研究和临床意义](#) [期刊论文] - [实用医学杂志](#) 2005 (21)
5. [吕良山](#), [刘亚民](#), [马清涌](#) [聚乙烯醇明胶海绵栓塞支气管动脉治疗大咯血46例临床分析](#) [期刊论文] - [第一军医大学学报](#) 2005
6. [Kato A](#), [Kudo S](#), [Matsumoto K](#) [Bronchial artery embolization for hemoptysis due to benign diseases: immediate and long-term results](#) 2000
7. [陈晓明](#), [罗鹏飞](#), [周泽健](#) [咯血患者导管栓塞治疗后复发的原因分析](#) [期刊论文] - [临床放射学杂志](#) 2004

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [胡章良](#), [刘斌](#), [陈维钧](#), [黄承胜](#), [田礼义](#) [肺泡灌洗加体位引流预防支气管扩张再感染与咯血的研究](#) - [中国内镜杂志](#) 2007, 13 (2)
目的 研究肺泡灌洗加体位引流预防支气管扩张再感染与咯血的临床疗效. 方法 将260例支气管扩张患者随机分为A、B、C、D 4组, 每组65例. A组予以肺泡灌洗加体位引流治疗; B组采用肺泡灌洗治疗; C组采用体位引流治疗; D组常规治疗组在急性感染与咯血控制后不做任何处理. 4组均观察5年. 结果 A、B、C、D 4组预防支气管扩张再感染与咯血的5年复发率分别为10. 77%、67. 70%、26. 16%和69. 23%, A组与B组、C组、D组疗效比较差异有显著性 ($P<0. 01$), C组与B组、D组疗效比较差异有显著性 ($P<0. 01$), 而B组与D组疗效比较差异无显著性 ($P>0. 05$). 结论 肺泡灌洗加体位引流预防支气管扩张再感染与咯血的疗效显著, 且安全, 患者易接受, 值得临床推广应用.
2. 期刊论文 [张德明](#), [张华庆](#) [酚妥拉明加立止血治疗支气管扩张咯血疗效观察](#) - [现代临床医学](#) 2005, 31 (4)
目的: 探讨支气管扩张咯血的止血治疗效果. 方法: 对我院2000年1月至2003年12月收治的支气管扩张咯血192例随机分为两组. 治疗组92例, 采用酚妥拉明加立止血治疗; 对照组100例, 采用脑垂体后叶素治疗, 其余治则两组同. 结果: 治疗组总有效率97. 8%, 对照组总有效率76. 0%, 疗效比较具有显著差异 ($P<0. 05$). 结论: 酚妥拉明加立止血治疗支气管扩张咯血较传统脑垂体后叶素疗效优、副作用少, 可作为内科治疗支气管扩张咯血的首选方案之一.
3. 期刊论文 [林材元](#), [赵子文](#), [曾军](#), [钟维农](#), [黄子诚](#), [陈胜利](#) [超选择性支气管动脉栓塞术治疗支气管扩张咯血——附12例临床报告](#) - [新医学](#) 2001, 32 (6)
目的: 探讨超选择性支气管动脉栓塞术 (BAE) 治疗支气管扩张咯血的临床价值. 方法: 采用数字减影造影技术 (DSA) 行支气管动脉造影术 (BAG) 加超选择性BAE治疗12例经内科治疗无效或疗效欠佳的支气管扩张咯血患者. 结果: 即时停止咯血10例, 全部病例无栓塞相关的并发症. 随访2个月至18个月, 仅1例再次咯血. 结论: 应用DSA行BAG加超选择性BAE治疗支气管扩张咯血临床疗效较好, 不良反应少, 预后良好.
4. 期刊论文 [黄春香](#) [支气管扩张咯血患者护理](#) - [内蒙古医学杂志](#) 2005, 37 (2)
咯血是支气管扩张患者的典型症状之一, 即使少量咯血, 也有可能导致窒息死亡, 故及时有效的治疗和精心护理, 是抢救支气管扩张咯血患者特别是大咯血患者的关键. 为了降低死亡率, 提高抢救水平, 现对我院1996~2002年住院支气管扩张并发大咯血的患者36例的护理体会总结如下.
5. 期刊论文 [黄春香](#) [支气管扩张咯血患者的护理](#) - [现代中西医结合杂志](#) 2003, 12 (3)
咯血是支气管扩张患者的典型症状之一, 即使少量咯血也有可能引起窒息死亡, 故及时有效的治疗和精心护理, 是抢救支气管扩张咯血患者特别是大咯血患者的关键. 为了降低死亡率, 提高抢救水平, 现将对1992~1999年在我院住院的36例支气管扩张并发大咯血患者的护理体会总结如下.
6. 期刊论文 [寇焰](#), [吴之煌](#), [张晓霞](#), [Kou Yan](#), [Wu Zhihuang](#), [Zhang Xiaoxia](#) [清热凉血止血方治疗支气管扩张咯血30例临床观察](#) - [北京中医药](#) 2009, 28 (11)
目的 观察清热凉血止血方治疗支气管扩张咯血的临床疗效. 方法 采用随机数字表法将61例符合诊断标准的支气管扩张咯血患者随机分为治疗组30例和对照组31例, 在基础治疗的基础上对照组单纯应用西药肾上腺素片5 mg, 每日3次口服, 酚磺乙胺注射液0. 5g静脉滴注, 每日2次; 治疗组应用自拟清热凉血止血中药汤剂辨证论治, 均以2周为1个疗程, 观察两组的临床疗效. 结果 治疗组能有效止血和缓解临床症状, 总有效率为93. 33%, 优于对照组的70. 97% ($P<0. 05$). 结论 以中药辨证论治支气管扩张咯血有较好的疗效.
7. 期刊论文 [赵文](#) [龙胆泻肝汤合咳血方治疗支气管扩张咯血30例](#) - [成都中医药大学学报](#) 1999, 22 (4)
咯血是支气管扩张的临床常见急症, 特别是大咯血, 乃为内科急重症之一. 笔者近年来在我院急症科陈绍宏主任医师的指导下, 运用龙胆泻肝汤合咳血方治疗支气管扩张咯血急症, 取得了较好的疗效, 现将临床观察结果报告如下.
1临床资料

1. 1一般资料

本组共30例,其中住院病人治疗22例,急诊观察治疗8例;男性12例,女性18例;年龄最大者60岁,最小者19岁,平均年龄为38岁;病程1~3年者8例,3~5年者10例,5年以上者12例,最长达30年.本组中大量咯血(每日咯血量>600mL)8例,中量咯血(每日咯血量在100~500mL)10例,小量咯血(每日咯血量在100 mL以内)12例.

8. 期刊论文 [卢志芬. 李淮林. 冯双利. 垂体后叶素联合酚妥拉明治疗支气管扩张咯血5例临床观察](#) -[河北中医](#)

2009, 31 (12)

支气管扩张指感染、理化、免疫或遗传等原因引起支气管壁肌肉和弹力支撑组织的破坏而引起的中等大小的支气管不正常扩张[1],临床表现为慢性咳嗽、大量脓痰和反复咯血.支气管扩张咯血临床较常见,需及时救治.2007-05-2008-04,我们应用垂体后叶素联合酚妥拉明交替治疗支气管扩张咯血5例,结果如下.

9. 期刊论文 [王淑玲. 刘向群. 凝血酶雾化吸入治疗支气管扩张咯血疗效观察](#) -[齐齐哈尔医学院学报](#)2008, 29 (23)

目的 探讨雾化吸入凝血酶时支气管扩张咯血的疗效.方法 把92例收治的支气管扩张咯血患者随机分为对照组(44例),给予抗感染、止血敏、止血芳酸及垂体后叶素联合治疗,观察组(48例),在对照组治疗的基础上加用凝血酶500 U加入生理盐水20 mL雾化吸入,2次/日,比较两组的治疗效果.结果 观察组止血疗效明显优于对照组, $P<0.05$;两组平均止血时间比较具有显著性差异, $P<0.05$.结论 凝血酶雾化吸入治疗支气管扩张咯血疗效显著,能缩短止血时间,值得临床推广应用.

10. 期刊论文 [邓翠珍. 徐国军. 杨永英. 陈玉兰. 李瑞平. 廖锡群. 支气管扩张并咯血的围术期护理](#) -[齐鲁护理杂志](#)

2006, 12 (12)

目的:探讨支气管扩张并咯血患者的围术期护理方法.方法:对13例支气管扩张并咯血患者加强围术期护理.结果:本组治愈12例,术后无并发症,术中出血性休克死亡1例.结论:对支气管扩张并咯血患者加强围术期护理,密切监测病情变化,预防并发症发生,是保证手术成功的关键.

引证文献(2条)

1. [黄成龙. 陈博昶. 支气管动脉栓塞治疗大咯血23例](#)[期刊论文]-[疑难病杂志](#) 2010 (4)

2. [赖清. 伍筱梅. 陈永富. 任医民. 体动脉侧支血管参与咯血供血的影像学研究](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2009 (6)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfstxzz200804016.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 65acfcfd-dbe3-4d4e-a19d-9df7017991b0

下载时间: 2010年9月20日