

• 血管介入 Vascular intervention •

动脉性上消化道出血的急症介入诊疗价值和影响因素

王永利, 崔世涛, 张家兴, 汝复明, 徐家华, 徐霁光

【摘要】 目的 分析急症介入在动脉性上消化道出血诊断中的影响因素, 探讨其治疗价值。**方法** 回顾性分析 56 例动脉性上消化道出血资料。分析导管在 2 级动脉和 3~4 级动脉开口造影时出血阳性率差异; 经导管灌注缩血管药、止血剂和经导管栓塞治疗的技术成功率、临床成功率。**结果** 导管在 2 级和 3~4 级动脉开口处出血的阳性诊断率分别为 21.4%(12/56) 和 100%(56/56), 两者差异有统计学意义($P < 0.05$)。介入治疗前、后(24 h 内)平均收缩压分别为 (93.14 ± 18.63) mmHg 和 (116.84 ± 13.61) mmHg, 两者差异有统计学意义($P = 0.023$)。经导管灌注垂体后叶素和血凝酶 20 例, 技术成功率 80%(16/20), 临床成功率 55%(11/20)。再出血 9 例行微导管超选择栓塞, 7 例成功, 2 例失败, 接受手术治疗。经导管灌注血凝酶和明胶海绵条栓塞共 45 例(36 例+9 例灌注后再出血), 技术成功率 93%(42/45), 临床成功率 89%(40/45)。2 种介入治疗方法比较, 止血的技术成功率无显著差异($P = 0.058$), 临床成功率差异有统计学意义($P = 0.001$)。2 例患者栓塞后因酗酒再出血, 血管造影显示原出血动脉闭塞; 1 例患者仅行胃、十二指肠动脉灌注和栓塞, 死于动脉性门脉高压所致食管胃底静脉曲张大出血(肝动脉-门静脉瘘)。**结论** 急症介入能快速发现出血部位并有效控制出血, 是急性上消化道动脉性出血的有效诊疗手段; 出血的诊断率、止血的技术成功率和临床成功率受多重因素影响。

【关键词】 上消化道出血; 血管造影; 介入治疗

中图分类号: R573.2 文献标志码: A 文章编号: 1008-794X(2009)-06-0409-05

Acute interventional diagnosis and treatment of upper gastrointestinal arterial hemorrhage: its clinical value and influence factors WANG Yong-li, CUI Shi-tao, ZHANG Jia-xing, RU Fu-ming, XU Jia-hua, XU Ji-chong. Department of Interventional Radiology, the Tenth People's Hospital, Tongji University, Shanghai 200072, China

【Abstract】 Objective To evaluate emergent angiography and interventional management in treating massive upper gastrointestinal (GI) arterial hemorrhage, and to discuss the factors influencing the angiographic bleeding signs and the interventional therapeutic results. **Methods** The clinical data of 56 patients with massive upper GI arterial hemorrhage, who underwent diagnostic arteriography and interventional management with trans-catheter vasopressin infusion and embolization, were retrospectively analyzed. Systolic blood pressure of both pre- and post-interventional therapy was recorded and statistically analyzed. The arteriographic positive rates were separately calculated according to the catheter tip's location, being placed at the 2nd grade branch or at the 3rd - 4th grade branch of the artery, and the relation of the positive rate with the tip's location was analyzed. A comparison of the hemostatic effect between trans-catheter vasopressin infusion and trans-catheter embolization was made. **Results** The average systolic blood pressure of pre- and post-procedure was (93.14 ± 18.63) mmHg and (116.84 ± 13.61) mmHg respectively, with a significant difference ($P = 0.023$). The angiographic bleeding signs were demonstrated in 12 cases (21.4%) with the catheter's tip at the 2nd grade branch and in 56 cases (100%) with the catheter's tip at the 3rd - 4th grade branch, the difference between the two was of statistically significance ($P < 0.05$). The technical success rate and the clinical hemostasis rate of via catheter vasopressin infusion was 80% (16/20) and 55% (11/20) respectively. Of nine re-bleeding cases, seven were successfully controlled with embolization therapy by using microcatheter and two had to receive surgery because of

作者单位: 200072 上海 同济大学附属第十人民医院
脑外科(神经介入组)
通信作者: 崔世涛

arterial rupture which was proved by angiography. The technical and the clinical rates of success for transcatheter embolization therapy were 93% (42/45) and 89% (40/45) respectively. Recurrence of bleeding was seen in two patients who got drunk after the treatment. Angiography showed that the original bleeding arteries remained occluded. Gastro-duodenal artery infusion with embolization was carried out in one patient, but the patient died of massive hemorrhage due to esophago-fundal varices caused by arterial portal hypertension which was resulted from the formation of the arteriovenous fistula between hepatic artery and portal vein.

Conclusions Emergent arterial angiography and interventional therapy is an effective measure to promptly find out the bleeding site and to control the hemorrhage. The diagnostic accuracy, the revealing rate of bleeding and the therapeutic effect are influenced by multiple factors. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 409-413)

[Key words] upper gastrointestinal arterial hemorrhage; angiography; interventional therapy

急性上消化道大出血病死率约 10%。内镜治疗上消化道大出血仍有高达 25% 的病死率^[1]。血管内介入是上消化道动脉性大出血的有效诊疗手段^[2],能快速明确出血动脉、出血部位,血管内栓塞治疗可迅速止血^[3]。现将我们对上消化道动脉性大出血的急症血管内介入诊疗报道如下。

1 材料与方法

1.1 患者一般资料

回顾分析 1997 年 1 月—2007 年 3 月 56 例上消化道动脉性大出血急症介入诊疗资料。患者或经急诊科、消化内科或外科采用保守治疗失败,或因出血部位不明确、出血量大,血流动力学状态不稳定不能手术,考虑为上消化道动脉性大出血而采取急症血管内造影和栓塞治疗。男 41 例,女 15 例,年龄 16 ~ 72 岁,平均 49 岁。5 例血管造影前接受胃镜检查,其中 2 例胃镜下止血失败,3 例胃镜止血后再次大出血。所有患者均经血管造影证实为上消化道动脉性出血。

估测并记录血管造影和栓塞前后总出血量。失血量根据“急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南”(草案)规定:大出血,急性循环衰竭,需输血纠正者。一般出血量在 1 000 ml 以上或血容量减少 20% 以上。介入治疗前、后 10 d 内,连续化验血常规(术后隔日 1 次),观察血红蛋白、红细胞计数和红细胞比积变化。检测凝血功能指标,包括凝血酶原时间(PT)、部分凝血活酶时间(APTT)。记录介入术前、后输血量。

1.2 方法

1.2.1 血管造影和栓塞技术 上消化道大出血病例血管造影和动脉内栓塞术前,停用缩血管药和止血剂。采取补液、输血等扩充血容量,维持血压,纠正休克。采用改良 Seldinger 穿刺技术,穿刺股动脉,

置入 6 F 动脉导管鞘,根据血管形态、开口部位、角度和血管迂曲程度,选择不同预塑形的 5 F 造影导管,如 Rosch, Yashiro, Cobra, 或 Simmon-2 导管。在 DSA 机引导下,将导管头依次放置于腹腔动脉干、肠系膜上动脉等 2 级血管开口处,以 6 ml/s 注射速度,总量 15 ~ 20 ml/次,压力 300 psi,高压注射器注入对比剂,6 帧/s 摄片。高度怀疑动脉分支有问题时,再超选择插管至胃左、右动脉、胃十二指肠动脉、肝固有动脉或胰十二指肠动脉等 3 ~ 4 级动脉开口处造影。

动脉性出血的阳性诊断标准:上述动脉造影,当胃、肠积气,蠕动较剧,或年老、肺功能较差,血管造影时不能屏住气息,应采用“不减影”图像,动态辨别出血部位,排除胃肠气体伪影干扰。动脉早、中或晚期出现对比剂外逸、集聚或对比剂涂抹肠壁为出血阳性。出血量大时,对比剂勾勒出胃或十二指肠黏膜像,甚至随胃或肠腔蠕动,聚集的对比剂形态出现改变,可以明确诊断为动脉出血(图 1)。

通过血管造影明确出血靶动脉。在早期(1997—2002 年),发现出血部位后,在 0.035 英寸超滑导丝引导下,将 5 F 造影导管头端超选至出血动脉,栓塞海绵条(直径 1 mm)(简称栓塞组)。如 5 F 导管头端不能到位时,仅灌注垂体后叶素和血凝酶 1 ~ 2 ku(简称灌注组)。后期(2003—2007 年),多采用同轴微导管技术,将 3 F SP(日本 Terumo 公司)微导管头端送至靶血管内,以 3 ml/s 的流速,再次造影确证。栓塞前经微导管灌注血凝酶 1 ~ 2 ku,继以明胶海绵条栓塞靶血管(栓塞组),根据靶血管粗细、导管头端距出血部位远近,决定海绵条用量,栓塞全过程在透视监测下进行。见靶血管内对比剂前向流动缓慢,停止栓塞。

1.2.2 技术成功和临床成功标准以及随访 技术成功率和临床成功率等定义和判断标准,严格参照

美国介入放射协会指南(SIR)规定^[4]。前者是指栓塞结束,血管造影无新的对比剂集聚或外逸;后者定义为介入栓塞后 30 d 内,出血不再复发,或血流动力学稳定。临床成功再分为完全成功(出血症状消失);部分成功(出血症状改善),病情暂时稳定,为临床其他治疗或再次介入治疗赢得机会或时间。随访分为院内和出院随访。院内随访通常在栓塞结束,达到技术成功,病情稳定后的 5 或 7 d 至出院。出院随访在栓塞后 3 ~ 6 个月。随访手段包括:①内镜观察出血或已栓塞的血管供血区的胃壁形态学表现。发现溃疡按 Forrest 分级法进行分级:Ⅰa,有活动性喷血或大量涌血;Ⅰb,有活动性渗血;Ⅱa,无活动性出血,但可见溃疡底部血管残端;Ⅱb,无活动性渗血,仅见溃疡底部血凝块;Ⅲ,溃疡较干净,无以上表现。②组织活检作免疫组化检查。③实验室检查(如监测 Hb 和 RBC 变化)。④大便潜血试验(OB),未能门诊随访者,3 个月后电话随访,询问出院后服药情况、有无空腹痛、恶心、呕吐血样液体、大便颜色和性状改变等。

1.2.3 栓塞后并发症观察 介入栓塞的并发症分为轻度并发症和严重并发症。轻度并发症者在住院期间不需特殊处理,或仅对症治疗即能缓解、消失,出院后长时间随访不再有症状出现;严重并发症是指因并发症需要延长住院时间(超过 48 h),需要特殊治疗,或加强监护,或造成永久后遗症,甚至死亡。

1.3 资料分析

收集介入治疗前后收缩压、出血量和血红蛋白等数值变化,使用 SPSS 11.5 统计软件,均数比较用 *t* 检验;记录导管在动脉主干开口和超选至分支动脉开口处血管造影的阳性数,分析导管位置对造影阳性率的影响。记录并分析介入灌注缩血管药物和明胶海绵栓塞的技术成功率、临床成功率差异,分析介入治疗疗效的影响因素,率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床资料和血管造影

本组中 6 例患者因长期服用非甾体类消炎药致溃疡,7 例服用抗血小板聚集或抗凝药致凝血功能异常,余 43 例无明确出血诱因。血管内治疗前,24 h 出血量 500 ~ 1 600 ml,平均出血量 (798 ± 266) ml。急症胃镜下治疗 2 例失败,3 例治疗后复发。血管造影证实所有病例均为动脉源性出血。均出现不同程度眩晕、出冷汗,或黑便,甚至晕厥,收

缩压最低 50 ~ 90 mmHg 50 例,虽经补液、输血和扩容仍不能改善症状和稳定血压,介入治疗前收缩压在 50 ~ 120 mmHg,平均收缩压 (93 ± 18) mmHg。经介入治疗结合补液(5 例再出血加用输血)、扩容,患者 24 h 收缩压恢复至 100 ~ 153 mmHg,平均收缩压 (116 ± 14) mmHg,介入治疗前后收缩压比较差异有统计学意义($P = 0.023$)。血管内介入治疗前输血 33 例,输血量 2 ~ 5 u;介入治疗后输血 5 例,输血量 1 ~ 2 u,均为药物灌注后复发患者,7 例患者再接受微导管栓塞止血,2 例患者因血管极度扭曲微导管也难以到位,经血管造影明确出血部位而改急诊手术。介入治疗前 Hb 50 ~ 146 g/L,平均 (97 ± 28) g/L;介入治疗后 Hb 74 ~ 157 g/L,平均 (119 ± 23) g/L。介入治疗前后 Hb 差异有统计学意义($P = 0.041$)。

5 F 导管在 2 级动脉开口造影,出血阳性表现共 12 例,阳性率仅 21.4%(12/56)。5 F 导管或 3 F SP 微导管超选至 3 ~ 4 级动脉造影,56 例患者都有出血阳性的影像征象,阳性率达 100%(56/56)。出血动脉部位、表现等见表 1。2 级动脉开口与 3 ~ 4 级分支动脉造影的阳性率比较,差异有统计学意义($P = 0.001$)。

2.2 血管内介入治疗结果

灌注组共 20 例,技术成功率为 80%(16/20),临床成功率 55%(11/20)。灌注组 9 例复发,7 例再行微导管栓塞止血。栓塞组共 45 例(包括 9 例灌注失败再行微导管栓塞),技术成功率达到 93%(42/45)。3 例失败,其中 2 例血管迂曲,导管未到位,接受手术,另 1 例为肝动脉-门静脉瘘,未能解读出出血间接征象(图 2),仅栓塞胃十二指肠动脉,患者最终死于动脉源性门静脉高压所致食管胃底静脉曲张大出血。2 例患者出院 1 个月,因酗酒再出血住院,但血管造影显示原出血动脉未再开放,计入栓塞成功。2 例再出血,手术治疗。56 例患者 3 个月随访率 100%,6 个月时,3 例失随访,随访率为 94.6%。栓塞治疗的临床成功率为 89%(40/45),灌注加栓塞总的临床成功率达到 91%[(11 + 40)/56]。栓塞与药物灌注比较,临床成功率差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 栓塞并发症

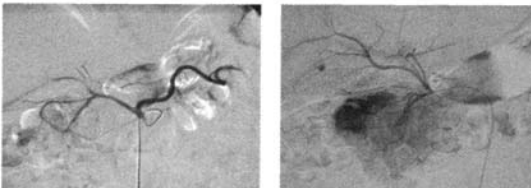
灌注术中,因垂体后叶素用量过大和灌注速度过快导致痉挛性急性上腹痛 7 例,灌注药物后的血管造影显示广泛性动脉痉挛,减少药物用量和调节灌注药物速度后,症状自行缓解。接受胃左动脉栓

表 1 56 例动脉性上消化道出血的一般性资料

出血部位	例数	出血征象	治疗方式		内镜所见	并发症	再出血	
			药物灌注	海绵栓塞			药物灌注	海绵栓塞
胃左动脉	18	胃小弯对比剂外渗(12)、集聚(4)、涂抹(2)	10	8	胃小弯溃疡(7); 胃腺癌(1); 动脉畸形(1)	一过性上腹痛(15); 灌注(7), 栓塞(8)	5(4例再栓塞)	1
胃右动脉	6	对比剂外渗(5)、集聚(1)	1	5	胃大弯溃疡(4)	急性上腹痛(2)	1(再栓塞)	-
胃十二指肠动脉	29	对比剂外溢(16)、集聚(8)、涂抹(5)	9	20	十二指肠球部溃疡(29)	急性上腹痛(21); 灌注(9), 栓塞(12)	3(2例再栓塞)	2
肝动脉-门静脉瘘	1	动脉中晚期门静脉部分显影	-	胃十二指肠动脉 (为非出血血管栓塞)	食管-胃底静脉曲张	-	-	2
胰十二指肠下弓	2	对比剂外渗(2)	0	2	-	-	-	-

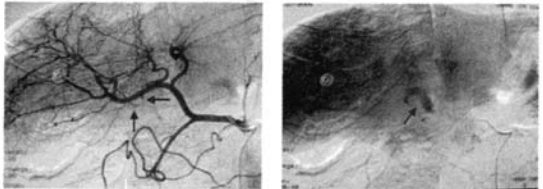
塞的患者,均表现出不同程度的短暂、缺血性上腹痛,未作处理。因此,与介入治疗相关的轻度并发症仅表现为短暂的缺血性上腹痛,未发生如胃或十二指肠缺血性坏死、穿孔等严重并发症。

42 例患者介入治疗后 3 ~ 5 d 接受内镜检查,结果见表 1。Forrest 分级:Ⅰ型 2 例,Ⅱa 型 12 例,Ⅱb 型 19 例,Ⅲ型 9 例。尿素酶呼气试验检出幽门螺杆菌(HP)阳性 35 例,住院期间及出院后,予抗幽门螺杆菌治疗。动脉畸形 1 例,食管-胃底静脉(肝动脉-门静脉瘘所致)1 例。4 例患者术后病理提示胃小弯溃疡 3 例,低分化腺癌 1 例。



a 导管位于腹腔动脉开口处造影,未见对比剂外溢的征象,不能明确出血部位
b 导管超选至胃十二指肠动脉造影显示,动脉早期对比剂显著外溢、集聚并涂抹十二指肠壁

图 1 导管在不同部位造影对出血诊断的影响



a 患者出血后大量使用缩血管药致与门静脉沟通的肝右动脉分支痉挛,肝总动脉造影中期见肝右动脉分支-门静脉瘘显示欠佳(箭示)
b 实质期见门静脉右支显示(箭示)

图 2 肝动脉-门静脉瘘所致门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血

3 讨论

上消化道动脉性大出血通常出血量大,内科保守治疗效果较差,即使病情暂时稳定,当有效循环

血容量得到补充后,出血动脉再次开放的可能性较大。本组病例采用介入方法超选择性 3 ~ 4 级血管造影,更能直观显示出血征象,为手术提供了准确定位。经导管栓塞结合灌注缩血管药物总临床成功率达 91%。介入方法还为大失血患者提供了一条安全快速输血、补液的动脉通道,可迅速纠正血流动力学紊乱。本组灌注组中 2 例虽然未达到临床成功标准,但其造影诊断为手术指明了部位。

血管内造影的阳性率是介入治疗效果至关重要的影响因素。本组病例高临床成功率,取决于血管造影明确出血动脉。文献报道,动脉出血 0.5 ml/min 时,血管造影可出现阳性征象。然而,血管造影有时很难发现出血动脉或部位,影响因素之一是介入操作前,多数患者已接受缩血管药和止血剂,“责任血管”有不同程度痉挛,或暂时性的血栓形成。有人认为,当血管造影不能发现出血动脉时,对高度怀疑为出血的责任血管,可经导管先行灌注扩血管药物,如罂粟碱,以期开放痉挛或血栓形成的出血动脉。如预诊上消化道动脉性大出血,我们的做法是 1 ~ 2 h 内避免使用缩血管药和止血药,仅予补液、输血扩容,尽早行血管造影,此举可能提高造影诊断的阳性率。影响因素之二是血管造影时导管头所处的位置将决定造影的阳性率。本组 56 例患者的血管造影结果显示,在 2 级动脉开口造影,出血的阳性率仅有 21.4%,3 ~ 4 级动脉造影,出血的阳性诊断率可达 100%。甚至导管导丝对血管壁的机械刺激,也能造成血管短暂收缩或痉挛。因此,只有导管头端位于 3 ~ 4 级动脉,对比剂才能形成局部的高流量。根据下列征象,超选择 3 ~ 4 级靶血管:血管造影显示末梢血管反常增粗、扩张,管壁毛糙,或动脉晚期(甚至静脉期),对比剂在胃十二指肠局部深染。

病理性血管迂曲和选用不同导管是影响疗效的另一重要因素。对于高龄、有长期高血压病或糖尿病等基础疾病的患者,股、髂动脉、腹主动脉,以

及出血分支血管常过度迂曲,导管无法超选至靶动脉,影响出血的阳性诊断,从而影响了介入治疗的成功率。近年来,微导管的广泛应用使上消化道大出血的血管内介入治疗疗效有了显著的提高^[5]。本研究显示,在止血的临床成功率上,栓塞治疗与灌注药物治疗间差异有统计学意义($P = 0.01$),这依赖于微导管对 3 ~ 4 级分支动脉的超选择插管,栓塞治疗能快速控制出血,纠正休克状态^[6,7]。

文献报道,不同的血管栓塞剂会影响消化道出血治疗的远期效果。我们主张采用明胶海绵条、明胶海绵粗颗粒栓塞出血动脉,这样能保证黏膜下层建立侧支循环,不至于造成胃、十二指肠管壁缺血坏死。

此外,术者对出血的影像解析能力和技术熟练程度也是影响上消化道出血介入疗效的重要因素。本组中 1 例患者,动脉中晚期,门脉部分显影,术者对异常影像学征象没有注意亦未作合理解析,根据经验栓塞了胃十二指肠动脉,介入术后内镜检查提示食管胃底静脉曲张,内科保守治疗无效,最终死于食管胃底静脉曲张大出血。仔细分析,患者无门脉高压病史和诱因,血管造影资料显示肝动脉分支痉挛,并与门静脉形成瘘。其食管胃底静脉曲张、出血为长期动脉性门脉高压所致。肝动脉分支的收缩、痉挛可能与使用缩血管药和导丝反复刺激血管内膜有关,且导管在 2 级动脉开口处造影,不能充分显示动脉-静脉瘘口以及门静脉。但如果术者能够认知其影像学异常征象,并栓塞动脉-门静脉瘘,将会改变该患者的治疗结果和预后。

本组介入治疗病例中并没有出现胃肠道壁缺血、坏死或穿孔等严重并发症。栓塞后仅出现短暂缺血症状上腹痛,对症处理后缓解或自行缓解。内镜下仅观察到原溃疡区和栓塞区域胃黏膜苍白。

血管内介入是上消化道动脉性大出血的简单、

有效、快捷的诊断和治疗手段。能迅速明确出血部位,有效、快速恢复血压和血流动力学改变,纠正失血性休克。可作为动脉性上消化道大出血的急症常规诊疗措施。也可作为内科保守治疗、内镜或手术治疗受限,或上述治疗后再出血患者的有效补充手段。其血管造影的阳性诊断率和临床疗效受介入术前用药、术中导管头端所处位置、患者血管自然属性和术者技术、经验和对异常影像学征象的认知等因素影响。

[参考文献]

- [1] Miller M Jr, Smith TP. Angiographic diagnosis and endovascular management of nonvariceal gastrointestinal hemorrhage [J]. Gastroenterol Clin North Am, 2005, 34: 735 - 752.
- [2] Holme JB, Nielsen DT, Funch-Jensen P, et al. Transcatheter arterial embolization in patients with bleeding duodenal ulcer: an alternative to surgery[J]. Acta Radiol, 2006, 47: 244 - 247.
- [3] Eriksson LG, Ljungdahl M, Sundbom M, et al. Transcatheter arterial embolization versus surgery in the treatment of upper gastrointestinal bleeding after therapeutic endoscopy failure[J]. J Vasc Interv Radiol, 2008, 19: 1413 - 1418.
- [4] Drooz AT, Lewis CA, Allen TE, et al. Quality improvement guidelines for percutaneous transcatheter embolization: SCVIR Standards of Practice Committee-Society of Cardiovascular and Interventional Radiology [J]. J Vasc Interv Radiol, 1997, 8: 889 - 894.
- [5] Lee CW, Liu KL, Wang HP, et al. Transcatheter arterial embolization of acute upper gastrointestinal tract bleeding with N-butyl-2-cyanoacrylate [J]. J Vasc Interv Radiol, 2007, 18: 209 - 216.
- [6] 佟小强, 杨 敏, 王 健, 等. 超选择动脉栓塞术治疗动脉性消化道出血[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17: 732 - 734.
- [7] 方海中, 蔡 忠, 徐小东. 介入治疗在腹部外科术后消化道大出血中的应用[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17: 735 - 736.

(收稿日期:2008-11-10)

作者: 王永利, 崔世涛, 张家兴, 汝复明, 徐家华, 徐霁充, WANG Yong-li, CUI Shi-tao, ZHANG Jia-xing, RU Fu-ming, XU Jia-hua, XU Ji-chong
作者单位: 上海同济大学附属第十人民医院脑外科(神经介入组), 200072
刊名: 介入放射学杂志 
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2009, 18(6)
被引用次数: 0次

参考文献(7条)

1. Miller M Jr, Smith TP [Angiographic diagnosis and endovascular management of nonvariceal gastrointestinal hemorrhage](#) 2005
2. Holme JB, Nielsen DT, Funeh-Jensen P [Transcatheter arterial embolization in patients with bleeding duodenal ulcer: an alternative to surgery](#) 2006
3. Eriksson LG, Ljungdahl M, Sundbom M [Transcatheter arterial embolization versus surgery in the treatment of upper gastrointestinal bleeding after therapeutic endoscopy failure](#) 2008
4. Drooz AT, Lewis CA, Allen TE [Quality improvement guidelines for percutaneous transcatheter embolization: SCVIR Standards of Practice Committee-Society of Cardiovascular and Interventional Radiology](#) 1997
5. Lee CW, Liu KL, Wang HP [Transcatheter arterial embolization of acute upper gastrointestinal tract bleeding with N-butyl-2-cyanoacrylate](#) 2007
6. 佟小强, 杨敏, 王健 [超选择动脉栓塞术治疗动脉性消化道出血\[期刊论文\]-介入放射学杂志](#) 2008
7. 方海中, 蔡忠, 徐小东 [介入治疗在腹部外科术后消化道大出血中的应用\[期刊论文\]-介入放射学杂志](#) 2008

相似文献(10条)

1. 期刊论文 林焕兴, 张启周, 张宏光, 许云龙, 刘哲辉, 娄明武 [胃十二指肠溃疡及胃大部切除术后出血的急诊血管造影诊断与介入治疗 - 牡丹江医学院学报](#) 2006, 27(5)
目的: 探讨胃十二指肠溃疡及胃大部切除术后出血的急性血管造影与介入治疗的临床价值。方法: 收集胃十二指肠溃疡及胃大部切除术后出血患者10例, 采用Seldinger技术经股动脉穿刺行常规腹腔动脉血管造影, 根据出血病因及出血部位分别行出血动脉的栓塞或缩血管药物局部灌注治疗, 对不能明确出血病因及出血部位者行灌注治疗。结果: 本组血管造影有阳性发现8例, 其中7例见造影剂外溢, 6例行栓塞治疗, 3例行灌注治疗, 1例血管痉挛自行闭塞, 10例均在介入治疗后止血, 其中7例即刻止血。结论: 胃十二指肠溃疡及胃大部切除术后出血在急诊血管造影的基础上行选择性出血动脉栓塞或缩血管药物灌注有重要的临床价值。
2. 会议论文 夏云, 康三 [Dieulafoy病的诊断和治疗\(附6例临床报告\)](#) 2007
Dieulafoy病文献报道较少, 我们收治了6例该病例, 就诊治分析报告临床资料, 包括, 临床表现, 纤维内窥镜确诊, 血管造影确诊, 手术确诊, 纤维内窥镜下高频电凝止血, 手术治疗胃部分切除止血。
3. 期刊论文 彭志毅, 严森祥, 周先勇, 徐增斌, Peng ZhiYi, Yan SenXiang, Zhou XianYing, Xu ZengBin [肝动脉血管造影和栓塞术对胆道术后胆道出血的诊断和治疗价值 - 中华医学杂志\(英文版\)](#) 2001, 114(8)
目的: 观察血管造影和肝动脉栓塞术对胆道术后胆道出血的诊断和治疗价值。
方法: 9例在胆道手术后7天到3个月出现上消化道出血。所有患者行急诊肝动脉造影并采用明胶海绵和微钢圈进行肝动脉栓塞治疗。
结果: 肝动脉造影检查可见肝动脉假性动脉瘤3例; 肝动脉弥漫性出血3例; 右肝动脉胆道瘘2例和肝动脉小肠瘘1例。通过肝动脉栓塞控制胆道出血7例, 其中1例再出血。7例患者随访其中3例死于多功能脏器衰竭。2例因技术原因无法止血, 数天后死亡。
结论: 胆道手术后出现上消化道出血如怀疑是胆道出血, 应首先采用肝动脉血管造影检查, 同时尽可能早地采用选择性肝动脉栓塞术治疗胆道出血, 可获得较好的临床效果。
4. 期刊论文 郭卫平, 张洪新, 王执民, 王义清, 倪代会, 李文献, 关彦, GUO Wei-Ping, ZHANG Hong-Xin, WANG Zhi-Min, WANG Yi-Qing, NI Dai-Hui, LI Wen-Xian, GUAN Yan [肝癌合并肝动-静脉瘘DSA表现及其与门脉高压间的关系 - 第四军医大学学报](#) 2000, 21(11)
目的: 研究肝癌中肝动-静脉瘘的发病率、分型、发生部位以及与肝癌类型、肿瘤血供和门脉高压之间的关系。方法: 110例选自我科1989/1999年间收治的经临床和影像资料证实的583例肝癌患者, 均采用Seldinger技术行DSA检查证实为肝动-静脉瘘。其中男102例, 女8例, 年龄27~70岁, 平均48.5岁。原发性肝癌103例, 转移性肝癌7例(其中原发结肠癌3例, 壶腹癌2例, 胰腺癌1例, 贲门癌1例)合并腹水58例, 上消化道出血31例。行纤维胃镜检查33例, 上消化道钡餐检查30例。结果: ①肝癌中肝动-静脉瘘平均发生率为18.9%。②肝动-静脉瘘多发生于多血供、巨块型、原发性肝癌(发生率分别为80.9%, 62.7%和93.6%)。③肝动-静脉瘘中103例为单纯型, 占93.6%, 表现为: 肝动脉-门静脉瘘97例(88.2%), 肝动脉-肝静脉瘘4例, 肝动脉-下腔静脉瘘2例。7例复杂型表现

为:同时存在肝动脉-门静脉瘘、肝动脉-下腔静脉瘘3例,肝动脉-下腔静脉瘘、肝动脉-肝静脉瘘1例和先肝动脉-门静脉瘘,后肝动脉-下腔静脉瘘1例,先肝动脉-下腔静脉瘘、后肝动脉-门静脉瘘1例和3处肝动脉-门静脉瘘1例。④按肝动-静脉瘘发生部位分型:周围型95例(86.4%),中央型15例(13.6%)。⑤上消化道钡餐和纤维胃镜对合并腹水和上消化道出血病例的检查结果显示:纤维胃镜对食管静脉曲张的阳性检出率明显高于上消化道钡餐检查。结论①肝动-静脉瘘在肝癌中的发生率较高。其中原发性肝癌明显高于转移性肝癌。②肝动-静脉瘘多发于巨块型、多血供肝癌,常提示病变的严重程度;③肝动-门静脉瘘可能是中晚期肝癌门脉高压的重要原因之一。④肝动-静脉瘘引起的门脉高压中,临床表现腹水为主,出血次之。⑤纤维胃镜对食管静脉曲张的阳性检出率明为高于上消化道钡餐检查。DSA应做为合并门脉高压肝癌患者的常规检查。⑥肝动脉栓塞可阻断肝动-静脉瘘,缓解门脉高压所致腹水和上消化道出血,并减少通过静脉分流引起的远处转移。

5. 期刊论文 [何锋](#). [夏曙祥](#). [钟文贵](#). [朱建军](#). [夏艳](#) [难治性急性上消化道出血的放射介入治疗 -中国当代医药](#) 2010, 17 (23)

目的:探讨难治性急性上消化道出血行放射介入治疗的可行性及止血效果。方法:对25例病因包括胃溃疡、十二指肠溃疡、胃恒径动脉、食道癌或贲门癌术后吻合口溃疡(或复发)出血,经内科保守治疗止血效果不佳的患者行介入治疗。结果:经过介入血管造影可明确出血的血管;行明胶海绵栓塞血管可立刻止血。结论:介入治疗在上消化道出血的治疗中安全性高,效果明显;可使患者避免手术治疗的创伤。

6. 期刊论文 [胡杨](#). [阳学风](#). [吴清](#). [刘朝霞](#). [傅念](#) [介入治疗Dieulafoy病致上消化道出血的临床研究 -中国现代医生](#) 2009, 47 (31)

目的 探讨Dieulafoy病的临床特征,提高对本病的认识及临床诊治水平。方法 回顾性分析我院近2年16例Dieulafoy病患者的临床特点,通过内镜诊断及行腹腔动脉和胃左动脉造影,10例患者行内镜下局部注射或喷洒肾上腺素止血治疗,6例患者行血管介入治疗。结果 16例均因上消化道大出血急诊入院,所有病例入院后均行内镜检查,其中14例经内镜确诊,2例经血管造影确诊,6例患者首次内镜治疗成功,5例患者介入治疗成功,1例介入治疗失败转为手术治疗。结论 对上消化道大出血的病例,应加深掌握本病的诊断与治疗方法,介入疗法是急诊处理Dieulafoy病所致消化道大出血较为理想的治疗手段。

7. 期刊论文 [郑志勇](#). [卢武胜](#) [下消化道出血的血管造影诊断与栓塞治疗 -华西医学](#)2003, 18 (1)

消化道出血是消化系统疾患常见的并发症之一,按部位可分为上消化道出血和下消化道出血。上消化道出血的选择性血管造影诊断及插管栓塞治疗(superselective angiograph and transcatheter embolization)已取得了肯定的疗效,而屈氏韧带以远下消化道出血往往比较困难,在下消化道出血中进行SATE,因易引起肠坏死,其应用受到制约,近年来,2F同轴导管的应用及栓塞材料的改进,使SATE在下消化道出血中的应用价值又受重视[1, 2]。本文就下消化道出血的诊断及动脉栓塞的疗效综述如下:

8. 期刊论文 [陈毓秀](#). [李广琪](#). [张洪新](#). [康军](#). [CHEN Yu-xiu](#). [LI Guang-qi](#). [ZHANG Hong-xin](#). [KANG Jun](#) [肝癌合并肝动-静脉瘘DSA表现及其与门脉高压间的关系 -现代肿瘤医学](#)2009, 17 (12)

目的:研究肝癌中肝动-静脉瘘的发病率、分型、发生部位以及与肝癌类型、肿瘤血供和门脉高压之间的关系。方法:110例选自自我科1989-1999年间收治的经临床和影像资料证实的583例肝癌患者,均采用Seldinger技术行DSA检查证实为肝动-静脉瘘。其中男102例,女8例,年龄27-70岁,平均48.5岁。原发性肝癌103例,转移性肝癌7例(其中原发结肠癌3例,壶腹癌2例,胰腺癌1例,贲门癌1例);合并腹水58例,上消化道出血31例。行纤维胃镜检查33例,上消化道钡餐检查30例。结果:肝癌中肝动-静脉瘘平均发生率为18.9%。肝动-静脉瘘多发生于多血供、巨块型、原发性肝癌(发生率分别为80.9%、62.7%、93.6%)。肝动-静脉瘘中103例为单纯型,占93.6%,表现为:肝动脉-门静脉瘘97例(88.2%),肝动脉-肝静脉瘘4例,肝动脉-下腔静脉瘘2例。7例复杂型表现为:同时存在肝动脉-门静脉瘘、肝动脉-下腔静脉瘘3例,肝动脉-下腔静脉瘘、肝动脉-肝静脉瘘1例,先肝动脉-门静脉瘘,后肝动脉-下腔静脉瘘1例,先肝动脉-下腔静脉瘘、后肝动脉-门静脉瘘1例,3处肝动脉-门静脉瘘1例。按肝动-静脉瘘发生部位分型:周围型95例(86.4%),中央型15例(13.6%)。上消化道钡餐和纤维胃镜对合并腹水和上消道出血病例的检查结果显示:纤维胃镜对食管静脉曲张的阳性检出率明显高于上消化道钡餐检查。结论:肝动-静脉瘘在肝癌中的发生率较高。其中原发性肝癌明显高于转移性肝癌。肝动-静脉瘘多发于巨块型、多血供肝癌,常提示病变的严重程度;肝动-门静脉瘘可能是中晚期肝癌顽固性门脉高压的重要原因之一。肝动-静脉瘘引起的门脉高压中,临床表现腹水为主,出血次之。纤维胃镜对食管静脉曲张的阳性检出率明显高于上消化道钡餐检查。DSA应做为合并门脉高压肝癌患者的常规检查。肝动脉栓塞可阻断肝动-静脉瘘,缓解门脉高压所致腹水和上消化道出血,并减少通过静脉分流引起的远处转移。

9. 期刊论文 [席嘉元](#). [吕梁](#). [邓钢](#). [杨珏](#). [江勇](#). [李纪康](#). [曹新华](#). [米岚](#). [杨维新](#). [龙毓灵](#). [范红](#). [杨朝良](#). [朱君](#). [杨正忠](#) [不明原因消化道出血的血管造影诊断与手术病理对照研究 -介入放射学杂志](#)2001, 10 (1)

目的 探讨选择性血管造影对不明原因消化道出血的诊断价值。方法 32例急性或慢性反复消化道出血患者,其中上消化道出血26例,下消化道出血6例,全部病例经Seldinger's法把动脉插管DSA或/和PUCK造影。结果 定位诊断率为84.38%(27/32例),与手术诊断的符合率为78.95%(15/19)。病变性质为:肿瘤性病变9例,血管性病变15例,其中血管畸形9例、肠小动脉瘤2例、胆囊动脉瘤破裂出血1例、动脉硬化3例;非特异性炎症溃疡3例,造影阴性5例。直接显示出血征象(造影剂外溢)23例(71.87%)。结论 选择性血管造影对不明原因的急性慢性消化道出血的定位、定性诊断有肯定价值,尤其对小肠和胆道出血病变的诊断更具独特的优越性。

10. 期刊论文 [靳勇](#). [瞿晴](#). [王蕾](#). [吴云林](#). [陈克敏](#). [JIN Yong](#). [QU Qing](#). [WANG Lei](#). [WU Yun-lin](#). [CHEN Ke-min](#) [门脉高压患者的多层螺旋CT血管造影检测 -上海交通大学学报\(医学版\)](#) 2006, 26 (4)

目的用多层螺旋CT进行门静脉CT血管造影(CTA)成像,了解门静脉高压症的病因,周围侧支血管及胃左肾静脉分流道的情况,为临床合理选择治疗方法提供影像学依据。方法对32例怀疑有门静脉高压的患者进行门脉CTA检查,分别行动脉期和门脉期双期CT扫描和重建。结果 32例患者中有27例存在门脉高压,胃底、食道静脉曲张。其中4例为胰腺炎后上消化道出血患者,出血的原因是胰腺炎所致脾静脉中断,造成胃底静脉曲张出血;3例为肝内门脉海绵样变性;9例为门脉高压伴胃底-左肾静脉分流道;11例为单纯肝硬化、门脉高压。结论门脉CTA是门脉高压、食道和胃底静脉曲张患者的重要检查手段,可以明确发现食道、胃底静脉曲张的范围、程度及变异,并可发现非肝硬化性门脉高压的病因。

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200906004.aspx
授权使用: 中国科学技术大学(zgkxjsdx), 授权号: d8c69142-550a-4a68-bfa0-9df601793ab0

下载时间: 2010年9月19日