

介入成功。而中、重度 AVS 瘘口的栓塞处理不仅仅是肿瘤治疗本身的需要,同时也是降低门脉动高压,减轻门脉高压并发症的有效手段^[6],同时改善了肝脏的微循环,也有效降低了肿瘤经瘘口扩散的机会。

3.4 上述的肝癌 AVS 机制与影像学表现给明胶海绵颗粒封堵瘘口提供了解剖学保障,但多灶性和弥漫性瘘口封堵还是相当困难的,它们往往都在动静脉的四、五级分支之后,明胶海绵颗粒封堵易造成供血动脉本身的栓塞,给药物灌注和碘油栓塞带来障碍。重度巨型 HAHVS 为安全考虑还是选择 3 ~ 4 mm 钢圈栓塞为好。对于中央型瘘门脉主干癌栓完全栓塞的患者,瘘口封堵要慎之又慎,因为封堵瘘口本身极易造成肝动脉栓塞。且此类患者即使封堵瘘口成功也不宜行碘油肿瘤栓塞,因他们的肝功能极脆弱,栓塞后若无有效的丰富侧支供应正常肝组织极易诱发肝昏迷^[7]。有时对比剂剂量或流率把握不当,小的肝 AVS 不能及时发现,注入碘油易出现误栓,误入肝静脉并进入肺循环有时后果还很严重,我们建议术中注入碘油时开始 1 ml 极慢速注入观察油柱运动方向,同时注意观察有无咳嗽等不良反应,及时纠正可能的误栓。

介入过程中 DSA 造影能明确观察到肝癌 AVS 存在,发生部位,分流大小,合理地处理瘘口是肝癌

介入治疗的必需过程,绝大多数肝癌 AVS 患者都能得到有效的瘘口封堵,改善了肝癌合并 AVS 的治疗效果,对瘘口的栓塞处理是安全、可靠。

[参考文献]

- [1] Okuda K, Angiographic demonstration of intrahepatic arterioportal anastomoses in hepatocellular carcinoma [J]. Radiology, 1997, 12: 53 - 55.
- [2] Ngan H, Peh WC. Arteriovenous shunting in hepatocellular carcinoma: its prevalence and clinical significance [J]. Clin Radiol, 1997, 52: 36 - 40.
- [3] 徐宏伟,晁明,徐风峰,等.多层螺旋 CT 对肝癌合并肝动静脉瘘的诊断价值[J],中国医学影像技术,2003,19: 432 - 434.
- [4] 于长鹿,贺能树.肝癌合并动静脉瘘的影像诊断及介入治疗[J].生物医学工程与临床,2009,13: 71 - 75.
- [5] 陆骊工,胡宝山,李勇,等.中晚期原发性肝癌合并症的介入治疗研究[J].介入放射学杂志,2008,17: 315 - 317.
- [6] Morse SS, Snideman KW, Galloway S, et al. Hepatoma arterioportal shunting and hyperkinetic portal hypertension: therapeutic embolization[J]. Radiology, 1985, 155: 77 - 82.
- [7] 朱林忠,杨仁杰.原发性肝癌合并动静脉瘘的数字减影血管造影表现及介入治疗[J].北京大学学报(医学版),2008,40: 129 - 134.

(收稿日期:2009-08-11)

·临床研究 Clinical research·

消化道大出血外科术前介入治疗的策略和临床价值

胡庭杨, 俞文强, 毛颖民, 袁建华, 陈方宏, 罗祖炎,
丁小南, 周兵, 丁忠祥

【摘要】目的 探讨消化道大出血外科术前进行介入治疗的临床价值,比较垂体后叶素灌注治疗和栓塞治疗 2 种介入方法的疗效和复发率。**方法** 1998 年 6 月至 2009 年 4 月间,31 例消化道大出血患者在我院接受手术治疗并于术前行介入治疗,根据患者造影情况,分别采用经动脉灌注垂体后叶素和经导管栓塞治疗。评价介入治疗的临床疗效和对手术的影响,比较 2 种不同介入治疗方法的止血率和复发率。计数资料采用 Fisher 精确概率法,统计软件使用 SPSS11.0。**结果** 31 例患者顺利完成介入治疗,垂体后叶素灌注组和栓塞组的术后止血率分别为 69.2%(9/13)、94.4%(17/18),复发率分别为 4/9、23.7%(4/17)。31 例患者介入治疗术后均顺利完成外科手术,其中择期手术 20 例,未出现手术和介入治疗相关严重并发症和死亡患者。**结论** 术前介入治疗能为消化道大出血患者提供的手术机会,使部分急症手术变为择期手术,从而降低了手术风险,值得临床推广。

【关键词】 消化道出血;介入治疗;外科手术;动脉灌注;栓塞

作者单位:310014 杭州 浙江省人民医院放射科

通信作者:袁建华

中图分类号:R573.2 文献标志码:B 文章编号:1008-794X(2009)-12-0936-05

Strategy and clinical significance of interventional management before surgical therapy for massive hemorrhage of gastrointestinal tract

HU Ting-yang, YU Wen-qiang, MAO Ying-min, YUAN Jian-hua, CHEN Fang-hong, LUO Zu-yan, DING Xiao-nan, ZHOU Bing, DING Zhong-xiang. Department of Radiology, Zhejiang Provincial People's Hospital, Hangzhou 310014, China.

[Abstract] **Objective** To discuss the clinical value of interventional management before surgical therapy for massive gastrointestinal hemorrhage, and to compare the clinical efficacy and re-bleeding rate between hypophysis infusion group and embolization group. **Methods** During the period of June 1998-Apr. 2009, 31 patients with massive gastrointestinal hemorrhage in our institution underwent preoperative interventional managements before they received surgical treatment. According to DSA manifestations, the patients underwent transarterial hypophysis infusion or transcatheter embolization as interventional management. The clinical efficacy of interventional procedures and its influence on the surgery were evaluated, and the hemostasis rate and re-bleeding rate were compared the two kind of intervention managements. The numeration data were analyzed with Fisher's exact test, and the SPSS 11.0 was used as statistical software. **Results** The interventional managements were successfully performed in all the 31 patients, with a total hemostasis rate of 83.9% (26/31) and a total re-bleeding rate 30.7% (8/26). The hemostasis rate and re-bleeding rate of hypophysis infusion group and embolization group were 69.2% (9/13), 94.4% (17/18) and 44.4% (4/9), 23.7% (4/17), respectively. All the 31 patients received surgery after interventional therapy, of which selective operation was carried out in 20. Neither surgery-related or intervention-related serious complications nor death occurred. **Conclusion** Preoperative interventional managements can provide patients with massive gastrointestinal hemorrhage with valuable chance of a successful surgery, enable the physician to take a selective operation to replace an emergency one, as a result, the surgical risk will be greatly reduced. Therefore, it is worth popularizing the preoperative interventional managements in clinical practice. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 936-940)

[Key words] gastrointestinal hemorrhage; interventional therapy; surgery; transarterial infusion; embolization

消化道大出血是常见的临床急症之一,患者往往病情危重,生命体征不稳定。消化道大出血病因较多,出血部位多变,部分患者虽经急症内镜检查仍然不能明确病灶,此时进行急诊手术探查风险极大,病死率可高达 30%。对于部分必须经手术才能治愈、但术前仍然没有明确出血部位或手术风险极大的患者,经动脉胃肠道血管造影不但能够明确出血原因和部位,而且能够进行暂时性止血,稳定患者生命体征,为手术治疗提供准备时间。本文探讨消化道大出血外科手术前介入治疗的临床价值,比较垂体后叶素灌注治疗和栓塞治疗的临床疗效和出血复发率。

1 材料与方法

1.1 临床资料

总结我院 1998 年 6 月至 2009 年 4 月间收治的外科术前行急症选择性动脉造影的 31 例消化道大出血患者的临床及 DSA 资料,男 17 例,女 14 例,

年龄 17 ~ 76 岁(平均 55 岁)。全组病例均表现为急性消化道大出血症状:呕血伴便血 12 例,单纯便血 19 例,腹痛 18 例,伴休克症状 13 例,临床估算出血量均在 1 000 ml 以上。16 例患者曾有出血史,复发加重而就诊,5 例患者曾经进行纤维胃镜或纤维结肠镜检查均未发现病灶。15 例为首次大出血,其中 9 例分别行纤维胃镜和(或)纤维结肠镜检查,发现 2 例十二指肠球部溃疡伴大出血,其余均未发现病灶。

1.2 方法

1.2.1 血管造影方法 31 例均在急性大出血期进行急症选择性内脏血管造影,造影术前、术中采用静脉输血、输液抗休克治疗,尽量维持生命体征平稳,保证术中造影安全进行。采用 Seldinger 法,经股动脉穿刺置入导管分别作腹腔动脉、肠系膜上动脉或(和)肠系膜下动脉造影,必要时行选择性胃十二指肠动脉及肠系膜上动脉分支血管造影。所用导管为 5 F Yashiro 或 5 F 胃左动脉导管(COOK 公司),

微导管使 3 F 外周微导管(TERUMO 公司),腹腔动脉、肠系膜上动脉造影对比剂注入速率 3 ~ 4 ml/s,用量 10 ~ 20 ml;选择性胃十二指肠动脉及肠系膜上动脉分支血管造影,对比剂注入速率 1 ~ 3 ml/s,用量 6 ~ 8 ml。栓塞物为直径 3 ~ 5 mm 弹簧钢圈、明胶海绵颗粒或明胶海绵长条。

1.2.2 介入治疗

1.2.2.1 经导管灌注血管收缩剂治疗。有以下情况者采用经动脉灌注血管收缩剂治疗:①出血部位明确,但导管不能超选到出血血管分支者,栓塞后可能造成重要脏器坏死。②栓塞血管后可能导致大范围小肠坏死,可能对患者造成重大影响者。③造影后仍然不能明确出血部位的患者。血管造影发现病变部位后,尽可能超选择性插管靠近靶血管,造影证实后将灌注 5 ~ 10 u 垂体后叶素稀释液,以 0.5 u/min 的速度缓慢灌注,术后保留导管回到病房中继续灌注垂体后叶素 10 u/d,连用 3 d。

1.2.2.2 经导管栓塞治疗。以下情况者采用经导管栓塞治疗:①出血部位明确,采用普通导管或微导管能够超选到出血血管分支。②导管或微导管能够超选到 3 级及以下分支,栓塞后不会导致大范围小肠坏死。③胃底食管静脉曲张引起的出血。血管造影发现出血部位后,使用导管或微导管超选择性插管到靶血管部位,先使用明胶海绵颗粒栓塞,部分病例联合使用弹簧圈栓塞。对于胃底食管静脉曲张的患者,采用门静脉穿刺,超选择插管至扩张的胃冠状静脉或胃短静脉后,缓慢注射无水乙醇 10 ~ 20 ml,然后使用弹簧圈闭塞血管主干。

1.2.3 手术 本组患者均在介入治疗后进行外科手术。介入手术不能有效止血或出血停止后短期复发且出血部位明确的患者,采取急诊手术切除出血病灶。造影未能明确出血部位且介入治疗后未能有效止血的患者,进一步行核素显像明确出血部位后急诊手术治疗。其余患者采取择期手术治疗。

2 结果

2.1 血管造影表现

显示对比剂外溢征 14 例(77.4%),表现为对比剂在造影晚期的局部聚集或造影早期的喷射状改变;显示肿瘤血管及染色 11 例,表现为紊乱的血管结构,造影晚期有结节状或肿块状染色;显示血管畸形 6 例,表现为动脉异常结构和引流静脉早期显影;显示动脉瘤或假性动脉瘤 4 例,表现为突出于血管壁外的囊袋状改变;胃底 Dieulafoy 病 1 例,表

现为胃左动脉增粗,分支增多,动脉期可见对比剂进入胃腔;胃底食管静脉曲张 3 例,表现为明显增粗迂曲的胃冠状静脉或胃短静脉;造影未发现明显出血部位 5 例。31 例中造影诊断为占位性病变 11 例,血管畸形 6 例,动脉瘤或假性动脉瘤 4 例,胃底 Dieulafoy 病 1 例,其余不能明确病变性质。

2.2 介入治疗结果

2.2.1 灌注血管收缩剂 本组 31 例中 13 例经导管灌注血管收缩剂(垂体后叶素)治疗,灌注后 9 例显示活动性出血停止;4 例患者血红蛋白和红细胞压积继续进行性下降,提示仍有活动性出血,2 例影像学诊断为小肠肿瘤者行外科手术治疗,另 2 例造影阴性患者核素检查后均诊断为小肠出血,也行外科手术治疗;灌注治疗后出血复发 4 例,分别出现在导管拔除后第 2、3、7 和 18 d,复发出血者均急诊行手术治疗。

2.2.2 栓塞治疗 本组 18 例经导管栓塞治疗,术后即刻造影显示出血停止 17 例,1 例小肠动静脉畸形栓塞主要供血动脉分支后再次性造影显示有侧支供血形成,考虑再次栓塞风险较大,遂急诊行手术治疗;术后复发 4 例,分别为术后第 3、6、11 天和第 3 周,出血复发后均行手术治疗。本组未出现因栓塞后肠坏死行急诊手术者。灌注治疗和栓塞治疗的术后止血率和复发率见表 1。两组相比在术后止血率($P = 0.134$)和复发率($P = 0.382$)上差异无统计学意义。

表 1 垂体后叶素灌注组和栓塞组止血率和复发率比较

组别	止血率	复发率
灌注组	9/13	4/9
栓塞组	17/18	4/17
P 值	0.134	0.382

2.3 手术结果

31 例术后均痊愈出院。术后诊断:胃底血管瘤 2 例,胃底 Dieulafoy 病 1 例,胃溃疡 2 例,十二指肠溃疡 4 例,十二指肠憩室 1 例,胆管癌 2 例,小肠平滑肌瘤 3 例,小肠平滑肌肉瘤 2 例,小肠淋巴瘤 1 例,小肠血管瘤 2 例,小肠美克尔憩室 3 例,小肠动静脉畸形 4 例,小肠克罗恩病 1 例,回盲部癌 1 例,结直肠动静脉畸形 2 例。本组患者行择期外科手术治疗 20 例,未发生严重手术并发症和死亡。

3 讨论

3.1 急诊血管造影在消化道大出血外科术前的应用价值

随着急诊纤维胃镜和结肠镜的应用,消化道大出血术前病因诊断率已有明显提高。内镜检查虽被普遍应用,对于出血量较大的患者,由于受病情、病变部位和积血的限制,往往不能完成检查或不能发现出血部位;盲目剖腹探查不仅手术风险大,术后恢复慢,而且也有 6%~9% 的患者找不到出血病灶。选择性内脏动脉造影对急性消化道大出血有定性和定位诊断价值,出血速达 0.5 ml/min 以上时能显示对比剂外溢,同时造影还能显示病变部位血管和血流异常情况^[1]。在活动性出血期造影阳性率高,本组 31 例中,有 26 例患者明确了出血部位,其发现率高于文献报道,考虑与本组病例出血量较大有关。

3.2 经导管灌注血管收缩剂及栓塞治疗在消化道大出血外科手术前的应用价值

随着介入放射技术及器械的进展,介入治疗在消化道出血中占有越来越重要的地位,成功率越来越高^[2]。其优点为简便、安全、创伤小,效果迅速可靠,对消化道急性大出血患者可起到挽救生命的作用。介入治疗主要是经导管灌注血管收缩剂和经导管栓塞治疗。自从 1971 年 Baum 等^[3]报道经动脉灌注血管收缩剂治疗下消化道出血以来,这一方法就成为消化道出血保守治疗无效的重要补充方法之一。动脉灌注垂体后叶素能够使血管收缩、促进出血部位的血栓形成从而达到止血目的。但动脉灌注垂体后叶素治疗仍然存在一定缺陷,主要包括患者需要重症监护、止血时间较长、出血复发率高、可能诱发心肌梗死或其他脏器缺血,因此近年来使用逐渐减少^[4,5]。此种治疗相对操作简单,在本组中主要应用于造影未发现明确出血部位和栓塞风险较大的患者。

经导管栓塞治疗最早报道于 1974 年,主要是使用自体凝血块和明胶海绵栓塞^[6]。但早期由于没有血管造影机、导管质量较差、操作技术不成熟以及超选择性插管困难等因素,导致栓塞后出血复发和肠坏死的发生率均较高,使此项技术的临床应用受到限制^[4,5,7]。高质量血管造影机和微导管的应用以及操作技术的成熟,使疗效大大提高、并发症明显降低。目前的栓塞剂主要是明胶海绵颗粒或条、PVA、弹簧钢圈等。栓塞剂的选择是影响止血效果和并发症发生的关键。栓塞剂过大往往不能栓塞病变部位血管,导致侧支形成,出血复发;栓塞剂过小,往往引起病变邻近部位的正常组织缺血坏死。这一点在胃及十二指肠等多支血管供血的部位不太重要,但对于肠系膜动脉的栓塞中显得尤为重要。

Ledermann 等^[8]认为从减少缺血范围的角度考虑,最合理的栓塞部位是边缘动脉和直动脉,栓塞末级动脉弓前二级分支和栓塞末级动脉弓均可能导致肠道坏死。Horiguchi 等^[9]认为下消化道出血最理想的栓塞部位是超选到最靠近出血处供血直动脉的末级血管弓。也有通过动物实验证实栓塞末级动脉弓前一级分支能够避免肠道坏死^[10]。因此对于下消化道出血栓塞为防止肠管坏死,应尽量超选到动脉弓上栓塞。消化道供血动脉栓塞严重并发症是肠管的缺血、梗死,发生率为 3%~8%。本组 18 例经导管栓塞治疗,17 例治疗后出血迅速得到控制,未出现因栓塞治疗导致的明显肠坏死或穿孔而需要手术治疗者。

本组病例介入治疗后总止血率 83.9%(26/31),总复发率为 30.7%(8/26)。灌注治疗和栓塞治疗两组的术后止血率和出血复发率分别为 69.2%(9/13)、94.4%(17/18)和 4/9、23.7%(4/17),虽然统计学处理显示两组无明显差异,考虑与本组样本量较小有关。根据我们的临床经验,扩大样本量后应该显示栓塞治疗的术后止血率高于垂体后叶素灌注治疗。考虑到栓塞治疗止血所用时间要明显短于垂体后叶素灌注治疗,我们认为,在保证安全的情况下,栓塞治疗仍是首选。

介入治疗和手术具有各自优点,介入治疗创伤小,安全性高,可以考虑作为消化道大出血内科保守治疗无效的首选手段。对于必须经手术才能治愈、但术前仍然没有明确出血部位或手术风险极大的患者,术前介入治疗能为患者提供后续手术机会,使部分急症手术变为择期手术,从而降低患者的出血死亡率和手术风险。因此,术前介入治疗具有重要价值,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] Malden ES, Hicks ME, Royal HD, et al. Recurrent gastrointestinal bleeding: Use of thrombolysis with anticoagulation in diagnosis[J]. Radiology, 1998, 207: 147 - 151.
- [2] d'oth'ee BJ, Surapaneni P, Rabkin D, et al. Microcoil embolization for acute lower gastrointestinal bleeding [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2006, 29: 49 - 58.
- [3] Baum S, Nusbaum M. The control of gastrointestinal hemorrhage by selective mesenteric arterial infusion of vasopressin [J]. Radiology, 1971, 98: 497 - 505.
- [4] Funaki B. Endovascular intervention for the treatment of acute arterial gastrointestinal hemorrhage [J]. Gastroenterol Clin N Am, 2002, 31: 701 - 713.

- [5] Darcy M. Treatment of lower gastrointestinal bleeding: vasopressin infusion versus embolization [J]. J Vasc Interv Radiol, 2003, 14: 535 - 543.
- [6] Bookstein JJ, Chlosta EM, Foley D, et al. Transcatheter hemostasis of gastrointestinal bleeding using modified autogenous clot[J]. Radiology, 1974, 113: 277 - 285.
- [7] Funaki B. Microcatheter embolization of lower gastrointestinal hemorrhage: an old idea whose time has come [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2004, 27: 591 - 599.
- [8] Ledermann HP, Schoch E, Jost R, et al. Superselective coil embolization in acute gastrointestinal hemorrhage: personal experience in 10 patients and review of the literature [J]. J Vasc Interv Radiol, 1998, 9: 753 - 760.
- [9] Horiguchi J, Naito A, Fukuda H, et al. Morphologic and histopathologic changes in the bowel after super-selective transcatheter embolization for focal lower gastrointestinal hemorrhage [J]. Acta Radiol, 2002, 44: 334 - 339.
- [10] 谭华桥, 倪才方, 丁乙, 等. 肠系膜上动脉分支栓塞的实验研究 [J]. 介入放射学杂志, 2003, 12: 445 - 448.
- (收稿日期: 2009-09-21)

·临床研究 Clinical research·

DSA 影像监视下鼻肠营养管置入的技术与技巧

宋来昌, 王文辉, 李奋强, 苏东君, 李博

【摘要】目的 回顾性分析总结 DSA 影像监视下放置鼻肠营养管建立肠内营养的技术。**方法** 441 例患者置入鼻肠营养管。鼻、咽部喷雾麻醉后, 在 DSA 影像监视下, 经导丝引导导管依次经鼻、咽、食管、胃、幽门、十二指肠各部使导管头端位于水平部, 置入加硬导丝沿加硬导丝送入鼻肠营养管并将其头端送至屈氏韧带以下 20 ~ 30 cm。**结果** 全部病例平均在 5 min 内成功放置肠道营养管, 营养管位置满意, 无一例出现并发症。**结论** 应用 DSA 影像监视能够快速、简便、安全的放置鼻肠营养管, 成功率高, 患者无痛苦, 值得临床推广应用。

【关键词】 鼻肠营养管; 数字减影血管造影; 技术

中图分类号: R605.979 文献标志码: B 文章编号: 1008-794X(2009)-12-0940-03

The placement of naso-jejunal feeding tube under DSA guidance: its technology and skills SONG Lai-chang, WANG Wen-hui, LI Fen-qiang, SU Dong-jun, LI Bo. Department of Interventional Radiology, the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, China

【Abstract】Objective To retrospectively analyze and summarize the manipulation and skills of the placement of naso-jejunal feeding tube under DSA guidance. **Methods** After performing the spraying anesthesia of nasopharynx, the naso-jejunal feeding tube, with the help of guide wire and under DSA guidance, was placed into the proximal jejunum by passing it through the nose, pharynx, esophagus, stomach, pylorus and duodenum in order. The procedure was employed in 441 cases. **Results** The mean time for performing the procedure was within five minutes. The procedure was successfully accomplished in all 441 cases and no complications occurred in this series. **Conclusion** Under DSA guidance the placement of naso-jejunal feeding tube can be safely and quickly carried out with high successful rate and less sufferings to patient. It is worth popularizing this technique in clinical practice. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 940-942)

【Key words】 naso-jejunal feeding tube; DSA guidance; technology; skill

肠内营养 (enteral nutrition, EN) 因其不仅能起到胃肠外营养 (parenteral nutrition, PN) 的能量支持作用, 更因其维护肠道屏障的功能, 能显著降低感染发生率, 减少脏器衰竭的发生率, 缩短住院时间, 降低治疗费用^[1,2], 已成为重要的治疗手段。随着肠

内营养的作用日益受到临床医师的重视, 鼻肠营养管的置入已成为重要的辅助治疗手段, 本文回顾分析了本院 2003 年 6 月至 2009 年 3 月, 441 例患者在 DSA 影像监视下行鼻肠营养管置入术的临床资料, 现报道如下。

作者: [胡庭杨](#), [俞文强](#), [毛颖民](#), [袁建华](#), [陈方宏](#), [罗祖炎](#), [丁小南](#), [周兵](#), [丁忠祥](#), [HU Ting-yang](#), [YU Wen-qiang](#), [MAO Ying-min](#), [YUAN Jian-hua](#), [CHEN Fang-hong](#), [LUO Zu-yan](#), [DING Xiao-nan](#), [ZHOU Bing](#), [DING Zhong-xiang](#)

作者单位: [浙江省人民医院放射科, 杭州, 310014](#)

刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)

英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年, 卷(期): 2009, 18(12)

被引用次数: 0次

参考文献(10条)

1. [Malden ES](#), [Hicks ME](#), [Royal HD](#) Recurrent gastrointestinal bleeding: Use of thrombolysis with anticoagulation in diagnosis[期刊论文]-[Radiology](#) 1998
2. [d'oth'ee BJ](#), [Surapaneni P](#), [Rabkin D](#) Microcoil embolization for acute lower gastrointestinal bleeding[期刊论文]-[Cardiovascular and Interventional Radiology](#) 2006
3. [Baum S](#), [Nusbaum M](#) The control of gastrointestinal hemorrhage by selective mesenteric arterial infusion of vasopressin[期刊论文]-[Radiology](#) 1971
4. [Funaki B](#) Endovascular intervention for the treatment of acute arterial gastrointestinal hemorrhage[期刊论文]-[Gastroenterology Clinics of North America](#) 2002
5. [Darcy M](#) Treatment of lower gastrointestinal bleeding: vasopressin infusion versus embolization[期刊论文]-[Journal of Vascular and Interventional Radiology](#) 2003
6. [Bookstein JJ](#), [Chlosta EM](#), [Foley D](#) Transcatheter hemostasis of gastrointestinal bleeding using modified autogenous clot[期刊论文]-[Radiology](#) 1974
7. [Funaki B](#) Microcatheter embolization of lower gastrointestinal hemorrhage: an old idea whose time has come[期刊论文]-[Cardiovascular and Interventional Radiology](#) 2004
8. [Ledermann HP](#), [Schoch E](#), [Jost R](#), et al Superselective coil embolization in acute gastrointestinal hemorrhage: personal experience in 10 patients and review of the literature[期刊论文]-[J Vasc Inter Radial](#) 1998
9. [Horiguchi J](#), [Naito A](#), [Fukuda H](#), et al Morphologic and histopathologic changes in the bowel after super-selective transcatheter embolization for focal lower gastrointestinal hemorrhage[期刊论文]-[Acta Radiologica](#) 2002
10. [谭华桥](#), [倪才方](#), [丁乙](#) 肠系膜上动脉分支栓塞的实验研究[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003(12)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [何以一](#), [张德胜](#), [于长鹿](#), [董卫国](#), [王涛](#), [祁兵](#), [孙孟瑞](#), [李津花](#), [阚志超](#), [张慧贞](#), [王风梅](#), [孙惠军](#), [肖朗](#), [王毅军](#), [He Yiyi](#), [Zhang Desheng](#), [Yu Changlu](#), [Dong Weiguo](#), [Wang Tao](#), [Qi Bing](#), [Sun Mengrui](#), [Li Jinhua](#), [Kan Zhichao](#), [ZHANG Huizhen](#), [Wang Fengmei](#), [Sun Huijun](#), [XIAO Lang](#), [Wang Yi jun](#) 急性消化道出血血管造影与介入治疗价值 - 实用医学影像杂志 2005, 6(3)
目的: 评价急性消化道出血血管造影的诊断价值及介入治疗疗效。方法: 47例急性消化道出血, 经动脉血管造影41例发现出血部位(87.2%)。6例手术治疗, 1例保守治疗, 4例食管胃底静脉曲张出血另行处理, 30例进行介入治疗, 9例灌注加压素, 21例进行栓塞治疗。结果: 随访1个月~3个月, 7例复发出血(2例手术切除, 1例内科治疗, 4例病死), 23例治愈(76.6%)。结论: 急性消化道出血血管造影, 可发现内镜和其他检查方法不能发现的出血部位, 介入治疗是一种安全、微创、有效的治疗方法, 亦能为手术做好准备。
2. 期刊论文 [毛淑芬](#), [吴菊英](#), [王兴清](#) 不明原因消化道出血血管造影及介入治疗的观察和护理 - 解放军护理杂志 2006, 23(5)
目的: 探讨不明原因消化道出血血管造影及介入治疗的意义及护理措施。方法: 回顾性总结23例不明原因消化道出血血管造影及介入治疗的护理。结果: 16例患者血管造影阳性, 7例行血管加压素灌注或栓塞治疗; 23例患者均未发生穿刺部位出血及感染, 无异位动脉栓塞, 腹痛3例, 尿潴留4例, 不同程度腰背酸痛23例。结论: 介入治疗安全、简便、微创、痛苦小、疗效可靠、并发症少, 及早进行血管造影检查同时介入治疗能及时挽救患者的生命、减轻痛苦、缩短病程、降低手术的盲目性和危险性。护理的关键在于认真做好术前护理, 密切观察病情变化, 做好穿刺局部护理, 预防感染及并发症发生。
3. 期刊论文 [贺祥](#), [张和平](#), [靳海英](#), [张杰](#), [王长福](#), [李长波](#), [王斌杰](#), [王晓宏](#) DSA下急性消化道出血的介入治疗 - 河南大学学报(医学版) 2008, 27(3)
目的: 探讨介入治疗在消化道出血中的临床应用价值。方法: 对79例消化道出血患者采用股动脉穿刺插管, 并酌情作选择性胃十二指肠动脉、肠系膜上下动脉、胃左动脉、脾动脉、肝固有动脉造影, 用DSA作实时减影, 发现出血动脉及其他异常动脉显影, 用明胶海绵颗粒和/或弹簧圈和/或聚乙烯醇(PVA)栓塞靶血管。结果: 79例患者DSA呈阳性者60例, 阳性率76%(60/79), 2例开腹后找不到出血动脉, DSA检查发现出血部位, 其中75例均作栓塞, 71例出血停止, 止血成功率96%(75/79), 疗效满意, 4例介入治疗后仍出血, 行手术治疗。结论: DSA检查对胃肠道出血有较高的敏感性, 多数能作出病因诊断及治疗; 介入栓塞治疗急性消化道出血疗效高, 止血效果满意。
4. 期刊论文 [吴伟](#), [夏惠环](#), [程志刚](#), [刘永生](#), [彭芳](#), [罗福英](#), [WU Wei](#), [XIA Hui-huan](#), [CHENG Zhi-gang](#), [LIU Yong-sheng](#), [PENG Fang](#), [LUO Fu-ying](#) 急性消化道出血的血管造影诊断与介入治疗 - 医学影像学杂志 2007, 17(12)
目的: 探讨急性消化道出血的血管造影诊断的价值及介入治疗的方法和意义。方法: 26例急性消化道出血, 经选择性血管DSA检查, 并对其中14例, 经导管动脉灌注垂体后叶素或栓塞治疗。结果: 阳性19例, 阴性7例, 14例经介入治疗后, 11例得到完全止血, 2例止血不彻底, 1例48h后再出血。结论: 选择性血管造影对急性消化道出血, 特别是小肠部位的出血定位、定性诊断有肯定的价值; 合理选择造影时机, 可以提高对出血检出阳性率; 并经导管动脉灌注垂体后叶素或栓塞治疗后, 止血迅速有效。

5. 期刊论文 [李玉伟, 张富强, 李云辉, 袁亮, 斯光宴 不明原因消化道出血的DSA诊断与介入治疗 -现代诊断与治疗2009, 20 \(1\)](#)

目的 探讨不明原因消化道出血的DSA诊断与介入治疗的价值. 方法 回顾分析2004年4月~2008年2月间76例不明原因消化道出血病例的DSA造影及治疗结果. 结果 76例中DSA造影阳性64例, 占89%;阴性12例, 占11%. 阳性病例中经介入灌注或栓塞治疗48例, 一次止血成功41例, 复发7例, 止血成功率85. 1%, 无肠管坏死、穿孔等并发症发生. 10例经内科保守治疗, 8例外科手术治疗. 结论 DSA诊断不明原因消化道出血能明确出血部位及原因, 并能对部分病例进行即时治疗, 具有较高的临床应用价值.

6. 期刊论文 [贺庆, 官泳松 消化道出血的急诊介入治疗 -中国普外基础与临床杂志2006, 13 \(4\)](#)

消化道出血在急诊患者中占有很大比例, 是需立即处理的急症. 消化道出血患者中约50. 3%因黑便、33. 1%因呕血就诊, 初诊时80%的病例出血原因不明, 处理非常棘手, 且死亡率高达5. 4%. 近年来在对其诊断和治疗过程中, 介入医学作为一种新的诊断和治疗手段被广泛应用于临床. 它定位精确, 不受解剖部位和消化道蠕动的影 响, 且创伤小、操作简便、患者耐受性好. 众多研究表明, 介入方法治疗消化道出血总有效率达80%~95%, 且疗效肯定, 复发率为0~20%.

7. 会议论文 [刘振玉, 张雪松 选择性动脉造影诊断及介入治疗顽固性消化道出血 2008](#)

目的: 探讨选择性动脉造影诊断和介入治疗顽固性消化道出血的方法及疗效。

材料与方法: 顽固性消化道出血5例. 均为男性, 年龄12~60岁. 其中上消化道5人次, 下消化道1人次. 术前30min应用镇定剂, 同时肌注非那根25mg. 采用Seldinger技术, 经右侧股动脉穿刺插管, 使用4F、5F RH或SIMMONS导管, 常规行腹主动脉、腹腔动脉、肠系膜上、下动脉造影. 在明确出血部位和供血动脉及出血原因后, 根据解剖学上的供血特点, 进行栓塞或/和药物灌注治疗. 术中输液或输血维持血容量, 术后抗炎、补液、护肝、保护胃黏膜等对症治疗, 严格观察生命体征及24~48h尿量。

结果: 5例患者共做了6次介入治疗, 止血均获得了成功。

结论: 选择性动脉造影诊断及栓塞及药物灌注治疗顽固性消化道出血, 方法简单明确方便, 能够明确诊断, 有目的地栓塞出血血管, 为消化道出血提供了一个有效的止血措施. 介入栓塞及药物灌注治疗消化道出血创伤小, 效果迅速可靠, 对此类患者可起到挽救生命的作用。

8. 会议论文 [汪国祥 消化道出血的血管内介入治疗 2007](#)

消化道出血是消化系统常见的急症, 其病因包括溃疡病、肿瘤、憩室、炎症、血管畸形等. 本文就消化道出血的血管内灌注药物及血管内栓塞这两种非手术治疗方法进行了介绍。

9. 会议论文 [何以一, 于长鹿, 张德胜, 董卫国, 祁兵, 王涛, 李津花 Dieulafoy病急性消化道出血的介入治疗 2008](#)

目的: 评价Dieulafoy病急性消化道出血介入栓塞治疗的临床价值和疗效。

方法: 10例急性消化道急性出血患者, 行腹腔动脉、肠系膜上动脉和肠系膜下动脉造影. 超选到出血动脉明胶海绵栓塞8例, 弹簧栓子栓塞2例。

结果: 10例中5例肝硬化患者2例疑为静脉曲张破裂出血, 行经皮穿肝门静脉造影未见异常. 10例均进行超选择造影, 均表现有明显对比剂外溢(胃左动脉7例、胃十二指肠动脉1例、回结肠动脉2例), 10例接受栓塞后立即止血率100%. 10例均未出现并发症. 1例6月后再发出血行超选择栓塞治疗止血. 10例患者术后均经内窥镜复查及组织活检. 证实为Dieulafoy病。

结论: 选择性动脉栓塞治疗Dieulafoy病急性消化道出血是一种微创、安全和有效的方法。

10. 期刊论文 [王兴清, 邵国良, WANG Xing-qing, SHAO Guo-liang 不明原因消化道出血的血管造影及介入治疗 -放射学实践2005, 20 \(8\)](#)

目的: 探讨不明原因消化道出血血管造影和介入治疗的方法及临床价值. 方法: 不明原因消化道出血血管造影23例, 男16例, 女7例. 介入治疗7例, 分别进行血管加压素灌注止血和明胶海绵、不锈钢圈栓塞治疗. 结果: 血管造影阳性病例16例, 其中炎症出血3例(小肠2例、结肠1例), 小肠憩室5例, 小肠血管畸形4例, 肿瘤4例(小肠3例、胃癌1例); 造影阴性7例. 介入治疗7例, 其中4例血管加压素灌注止血、明胶海绵栓塞2例、不锈钢圈栓塞1例. 结论: 血管造影时应尽可能将导管超选择插入相应的可疑异常血管分支, 提高不明原因消化道出血的检出阳性率, 并同时 进行介入治疗.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200912016.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 8ce83c9f-9ae0-42ef-8afc-9df701766767

下载时间: 2010年9月20日