

疗本病不仅创伤小,且安全性大,疗效高,恢复快,可重复治疗。只要做好充分的术前准备和术后处理,是可以杜绝并发症的发生。PTA在本征的治疗上有着广泛的推广和应用价值。

参 考 文 献

- 1 Ferencik BM, et al. The Budd—Chiari syndrome: a review. *AJR* 1986; 147:9.
- 2 Hirooka M, et al. Membranous obstruction of the hepatic portion of the inferior vena cava. *surgical*

correction and etiological study. *Arch surg*, 1970; 100:656.

- 3 许培钦,等. 下腔静脉膜性梗阻的手术治疗. *河南医科大学学报* 1985;20:283.
- 4 徐克,等. 应用自制无接痕血管内支架治疗Budd—Chiari综合征(附 12 例报告). *中华放射学杂志* 1993;27:690.
- 5 One J, et al. Membranous obstruction of the inferior vena cava. *Ann Surg* 1983; 197:454.
- 6 Yamada R, et al. Segmental obstruction of the hepatic inferior vena cava treated by transluminal angioplasty. *Radiology* 1983; 149:91.
- 7 彭勃,等. 经皮血管腔内成形术治疗柏—查氏综合征. *中华放射学杂志* 1989;23:362.

摘取折断脑造影导管一例

高启忠 王健美 罗香国 周 亮 何光应 彭仲华 尹寿宏

患者男,48岁。以后枕部剧痛一天,呕吐一次,于1992年11月2日入院。入院前一天夜里突然出现后枕部剧痛,有搏动感,呈持续性阵发性加剧,伴呕吐一次,非喷射性。查体除右眼外展不全,颈部稍有抵抗外无其他阳性体征。腰穿脑脊液呈淡红色,测压240mmH₂O柱。潘氏试验阳性,CT诊断广泛性蛛网膜下腔出血,临床考虑后交通动脉血管瘤,申请全脑血管造影检查。

患者于1992年12月30日下午作数字减影全脑血管造影术,经右股动脉穿刺,用7号单弯导管和导管鞘作选择性左椎动脉和左颈总动脉造影,造影成功后在导管退至主动脉弓部位时,即发现有断裂现象,但尚有一丝相连,随令其速退出导管,当导管退至腹主动脉第三、四腰椎平面处完全折断分离,导管远端折断部分长约2.5cm左右,近端已退至右髂总动脉内,后退出导管鞘。当即请内镜室医生会诊,用取异物网篮通过导管鞘送入腹主动脉内试图套出未成功,又改用小号活检钳通过导管鞘送入腹主动下段。将游离断裂漂浮在血管内折断残存导管钳夹咬紧后退至股动脉随同导管鞘一同拔出体外,压迫股动脉穿刺点15分钟,病人安返病房。

讨论

导管折断是血管造影和导管治疗重要而危险的并发症之一,通过本例我们有以下几点教训和体会:1.

严格掌握血管造影和导管治疗的适应证,提高警惕性,预防各种并发症发生。2. 在造影检查前要反复仔细检查所选用的导管有无裂痕和折裂的迹象,对破损折裂的导管不可再用,防止发生意外,3. 对一次性导管特别是国产导管一般使用2~3次后不应再次使用,应及时更新和购置新导管,4. 操作过程中发现导管有折断迹象时,要及时退出。不可继续操作,防止导管折断堵塞重要脏器如心、脑、肺、肾等造成不良后果甚至死亡等事故发生。5. 术者操作要轻柔,不可粗鲁和胡乱操作以防造成导管折断等不良后果。6. 加强各种导管的保存和消毒措施。最好将导管悬挂在带钩的立柜里或放置在特制的缩合板长槽内,上面加盖,防止折弯和损坏,使用时用1%洁尔灭消毒液严格消毒浸泡或用10%福尔马林液薰蒸后方可取出用生理盐水冲洗干净后使用。7. 遇有术中导管折断并发症发生时,不可慌张,要想尽各种办法把折断导管置于安全处或及时采取各种摘取措施,并请有关科室会诊共同处理。我们当时即请内镜室医生协同处理,很快将折断导管取出,避免了不良后果发生和开刀取异物之痛苦。

作者单位: 475003 中国人民解放军第155医院