

PTRA 治疗肾血管性高血压 7 例报告

冯艳姣 崔进国 陈付勇 田惠琴 张成周 张俊双

经皮穿刺肾动脉成形术(Percutaneous transluminal renal angioplasty (PTRA)是治疗肾血管性高血压的一种有效方法。我院自1990年1月至1994年8月共施行 PTRA 治疗肾血管性高血压 7 例现报告如下。

临床资料

7 例中男 3 例女 4 例。年龄 12~47 岁,均以头痛、头晕、高血压入院,其中 1 例患有活动性肺结核。查体血压在 29/13 至 22/14kPa,腹部闻及血管性杂音,同位素肾图 2 例患侧肾排泄功能受损, BUN 与超声波检查在正常范围。临床资料结合肾动脉造影考虑大动脉炎 5 例,动脉粥样硬化与纤维肌结构不良各 1 例。

方法与结果

采用 Seldinger's 股动脉穿刺法,送入 $F_6 \sim F_7$ 多孔或猪尾导管,行腹主动脉造影。7 例为肾动脉近端局限性狭窄,其中 3 例双侧性狭窄、4 例单侧性狭窄,伴腹主动脉节段性狭窄和腹主动脉迂曲各 1 例,肾动脉与腹主动脉夹角大于 45° 6 例,小于 45° 1 例。肾脏明显缩小者 2 例(见图 1、2)。在行肾动脉扩张时先用 F_5 肾动脉导管,超选择送入患侧肾动脉近端,而后沿导管送入导丝使之通过狭窄段达肾动脉分支内,再沿导丝推送导管预扩张狭窄的肾动脉,当导管先端通过狭窄段之后退出导丝,测狭窄两端压力,本组病例狭窄两端平均压力差都 $> 20\text{mmHg}$ 。再沿导管送入导丝,保留导丝,退出导管,沿

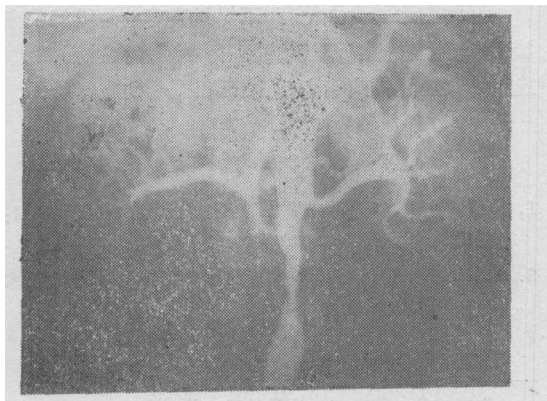


图 1 右肾动脉近端局限性狭窄合并腹主动脉节段性狭窄。



图 2 右肾动脉近端局限性狭窄,右肾明显小于左肾

导丝置换 F_5 Grutzig 带球囊导管(球囊为 $4\text{cm} \times 6\text{mm}$);球囊置于狭窄段,以 38% 泛影葡胺充盈球囊,手推加压约 5 个大气压,扩张 3~4 次每次持续 60 秒,扩张后退出导丝,重复测压,平均压力差都 $< 20\text{mmHg}$ 。再次造影观察扩张效果,狭窄均有不同程度减轻。随访 1 个月至 4 年 8 个月,3 例治疗后血压维持在 16/9.3kPa 左右,2 例肾脏缩小者需服降压药,血压可降至 20/13.3kPa,1 例因对侧肾动脉完全闭塞血压下降不显著,1 例因肾动脉和腹主动脉夹角太小插管失败。

讨论

1964 年 Dotter 和 Judkins 应用 PTA 技术治疗肾动脉狭窄获得成功^[1], 1982 年我国首次采用 PTRA 治疗肾动脉狭窄也获得成功^[2]。80 年代之前国内多采用外科手术治疗,技术成功率为 78.9%,但吻合的血管容易再狭窄,且创伤大,病人不易接受。本组 7 例,6 例技术成功,1 例因腹主动脉与肾动脉夹角 $< 45^\circ$ 球囊导管不能通过狭窄段而失败。随访 1 个月至 4 年 8 个月,3 例治疗 2 例肾脏缩小者需服用降压药,血压可维持在略高于正常水平。从我们的病例看出 PTRA 操作成功率和疗效同病例选择直接有关。结合文献资料 and 我们的病例认为 PTRA 的适应证是肾动脉局限性狭窄,其狭窄程度在导丝引导下能通过导管,无钙化,肾脏不缩小。肾动脉与腹主动脉夹角小于 45° 操作困难,成功率低。肾

作者单位: 050082 白求恩国际和平医院放射科

动脉病变广泛,肾小动脉硬化,肾脏缩小,肾功能受损病例效果差。术后应用阿斯匹林,潘生丁可预防血栓形成及再狭窄。本组一例合并活动性肺结核,PTRA 后正规抗痨治疗,随访 4 年 8 个月无复发。PTRA 术后必须进行病因治疗。有人主张分肾静脉血肾素活性比值在 1.5:1 以上者可作为 PTRA 的指征,国内一般医院无此条件,我们认为不必受此限制。根据病史体征,肾动脉造影,超声波,同位素肾图,血清 BUN 可作为选择 PTRA 适

应证的依据。

参 考 文 献

1. 贺能森,等. RTRA 治疗肾血管性高血压中华放射学杂志 1986;20:194.
2. 戴汝平,等. 经皮穿刺肾动脉成形术 中华放射学杂志 1986;20:197.

恶性胸水的介入放射治疗 6 例

周沛林 杨凤生 李向前 高忠和 王步群

恶性胸水是常见的癌肿转移表现,常是一侧性大量积液,临床上突出表现是呼吸困难。一般常规治疗,症状很难缓解,笔者采用介入放射治疗此类患者 6 例,取得较满意的疗效,现总结报告如下。

材 料 与 方 法

患者 6 例,男 5 例,女 1 例,年龄 30~86 岁。原发病灶: 3 例为肺腺癌,1 例为前列腺肉瘤术后,1 例为前列腺癌术后,1 例为乳腺癌术后。抽出胸水均为血性,并检出恶性细胞。

用改良 Seldinger 法,经股动脉穿刺,导入 6FC 型导管,选择性进入相应的支气管动脉及肋间动脉造影,然后经导管注入顺铂 60mg、丝裂霉素 12mg、足叶乙甙 200mg,2 例原发灶于前列腺的,留部分药液于两侧髂内动脉内灌注。2 例行 1 次介入治疗,3 例 2 次,1 例 3 次,每次间隔 4~5 周。每次介入术后一周,再胸腔灌注顺铂 40~60mg。

结 果

经 1 次介入治疗后,6 例患者胸水明显减少,呼吸困难基本缓解。6 例患者,经 1~3 次治疗,胸水基本消失的 1 例;减至小量 2 例;但伴有胸膜增厚,减至中量的 1 例;稳定的 2 例。3 例肺部原发灶,基本消失 1 例,缩小 50% 以上 2 例。3 例分别随访在 2 月(死于肝破裂)、4 月、6 月死亡,3 例分别随访 5 月、9 月、10 月仍存活。

讨 论

恶性胸水,由于大量积液压迫肺组织,使肺呼吸面

积减少,纵隔发生移位、导致呼吸困难的发生,如不有效控制胸膜癌性渗出或解除纵隔淋巴回流受阻,则症状不可能缓解。而此时患者往往已属晚期,一般情况差。全身化疗,不仅疗效差,而且毒副作用大,患者难以耐受。介入治疗,是局部高浓度化疗,疗效高,毒副作用小,体质差者亦能耐受。

恶性胸水,是因为癌肿转移种植至胸膜,癌性渗出急剧增多,或由于纵隔淋巴受阻,淋巴管内压力升高,阻碍胸腔内液体回吸收所致^[1]。根据解剖学特点,脏层胸膜主要为支气管动脉供血,壁层胸膜主要为肋间动脉供血^[1],纵隔淋巴亦主要为支气管动脉供血^[2],因此,于支气管动脉和肋间动脉灌注化疗,可有效地控制胸膜转移和受侵的纵隔淋巴,同时,对肺部的原发或转移病灶亦能有效地治疗。另外,加上胸腔内化疗药物的灌注,使胸膜转移得到更有效地控制。

恶性胸水的介入治疗,不仅迅速有效地缓解临床症状,提高患者的生活质量,而且可反复多次进行,使原发或转移病灶消失或缩小,从而延长患者的生存时间。

参 考 文 献

1. 朱贵卿主编. 呼吸内科学. 北京: 人民卫生出版社 1984: 18, 624.
2. 陈星荣,等主编. 选择性血管造影, 上海: 上海科学技术出版社 1990: 98.

作者单位: 233000 安徽蚌埠市第三人民医院(周沛林、杨凤生、李向前、高忠和),上海市第一人民医院(王步群)