

· 临床经验 ·

支气管动脉栓塞治疗急性大咯血

罗剑云 黄少英 陈晓红

急性大咯血是一种严重的急症,如抢救不及时,可危及患者的生命,传统内科止血疗法效果不十分理想且容易复发。我们采用支气管动脉栓塞方法,成功抢救了 3 例大咯血患者,取得满意效果,现报道如下。

材料与方 法

男 1 例,女 2 例,年龄 28~52 岁。2 例确诊为支气管扩张,患者均有不同程度反复咯血痰史 3~6 个月,1 例肺癌并经过 2 次行支气管动脉灌注化疗,肿瘤未能控制而突然发生大咯血患者,咯血量 300~700ml/24h。经内科止血等措施仍未控制出血,即接受急诊支气管动脉栓塞治疗。

采用 Seldinger 技术,在 X 线电视监控下,将导管插至胸主动脉相当于支气管隆突水平转动导管,当导管尖滑入支气管动脉开口部时,用手推注泛影葡胺 6~10ml,经 DSA 系统行支气管动脉造影术,以提供支气管动脉的影像学诊断,确认病变支气管动脉分布、范围后,再超选择插管至靶支气管动脉,用明胶海绵碎块与泛影葡胺混合,丝线微粒为栓塞剂,栓塞顺序为:明胶海绵→丝线微粒→明胶海绵。依次栓塞,当见到血流变缓或完全停止时,立即中止栓塞,完成治疗。

结 果

本组 3 例支气管动脉造影发现 1 例病侧 2 支支气管动脉不同分支供血,其中 1 支与肋间动脉共干。3 例患者支气管动脉主干均明显增粗,管径在 2mm 以上,其中 1 支管径达 7mm,分支血管增多、迂曲,并见广泛血管网,粗细不等,排列杂乱无章,1 例显示造影剂弥散性片状出血灶。

栓塞术后,2 例立即止血,1 例 8 小时后大咯血缓解,转为间或有血痰表现,3 例均未出现不良反应和并发症。随访 2 例支扩患者 6 个月后未见复发,1 例肺癌者仍有血痰外,未见出现大咯血,2 个月后因广泛转移死亡。

讨 论

大咯血多由于支气管动脉破裂所引起,其主要原因为病变直接侵犯破坏血管壁导致血管破裂,支气管动脉与肺动脉间存在大量分流,因而易破裂出血,或为肺部先天性获得性病变。本组 3 例患者经选择性支气管造影显示,病侧支气管

动脉普遍增粗,血管管径均大于 2mm 以上,其中 1 支支气管动脉管径达 7mm,正常支气管动脉干的管径仅约 1~2mm^[1]。分支血管增多,本组 1 例患者找到 2 支支气管动脉不同部位开口,其中 1 支又与肋间动脉共干参与供血,在病变区内形成广泛血管网络,特别在肿瘤区内血管呈粗细不等,排列杂乱无章,部分可有动、静脉交通。对这些病变丰富的血管,一旦被侵犯破裂,即可形成急性大咯血。

对于支气管动脉受损大咯血患者,利用支气管动脉栓塞术治疗急性大咯血,可获成功。我们应用这一技术,对 3 例急性大咯血患者施行栓塞术,并在栓塞材料方面加以改进,常规采用明胶海绵栓塞的同时加入丝线微粒作为栓塞剂,使之具有双重栓塞效果。

有文献报道,对支气管大咯血患者作支气管动脉栓塞术,失败率仍有 21%,失败原因之一是与不同类型的栓塞剂有关,单纯明胶海绵栓塞经一定时间后可以被吸收而使血管再通,再通时间是 50 天以上^[2,3],成为影响远期疗效的重要因素。本组患者同时应用明胶海绵、丝线微粒,即使明胶海绵被吸收仍有丝线微粒栓塞,加之血小板对异物积聚形成血栓,达到长期止血效果,2 例患者栓塞后随访最长半年无一复发。

在支气管动脉插管时,熟知支气管动脉分布情况对栓塞也是重要的,因为支气管动脉解剖变异较大。笔者根据 270 例肺癌支气管动脉灌注化疗表现,多支支气管动脉、共干等与文献报道右侧多为 1 支,左侧多为 1~3 支(70%)是相符的。本组 1 例在患侧找到 2 支支气管动脉参与供血,并分别进行了栓塞,收到满意效果。笔者认为急性大咯血患者应考虑及早行支气管支脉栓塞治疗,该法止血快、安全,并发症少,效果好。

参 考 文 献

1. 崔进国,等. 支气管动脉 X 线解剖及正常变异(附 70 例分析). 中华放射学杂志, 1992, 26: 838.
2. 郭季宣,等. 大咯血及肺癌患者支气管动脉造影表现. 中华放射学杂志, 1994, 28: 85.
3. 顾正明,等. 支气管动脉栓塞术治疗长期反复咯血. 中华放射学杂志, 1992, 26: 165.

作者单位: 526021 广东省肇庆市第一人民医院放射科