

到止血效果,我们改用将钢圈 1/3 段放入瘤体,2/3 段放进十二指肠动脉,用肾上腺素收缩血管后再放 3 粒明胶海绵,结果止血效果良好,术后并未再出血。

对于肢体动脉出血,最好用钢圈或可脱球囊栓塞,这两种栓塞物数量和大小均易控制,栓塞后一般不会发生异位栓塞。

对于创伤性大出血的治疗,动脉栓塞是较为理想的方法^[5,6],我们认为介入治疗应抢时间、尽量减少失血,即或在失血休克状态下,也应在保留通道,加大输液输血量、纠正休克的同时,进行急诊血管造影和出血动脉栓塞治疗,这样才能减少病人的出血,提高抢救成功率,缩短住院时间。

参 考 文 献

1. 杨珏,陈福真,吴肇光,等. 内脏动脉瘤 54 例诊断经验. 中华普通外科杂志, 1998, 13: 265-267.
2. Werner C, Bonnevie B. Gastrointestinal bleeding from a fistula between an aneurysm of the hepatic artery and the pancreatic duct. Eur J Vasc Surg, 1993, 7: 95.
3. 张福明, 李国新, 陈勇, 等. 经导管动脉栓塞治疗消化道动脉性出血. 急诊医学, 1998, 7: 296-297.
4. 张世伟, 徐晨. 特发性肾出血的肾动脉造影表现及栓塞治疗. 中国实用内科杂志, 1998, 18: 360.
5. 冯耀良, 李麟荪, 王杰, 等. 介入性栓塞术对外伤性大出血的急救处理. 急诊医学, 1998, 7: 95-96.
6. Perez JV, Hughes TM, Bowers K. Angiographic embolization in pelvic fracture. Injury, 1998, 29: 187-191.

• 病例报告 •

肠系膜下动脉灌注药物治疗下消化道急性大出血一例

唐玉新 蒋远东 刘铁斌 王书江 刘锦波

患者,男,72 岁。因椎基底动脉供血不足、冠心病,左肾盂癌切除术后一月住院治疗期间,无明显诱因腹泻新鲜血便,继而出现失血性休克,心绞痛发作。心电图提示明显心肌缺血改变,临床即以抗休克,扩张冠状动脉、止血、输血抢救,10 小时后心绞痛消失,休克纠正,便血仍不止。急查胃镜:胃十二指肠未见出血病变,肠镜:直肠,乙状结肠未见出血病变,降结肠内新鲜血较多,疑为降结肠以上段肠道出血。急行肠系膜上、下动脉造影检查,见结肠脾曲的分支有多处

造影剂外溢,局部小动脉不规则扩张增粗。当即以垂体后叶素 10U 加生理盐水 50ml 缓缓半小时内注入,注完再观察半小时后造影,见肠系膜下动脉血管变细,无造影剂外溢,原出血部位局部小动脉仍不规则扩张增粗。结束手术后便血停止。1 周后患者大便潜血(一)。2 周后查肠镜:降结肠末端粘膜片状中度充血,轻度糜烂,脾曲可见 3 处扩张静脉,未见肿物,横结肠未见异常。诊断为慢性结肠炎,结肠血管性病

作者单位: 116021 (大连)解放军第 210 医院放射科

• 病例报告 •

肝癌介入化疗后髂动脉栓塞一例

梁志明

患者女 53 岁,临床确诊为原发性肝癌,伴右肝多发转移;腹腔动脉造影显示,右肝内多血供性多发转移瘤,有寄生性动脉供血,右膈下动脉及网膜右动脉参与肿瘤供血。曾 2 次经右股动脉选择性肝固有动脉插管化疗每次经导管一次性灌注 5 FU 1250mg、CDDP40mg。第二次插管化疗结束后 4 小时,右下肢出现剧烈疼痛,运动受限。右股、足背动脉搏动消失,右下肢皮肤紫绀,皮温降低。解除右股动脉局部压迫后,上述症状、体征未见改善。即刻经左股动脉进路行

右髂总动脉造影,示右髂外、股动脉栓塞。将导管送入血栓近端进行溶栓。先用冲击量尿激酶 10 万 U 加入 60ml 生理盐水经导管缓慢推注半小时,随血栓溶解推进导管。然后用 1500U~2000U/分速率,经导管持续灌注尿激酶,并间断推注肝素盐水和试注复查。尿激酶总量达 40 万 U 时,再次做右髂总动脉造影,示右髂外、股动脉完全再通,患肢疼痛、紫绀消失,皮温、运动恢复正常。

作者单位: 528434 广东中山市阜沙医院放射科