

3. Sakuta Y, Arai S. Penetrating brain injury and traumatic aneurysm caused by a mail gun. No Shinkei Geka, 1997, 25: 357.
4. Goulhier B, Mairy Y, Etienne PY, et al. Late diagnosis of a traumatic pseudoaneurysm of the subclavian artery. J Belge Radiol, 1996, 79: 26.
5. 史水信, 钟红, 周芯. 彩色多普勒超声在创伤性假性动脉瘤形成过程中的变化特征. 中国超声医学杂志, 1997, 13: 4.
6. 章亚东, 侯树勋, 王予彬, 等. 四肢霰弹伤的致伤特点和外科处理. 中华外科杂志, 1999, 37: 25.

7. 王颂章, 魏崇健, 曾晓华, 等. 假性动脉瘤的介入治疗. 中华放射学杂志, 1994, 28: 310.
8. Reidy JF, Qureshi SA. Interlocking detachable platinum coils, a controlled embolization: Early clinical experience. Cardiovasc Intervent Radiol, 1996, 19: 85.
9. 张皓, 金方法, 张柏根, 等. 假性动脉瘤的诊断和治疗. 上海第二医科大学学报, 1994, 14: 353.

(收稿: 1999-07-22)

• 临床经验 •

介入性治疗技术在急诊中的初步应用

朱应合 唐振良 徐克

随着介入技术的应用和发展, 部分治疗技术已应用于急救医学领域, 并发挥着重要作用。现将我们使用介入方法治疗的 37 例急诊病人报告如下。

材料和方法

一、病例资料

在 1995 年至 1998 年使用介入性技术治疗急诊病人共 37 例, 其中静脉性上消化道大出血 17 例, 支气管大咯血 8 例, 急性肢体动脉血栓形成 5 例, 急性脑梗塞 2 例, 同期与心内科合作行急性心肌梗死抢救治疗 5 例。这些病人均有明显的临床症状体征, 均通过急诊科或相关科室临床确诊。消化道大出血和咯血病人均曾经内科保守治疗效果不佳或出现反复者, 急性脑梗死和急性心梗病人除临床症状体征外还分别经 CT 和心电图检查确认。

二、方法

不同的病变类型采用不同的方法进行治疗。静脉性上消化道大出血病人采用两种方法行介入治疗, 14 例采用经颈静脉肝内门腔静脉内支架分流术(TIPSS) + 胃冠状静脉栓塞术(SEEV), 3 例行经皮肝穿刺胃冠状静脉栓塞术(SEEV) + 部分脾栓塞术(PSE); 支气管大咯血采用 Cobra 导管插至病变支气管动脉, 用明胶海绵颗粒进行栓塞; 急性心肌梗死病人, 将专用的冠状动脉导管插入至病变冠状动脉, 缓慢注入大剂量尿激酶进行溶栓; 急性脑梗死病人是通过将微导管超选择插管至血管阻塞近端, 缓慢

注入尿激酶溶液进行溶栓, 直至病变血管完全或大部开通; 对于急性肢体动脉血栓形成, 经健侧股动脉穿刺插管, 将导管头部送至患侧动脉血栓近侧或直接插入血栓内, 缓慢推注尿激酶至血栓完全溶解。

结 果

37 例病人病情均得到显著改善。17 例食管静脉曲张破裂出血病人中, 15 例术后出血即刻停止, 2 例术后 8 小时出血完全停止, 其止血效果无方法上的差别, 随访期无再出血征象。支气管大咯血 8 例病人中 7 例术后出血即刻停止, 1 例术后 12 小时停止, 5 例急性肢体动脉血栓形成于溶栓治疗 1~2 小时内血管完全或大部开通, 患侧肢体颜色转红, 表面温度升高, 疼痛减轻或消失。仅 1 例于血管开通后 12 小时出现急性脑栓死症状, 行内科治疗(该病人年龄大, 心电图显示有心房纤颤, 考虑溶栓治疗使左心房血栓脱落造成脑栓塞)。2 例脑梗死中分别于发病后 4 小时和 8 小时开始溶栓治疗, 阻塞血管均得到完全开通, 前者术后症状体征完全消失, 后者仅遗留轻度肢体活动障碍。5 例冠状动脉均完全开通, 心功能衰竭症状得到控制, 3 例残留轻度 T 波和 S-T 段异常改变。

讨 论

介入治疗是一种新兴微创性治疗技术, 它通过穿刺技术将导管等器械送至病变局部进行治疗, 因而有更好的效果和更高的安全性。本组结果亦显示了这一点。我们的经验是对于血管栓塞性病变, 该疗法将导管插到闭塞血管局部进行溶栓, 局部药物

浓度大,作用迅速,效果好,可使闭塞血管完全再通,而药物的副作用却较低。至于其临床症状、体征的恢复程度,则与发病时间长短密切相关,尤其是急性心梗和急性脑梗死有明显的治疗时间窗,如在发病较短的时间内开始溶栓治疗,可使病变血管完全再通,症状体征也可完全消失,但如发病时间超过一定时间段,即使血管再通也不能避免供血组织坏死,症状体征也不能完全消失,而出血的并发症却可能增加。溶栓治疗时,如怀疑有心壁或静脉血栓存在时溶栓治疗应慎重,给药速度和剂量均应适当控制,避免意外栓塞的发生。对于急性出血性病变,介入治疗通过将导管直接插至出血的血管内将其栓塞,使该血管血流中断,出血迅速停止,其效果明显优于内外科治疗措施。

介入技术在急救领域中的应用除本文提到者外还有许多项目已见于文献报道,而且因其具有创伤小,操作简单、安全,见效快,效果好等优点,可起到

事半功倍的效果。可见介入技术在急诊治疗中有着广阔的应用前景,必将成为现代急救医学的重要治疗手段。

参 考 文 献

1. 张金山,王茂强,杨立,等.经颈静脉途径肝内门体分流术的临床应用.中华医学杂志.1994,74:150-153
2. 杨海山,双介入方法治疗食道静脉曲张破裂的疗效观察.中华放射学杂志,1997,28:535-537.
3. Remy J, Arnaue G, Fardol M, et al. Treatment of hemoptysis by embolization of bronchial arteries. Radiology. 1997, 122: 33-36.
4. 阎农,刘卓,于雷,等.经皮冠脉根部插管溶栓治疗急性心肌梗塞临床研究.中国急救医学.1998,18:24-25.
5. 单鸿,邵国庆,李少文,等.急性闭塞性脑血管病的腔内溶栓治疗.中华放射学杂志.1996,30:595-597.
6. 张生林,牛争平,魏利华.6小时外脑梗塞溶栓治疗的探讨.中国急救医学.1998,18:18-19.
7. 蒋世良,戴汝平,徐仲英,等.动脉内溶栓治疗外周动脉阻塞性病变.介入放射学杂志.1994,3:6-8.

(收稿:1999-07-18)

• 临床经验 •

内支架置入并动脉化疗治疗食管恶性狭窄

戚晓军 刘伟 高文斌 吕明 刘阳

食管癌发展至晚期时常出现食管狭窄,导致病人有进食困难,恶液质等临床表现,为解决食管恶性狭窄,我院采用食管支架置入结合食管动脉化疗治疗恶性狭窄,效果显著。现将我们自1997年10月至1999年1月治疗12例病例的总结报告如下。

材料与方 法

一、临床资料

自1997年10月至1999年1月,我科收治了12例因食管癌致恶性狭窄的病人,其中男性10例,女性2例,年龄47~79,平均年龄64岁。所有病例均经食管钡剂透视及食管镜检,病理学检查证实为鳞癌。病变长度为1~12cm,平均7.5cm。癌肿位于食管上段者2例,中段者8例,下段者2例,其中1例为食管贲门双发癌,1例出现肝转移,1例出现食管气管瘘。生活质量卡氏评分50~60分。

二、内支架置入方法

所有操作均在X线电视监视下进行,先用1%地卡因溶液作咽部表面麻醉,通过聚四氟乙烯导管将0.038in导丝通过狭窄段送至远端达胃内,然后通过Cobra导管更换超滑导丝为超硬导丝,将球囊沿导丝送入到狭窄段,行扩张术(根据狭窄段长度选择不同长度的球囊)。同时确定病变上下段位置,做好标记。扩张成功后,沿导丝送入支架输送系统,我们采用Premium自膨式镍钛合金食管支架,整个支架长度根据狭窄病变长度来选择,要求支架比病变长出2~4cm。定位后将压缩的支架放在狭窄部,支架留置后,即行食管造影观察其开通情况。

三、动脉灌注化疗

本组12例病人,2例未行动脉化疗,其余10例均于内支架置入术后1周行选择性肿瘤动脉插管化疗,10例共行动脉灌注药物25次,其中最多达5次,最少达2次。平均每人2.5例次。每次间隔3~4周,具体操作是采用Seldinger改良法行股动脉穿刺,经导丝导入Cobra导管,根据病人的肿瘤位置不同,选择其特定肿瘤供血动脉。上段肿瘤选择锁骨