

次复发; 3. 肺动脉分支参与供血。有文献报道部分大咯血患者肺动脉参与供血^[8], 对于此类病例, 要取得彻底的栓塞有较大的难度。对于复发大咯血的合并有壁空洞或广泛纤维化的病例, 如果无外科禁忌证, 我们主张在采用 SBAE 获得暂时止血后 1 周内行外科手术切除。本文 15 例复发患者有 9 例择期行手术切除, 随访至今未见复发。

三、咯血量与疗效关系

有文献报道日咯血量 500ml 以上者支气管动脉栓塞的远期疗效差于日咯血量 500ml 以下者, 本研究结果与文献报道相似^[6]。对于肺结核大咯血复发病例, Ramakantan 等^[8] 认为再次行栓塞治疗无效。本研究表明, 对于无空洞或广泛纤维化的复发病例再次行 SBAE 后仍可获得较佳的远期疗效, 可能与完全彻底的栓塞以及对基础病变坚持有效的抗结核及抗感染治疗有关。

参 考 文 献

1. Uflacker R, Kaemmer A, Pedro DP, et al. Bronchial artery em-

bolization in the management of hemoptysis: technical aspects and long term results. Radiology, 1985, 157: 637.

2. 杨熙章, 吴纪端, 杨永岩, 等. 支气管动脉间歇性重复栓塞术治疗大咯血. 介入放射学杂志, 1999, 8: 83.

3. 顾正明, 何礼贤. 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.

4. Mal H, Rullon I, Mellot F, et al. Immediate and long term results of bronchial artery embolization for life threatening hemoptysis. Chest, 1999, 115: 996.

5. Uflacker R, Kaemmerer A, Neves C, et al. Management of massive hemoptysis by bronchial artery embolization. Radiology, 1983, 146: 627.

6. 凌春华, 王光杰, 马家用, 等. 选择性支气管动脉双重栓塞治疗咯血的远期疗效分析. 中华结核和呼吸杂志, 1998, 21: 284.

7. Wedzicha JA, Pearson MC. Management of massive hemoptysis. Respir Med, 1990, 84: 9.

8. Ramakantan R, Bandekar VG, Gandhi M S, et al. Massive hemoptysis due to pulmonary tuberculosis: control with bronchial artery embolization. Radiology, 1996, 200: 691.

(收稿日期: 1999 10 11)

• 病例报道 •

肝癌介入治疗术中诱发急性脑梗死 例

韦彩群

患者男, 53 岁。因原发性肝癌、高血压病而入院。入院时血压为 180/100mmHg (1mmHg= 0.133kPa)。患者入院后, 积极用药物控制高血压 1 周。介入治疗术前 2d 血压在 145/90mmHg 左右。术前未使用镇静剂。术时患者取仰卧位, 采用 Seldinger 法右股动脉穿刺插管。当导管沿腹主动脉上升至主动脉弓塑形时, 发现患者神志模糊, 言语不清, 右侧肢体肌力减退, 口角左偏。即测血压为 190/120mmHg, 双侧瞳孔等大, 等圆, 直径 3~4mm, 对光反射灵敏。考虑为高血压所致的脑血管意外。即刻拔出导管, 加压包扎, 同时给予心痛定 10mg 舌下含服, 肌注安定 10mg, 20% 甘露醇

250ml 加压静脉滴注, 然后作头颅 CT 扫描, 扫描结果为右侧基底节脑梗死。经过脱水, 降血压治疗后 10d, 患者神志清醒, 对答切题, 右侧肢体肌力恢复正常, 血压稳定而出院。

讨论 我们认为高血压患者在行介入治疗时应注意: 1. 术前应用药物控制血压, 尽量使血压降至正常水平; 2. 做好患者的心理护理及精神护理, 消除患者的恐惧心理及紧张情绪; 3. 患者进入介入放射室前肌注安定 10mg 或鲁米那 0.1g; 4. 掌握熟练的操作技术, 避免导管、导丝反复刺激血管; 5. 手术过程中要密切观察患者的病情变化, 经常询问患者主观不适感觉, 以便及时发现病情变化, 作出处理。

(收稿: 1999-12-27)

作者单位: 547000 广西河池地区人民医院放射科