

· 临床经验 ·

动静脉畸形所致下消化道出血的诊断及栓塞治疗

张志良 杨学东

动静脉畸形是消化道出血的病因之一,约占所有消化道出血病例的 0.3%^[1]。近年来,随着血管造影技术的广泛应用,检出率有上升的趋势。本文应用栓塞方法治疗动静脉畸形引起的下消化道出血 8 例,取得了良好的效果,现报道如下。

材料与方法

本组病人 8 例,男 5 例,女 3 例,年龄 24~72 岁,平均 39 岁。临床上主要表现为反复便血,出血量较少时,每次约 300~500ml;较多时,每次约 1000~2000ml,病人均伴有不同程度的贫血。其中,合并高血压、冠心病者 2 例(其中 1 例伴心肌梗死),糖尿病者 1 例,有胃肠道手术史者 2 例(1 例已行 3 次小肠手术)。

我们使用西门子公司生产的血管造影系统及美国达隆公司的 DFI-2000 型 DSA 机。经股动脉插管,分别做选择性肠系膜下动脉、肠系膜上动脉及腹腔动脉造影,对可疑病变部位,超选择后再次造影,以明确出血部位及有无动静脉畸形。最后,将导管超选择插入动静脉畸形的终末供应支(可用微导管)行栓塞治疗。栓塞材料为 PVA 微粒、明胶海绵颗粒、0/5 丝线或微弹簧圈。

结 果

经上述选择性腹腔动脉、肠系膜上、下动脉造影,发现动静脉畸形部位在空肠 3 例、回肠 2 例、回盲部 2 例和结肠 1 例。

动静脉畸形的血管造影表现:局部血管增粗、迂曲,部分聚集成丛状,肠壁染色增浓,可见点状或斑片状造影浓集区,有时可见回流静脉早显,部分可见造影剂溢入肠管,提示出血。

本组 8 例,1 例因超选择插管失败未进行栓塞,其余 7 例均成功进行了栓塞治疗。栓塞后造影示:动静脉畸形的供血动脉支闭塞,造影剂外溢消失,提示出血停止。栓塞后仅 1 例出现一过性腹痛,检查肠鸣音正常,观察 24h 后腹痛缓解。其他病人未出

现严重并发症。栓塞后 1~4 周,4 例病人进行了择期手术,术后病理证实为血管畸形,另有 2 例经内镜检查诊断为血管畸形。栓塞后随访 3 个月,7 例病人未见再次出血。

讨 论

胃肠道动静脉畸形(包括 Dieulafoy 病、小血管瘤、局限性小血管扩张等^[2])在不明确原因的下消化道出血病人中,列第 2 位^[3]。血管造影 DSA 能清楚地显示扩张、迂曲的畸形小动脉、小静脉、毛细血管网,并能显示造影剂延迟排空情况。当出血速率 $\geq 0.5\text{ml/min}$ 时,可显示出血点,即造影剂外溢进入肠腔。本文 8 例下消化道出血病人均经血管造影 DSA 诊断为动静脉畸形,其中 6 例经病理检查证实。说明血管造影及 DSA 对动静脉畸形引起的下消化道出血定位及定性诊断价值高。

一般来说,介入治疗简单、安全,对病人创伤小,效果迅速可靠,尤适合于年老体弱、合并症较多等不适于外科手术者。本文有 3 例即因一般情况较差而选择栓塞治疗。所有 7 例成功栓塞的病人,止血效果确切、可靠。从前有学者认为在空回肠及结肠中应用栓塞治疗有发生肠壁梗死的危险,发生率约 13%^[4,5]。但据研究,因肠壁内微血管相互融合,一定范围内的直动脉至末级动脉弓前一级的分支栓塞,不会引起肠壁坏死^[6]。本文 7 例栓塞病人,栓塞部位均控制在末级动脉弓前一级分支或以远水平,未出现肠壁梗死,1 例超选择插管失败,可能与较长时间的应用止血药物及局部血管痉挛有关。

栓塞治疗时,栓塞导管要尽可能靠近供血动脉的终末支,不能超过末级动脉弓上 2 级分支水平,否则,易引起较大范围的肠壁血管供应支闭塞,发生管壁坏死,当常规导管不能到达终末动脉时,要使用微导管。栓塞材料有多种,当动静脉畸形供血血管较小时,可选择明胶海绵粒或 PVA 微粒,对于具有粗大供养血管的动静脉畸形,采用 0/5 丝线或弹簧钢圈栓塞。另外,随着时间的延续,侧支循环形成,原先闭塞的动静脉畸形有可能再通,所以,尽管栓塞的近期效果满意,但其远期疗效尚待进一步观察。

本组无严重并发症,仅 1 例术后出现腹胀,但肠鸣音正常,观察 24h 后缓解,考虑为肠壁一过性痉挛引起。

综上所述,选择性血管造影对动静脉畸形引起的下消化道出血有重要的定位及定性诊断价值^[7],而栓塞止血简单、安全、可靠,是值得推广的止血方法。但其远期疗效尚待进一步观察。

参 考 文 献

1 Dy NM, Gostout CJ, Balm RK. Bleeding from the endoscopically-identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon. Am J Gastroenterol, 1995, 90: 108.

2 Vinton NE. Gastrointestinal bleeding in infancy and Childhood. Gastroenterol Clin N Am, 1994, 23: 93.
3 邵国良,倪才方,刘一之,等.不明原因消化道出血的 DSA 诊断.实用放射学杂志,1999,15: 20.
4 Okazaki M, Furui S, Higashihara H, et al. Emergent embolotherapy of small intestine hemorrhage. Gastrointest Radiol, 1992, 17: 223.
5 Uflacker R. Transcatheter embolization for treatment of acute lower gastrointestinal bleeding. Acta Radiol, 1987, 28: 425.
6 甘万棠,刘晋新,王巧兮,等.介入栓塞治疗下消化道大出血.中华放射学杂志,1999,33: 327.
7 席嘉元,吕梁,邓钢,等.不明原因消化道出血的血管造影诊断与手术病理对照研究.介入放射学杂志,2001,10: 8-10.

(收稿日期 2002-03-08)

· 临床经验 ·

X 线监视下内镜置放食管贲门内支架术 27 例

彭海霞 周林法 钱爱华 王赛玉

1997 年 4 月至 2001 年 6 月,我院采用在 X 线监视下经内镜置入金属支架治疗食管贲门狭窄 27 例,取得满意效果。现报道如下。

材料与 方法

一、一般资料
(一)本组共 27 例,均为晚期癌症住院患者,且经内镜检查及病理证实。食管癌 21 例,贲门癌 6 例;男 23 例,女 4 例;年龄为 45~85 岁,平均 65 岁。病灶长 3~10cm,其中<6cm 14 例,>6cm 13 例。治疗吞咽困难按 Stroller 法分级:Ⅱ级(进半流质)2 例,Ⅲ级(进流质)12 例,Ⅳ级(滴水不进)13 例。病程 1 个月~1 年。梗阻部位:食管上段 1 例,中段 12 例,下段 8 例,胃贲门 6 例。
(二)仪器设备 包括镍钛记忆合金食管内支架和推送器;Savary-Gillard 锥形硅胶扩张探条;含安全弹簧的导丝 1 根;Olympus GIF-P20 胃镜及 X 线装置。
二、方法
术前用药及治疗体位与胃镜检查相同。进镜观察狭窄程度及距门齿距离,胃镜不能通过狭窄部者经胃镜插入安全弹簧导丝入胃后退出胃镜,沿导丝用 Savary-Gillard 锥形硅胶扩张器(规格为直径 5~

14mm)从小到大扩张狭窄段,一般扩张到 11mm,胃镜可以通过即可。再插入胃镜在 X 线下作好病灶上下端体表定位,退出胃镜。选择大于狭窄段上下各 2~3cm 金属内支架,支架直径大于扩张后的狭窄部直径 2~3mm 为宜,将含支架的推送器在 X 线透视下准确送至病灶狭窄部,使支架中心与狭窄部中心基本重叠,支架缓缓张开后将推送器退出。术后 1~2 周后稀钡透视观察支架的位置。

结 果

27 例患者中 26 例 1 次扩张后置架成功,1 次置架成功率 96.3%。1 例食管中段癌置架后胃镜再次进入观察支架位置时支架被胃镜带出狭窄部,经口取出,重新置放后成功。置架后狭窄部明显扩张,吞咽困难改善。仍按 Stroller 分级:Ⅱ级 8 例,Ⅲ级 15 例,Ⅳ级 4 例。所有患者均能进食,术后患者有不同程度的胸骨后或上腹部疼痛,经对症处理后缓解。在 1~12 个月随访中,未发现支架移位、脱落。1 例食管上段癌置架 1 个月后支架上端肿瘤生长再次狭窄,2 例患者在支架置放术后 1 周全身衰竭死亡。置入金属支架治疗食管贲门狭窄近期疗效显著,最长已存活 1 年。远期疗效有待观察。

讨 论

晚期食管贲门癌失去手术机会和术后吻合口狭

作者: 张志良, 杨学东
作者单位: 200081, 上海, 解放军第411医院放射科
刊名: 介入放射学杂志 **ISTIC PKU**
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2002, 11 (3)
被引用次数: 1次

参考文献(7条)

1. Dy NM, Gostout CJ, Balm RK Bleeding from the endoscopically-identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon 1995
2. Vinton NE Gastrointestinal bleeding in infancy and Childhood 1994
3. 邵国良, 倪才方, 刘一之 不明原因消化道出血的DSA诊断 1999
4. Okazaki M, Furui S, Higashihara H Emergent embolotherapy of small intestine hemorrhage 1992
5. Uflacker R Transcatheter embolization for treatment of acute lower gastrointestinal bleeding 1987
6. 甘万棠, 刘晋新, 王巧兮 介入栓塞治疗下消化道大出血[期刊论文]-中华放射学杂志 1999 (05)
7. 席嘉元, 吕梁, 邓钢 不明原因消化道出血的血管造影诊断与手术病理对照研究[期刊论文]-介入放射学杂志 2001 (01)

引证文献(1条)

1. 郑志勇, 卢武胜 下消化道出血的血管造影诊断与栓塞治疗[期刊论文]-华西医学 2003 (1)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200203019.aspx

授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: 88837e7e-632d-4215-92a8-9e38016276b7

下载时间: 2010年11月24日