

CT angiography or routine angiography. Patients having significant neck trauma, a rotation extension injury history, or a "named" fracture to the midface (e.g., LeFort) have a 20% likelihood of having a great vessel injury. If the injury is a pseudoaneurysm, this can be stented with the newer neurostents which are of thinner material and are self-

expanding.

A final word: Do not forget the veins. The veins have significant blood flow and will bleed often. Only the larger veins, e.g. jugular, iliac, IVC, may be bleeding at such a rate that the use of a stent graft may be helpful.

(received 2006-05-08)

## ·病例报告 Case report·

# DSA 诊断肠系膜上静脉局灶性曲张伴消化道出血一例

谭 伟

【关键词】 数字减影血管造影;肠系膜上静脉;局灶性曲张;消化道出血

中图分类号 R575.2、R573.2 文献标识码 C 文章编号:1008-794X(2007)03-0215-01

DSA in the diagnosis of gastrointestinal bleeding with superior mesenteric vein focal varicose TAN

Wei. Department of Radiology, Affiliated Hospital, Wuhan Science and Technology University, Wuhan 430064, China (J Intervent Radiol, 2007, 16:215)

【Key words】 Digital subtraction angiography

肠系膜静脉曲张很少见,但可引起持续或间歇性消化道出血。现报告一例肠系膜上静脉局灶性曲张 1 例。

患者男,63 岁。反复解黑便 2 d 入院,无恶心、呕吐,无呕血。有慢性肝炎史 30 年、肝硬化病史多年。3 年前曾有消化道出血病史,内科保守治疗后出血停止。入院体检呈贫血貌,中上腹脐周轻压痛。实验室检查:外周血 RBC  $3.08 \times 10^{12}/L$ ; Hb 82 g/L, PLT  $87 \times 10^9/L$ , BP 80/50 mmHg。胃镜检查食管及胃未见明显出血点及静脉曲张,肠镜见肠腔内大量积血,未见肿瘤及活动性出血。B 超示肝硬化、脾肿大、腹水。患者入院后血压、红细胞及血小板计数进行性下降,内科保守治疗效果不佳。经右股动脉插管行肠系膜上动脉、肠系膜下动脉、胃十二指肠动脉及胃左动脉造影,动脉期未见明显异常,未见明显对比剂溢出,但肠系膜上动脉造影(5 ml  $\times$  5 s)延迟相见对比剂回流缓慢,21 s 起右上腹肠系膜上静脉属支异常迂曲增粗,脾动脉造影未见食管胃底静脉曲张,考虑为肠系膜上静脉局灶性曲张。遂行急诊外科手术治疗,术中见肝脏表面结节状,略萎缩,肝硬化较严重,自屈氏韧带远端 5 cm 起始约 50 cm 空肠异常扩张,自屈氏韧带远端 3 cm 始空肠近系膜缘血管即有异常扩张,直至空肠异常扩张段结束为止,切除病变空肠,行空肠端端吻合。术后病情稳定,未见出血。图 1、2。

讨论:肝硬化门脉高压患者致消化道出血很常见,常由食管胃底静脉曲张引起,文献报道肝硬化患者中异位静脉曲张发生率为 1%~5%,肠系膜静脉曲张患者都有因各种原因导致的门脉高压史,如肝硬化、门脉栓子等。本例患者门脉高压



图 1 肠系膜上动脉造影动脉期;图 2 肠系膜上动脉造影静脉期:延迟相见肠系膜上动脉各分支显示正常,延迟相见对比剂回流缓慢,21 s 起右上腹肠系膜上静脉属支异常迂曲增粗

征象比较明显,临床、胃镜及造影检查排除食管胃底静脉曲张,系单纯由肠系膜上静脉曲张引起消化道出血。

当异位静脉曲张导致的肠道出血时,出血部位的早期诊断比较困难,特别是当与食管胃底静脉曲张并存时,临床上常误诊为食管、胃底静脉曲张破裂出血或找不到病因而延误治疗。因此对于反复性消化道出血患者排除常见病变后应想到肠系膜静脉曲张引起可能,尤其是有门脉高压史的患者。肠系膜动脉造影时,对比剂量应足够大,延迟时间应足够长,以充分显示静脉相。当然,由于对比剂的稀释、静脉出血流速较慢及检查的最佳时间难把握等因素,常难以发现对比剂的外渗。外科处理如节段性的肠管切除或分流手术有助于控制出血,但能否手术有赖于肝脏疾病的严重程度。

(收稿日期:2006-09-13)

## · 病例报告 Case report ·

## X 线导引下插管灌洗硬化治疗卵巢巧克力囊肿三例

胡 璇, 方世明, 茅爱武

【关键词】 卵巢巧克力囊肿; 插管; 硬化治疗; X 线导引

中图分类号: R711.75 文献标识码: A 文章编号: 1008-794X(2007)02-0216-01

Three cases of transcatheter and lavage sclerotherapy for oophoritic chocolate cysts under X-ray guidance HU Xuan, FANG Shi-ming, MAO Ai-wu. Interventional Department, Tongren Hospital, Shanghai 200050, China (J Intervent Radiol, 2007, 16: 216)

【Key words】 Oophoritic chocolate cyst; Transcatheter Sclerotherapy; X-ray guidance

我们采用 CT 定位 X 线导引下穿刺插管灌洗法硬化治疗 3 例卵巢巧克力囊肿, 取得了良好的效果, 现报道如下。

例 1: 19 岁未婚女性。因腰酸半年就诊。CT 确诊为左侧卵巢囊肿 5 cm × 5 cm。给予 CT 定位 X 线导引下经皮穿刺插管灌洗硬化治疗。穿刺成功, 术中穿刺部位疼痛, 术后无不适, 囊液送检证实为巧克力囊肿。1 个月后复查 CT 囊肿消失, 随访至今 1 年无复发。

例 2: 22 岁已婚女性。因腰酸、下腹胀痛就诊。CT 确诊为左侧卵巢囊肿 3 cm × 4 cm, 经中药治疗 3 个月后病情无好转。给予 CT 定位 X 线导引下经阴道穿刺插管灌洗硬化治疗。穿刺成功, 术中术后无明显不适, 囊液送检证实为巧克力囊肿, 1 个月后复查 CT 囊肿消失, 随访至今 6 个月无复发。

例 3: 41 岁已婚女性。因腰酸、痛经就诊。CT 确诊为右侧卵巢囊肿 6 cm × 7.5 cm。给予 CT 定位 X 线导引下经阴道穿刺插管灌洗硬化治疗。穿刺成功, 术中无明显不适, 术后 2 d 轻微发热、下腹胀痛, 囊液送检证实为巧克力囊肿。1 个月后复查 CT 囊肿消失, 随访至今 6 个月无复发。

具体治疗方法如下: 术前已明确卵巢囊肿诊断。常规检查血常规、凝血功能、CA125, 碘过敏试验, 治疗前排空膀胱。按照 CT 定位图选择穿刺点和穿刺入路(经皮或阴道), 局部皮下或黏膜下注入 1%利多卡因, 以 21 G 千叶针在 X 线影像监视引导下按定位路径刺入囊腔, 注入稀释的对比剂(碘必乐), 显示囊腔大小、形态, 并确定针尖位于囊腔内, 抽得混浊囊液后, 用 0.018 英寸导丝同轴交换引入 7 F PTCD 外引流管成襻固定留置。抽取 20 ml 囊液常规送检找脱落细胞并抽尽囊液, 然后用分析纯乙醇反复灌洗后回抽, 单次注入乙醇量不超过抽出囊液总量, 直至冲洗至灌洗液清澈透明, 结束灌洗后在囊内保留分析纯乙醇 5 ml, 引流管封管并固定。隔日再次抽尽囊液反复灌洗, 重复 2 ~ 3 次, 导管留置 5 ~ 7 d 后拔管。拔管前抽尽囊内液体, X 线影像监视下用

0.035 英寸导丝解除引流管成襻后拔管。每次灌洗前均应造影明确引流管开口及侧孔位于囊腔内, 对比剂无外渗。每次灌洗过程中, 为使乙醇充分与囊壁接触, 可让患者改变体位。术后常规林可霉素抗感染治疗 3 d, 患者住院 1 周左右出院。嘱第 1、3、6 个月及 1 年后来院复诊, 复查 B 超、CT, 测量囊肿的大小变化。

讨论: 卵巢囊肿硬化治疗是通过破坏具有分泌功能的囊壁细胞, 使之变性凝固、产生无菌性炎症, 使囊腔粘连闭合消失, 不影响卵巢功能<sup>[1]</sup>。目前临床较多应用 B 超或 CT 定位穿刺硬化治疗卵巢囊肿<sup>[2-3]</sup>。黄优华等<sup>[4]</sup>采用 CT 引导下经皮插管硬化治疗卵巢囊肿, 临床观察说明该方法硬化彻底、安全实用、疗效可靠。我们采用的治疗方法其特点是在 X 线导引、监控下进行穿刺、置管并且反复灌洗。整个操作过程在 X 线监视下, 对比剂能动态显示穿刺针、引流管所在位置、囊腔形态, 确保穿刺置管的安全性。PTCD 外引流管导管头成襻留置, 不会顶在囊壁上, 也不易滑出。每次灌注, 能保证引流管开口及侧孔位于囊腔内, 避免了硬化剂渗出。经引流管可反复多次进行灌洗、硬化治疗, 操作方便, 硬化更彻底。

我们治疗的这 3 例患者中, 有 1 例在进行第 2 次灌洗前, 造影显示对比剂外渗, 是由于引流管外移引起侧孔位于囊腔外所致。然后, 在导丝帮助下, 调整引流管至造影显示位于囊腔内合适位置, 再进行灌洗硬化操作。

## [参考文献]

- [1] 熊伟尖, 周志娟. 经皮卵巢囊肿穿刺抽吸硬化术的研究[J]. 现代医院, 2004, 4: 40 - 41.
- [2] 夏永力. 超声引导无水乙醇硬化治疗卵巢囊肿的疗效分析[J]. 中国综合临床, 2002, 20: 834 - 835.
- [3] 周 萍. 超声引导穿刺抽吸注射硬化剂治疗卵巢囊肿[J]. 临床医学, 2002, 22: 58 - 59.
- [4] 黄优华, 徐 强, 孙 军, 等. 经皮插管硬化治疗卵巢囊肿[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 618 - 619.

作者单位 200050 上海市长宁区同仁医院介入科

通讯作者: 胡 璇

(收稿日期 2006-10-12)