

•病例报告 Case report•

经皮肺动脉异物介入取出一例

翁文采, 赵 渤, 刘学田

【关键词】 异物取出;肺动脉;介入

中图分类号:R657.32 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2007)-04-0287-02

Percutaneous foreign body retrieval of pulmonary arteries with interventional method (a report of one case) WENG Wen-cai, ZHAO Le, LIU Xue-tian. Department of Radiology, Xinhua Hospital Affiliated to Dalian University, Dalian, 116021, China (J Intervent Radiol, 2007, 16: 287-288)

【Key words】 Foreign body retrieval; Pulmonary arteries; Interventional

患者男, 9 岁, 因“原发孔房间隔缺损损性先天性心脏病”行“原发孔房间隔缺损根治术”, 在手术结束前关胸拔 22 G“下腔静脉插管”时发现其头端脱落, 当时手术视野内、外未发现脱落头端, 故考虑脱落于心血管内, 极有可能进入肺动脉。当时因无法确定脱落位置, 故未手术取出。术后患者情况稳定。为了尽快祛除异物, 行胸部正位片检查后, 发现在左肺中上野锁骨中线第 6 后肋与第三前肋交叉处可见“齿轮状”阴影。复行多层螺旋 CT 检查示: 左肺上叶前段基底部分异物影, 与“下腔静脉插管”头端相似, 通过重建显示发现异物头端近心(图 1)。结合手术病史, 考虑“肺动脉内异物”的诊断。因手术取出有困难, 故考虑先行“经股静脉肺动脉造影”以明确诊断, 必要时用介入方法将异物取出。

局麻后经右侧股静脉穿刺置入 6 F 鞘, 将 5 F 导引导管导入左肺动脉。行左肺动脉造影, 证明左上肺动脉一分支(左肺上叶前段)内“齿轮状”异物影(图 2), 形状与“下腔静脉插管”头端相似。故“肺动脉异物”诊断明确。因此, 试探直接行介入方法将异物取出。转动 C 臂位置, 见异物位于左侧支气管分支处, 头端近心。由于 5 F 导引导管硬度不够, 使在使用“J”型 0.035 英寸导丝入异物所在肺动脉时无法进入, 故改用 6 F 导引导管, 利用导丝将导引导管导入异物肺动脉

入口处。导入 0.014 英寸/190 cm 导引导丝, 希望将导丝头端穿过异物, 放入远端。转动 C 臂, 造影证明导丝确实在远端。由于无法判定导丝是否是经异物的筛孔通过, 故试探性的将 2.0 mm/12 mm 快速交换球囊扩张导管导入异物远端, 给予 12 个大气压将球囊扩张, 拉动球囊, 见异物随球囊活动(图 3), 故肯定导丝和球囊是经过异物的筛孔而入远端的。透视下继续边退导引导管, 边拉动球囊, 缓慢通过肺动脉瓣进入右室, 通过右房室瓣后进入右房、下腔静脉, 继续拉动导管及球囊将异物拉入髂外静脉。拉动过程中电影采集显示异物在球囊与导引导管之间随血流活动。由于需要手术切开取出, 考虑异物在髂外静脉有脱落的可能, 故再导入一根 0.014 英寸/190 cm 导引导丝, 穿过异物筛孔后将 2.5 mm/12 mm 快速交换球囊扩张导管导入异物远端, 给予 12 个大气压将球囊扩张, 两个球囊一起拉动, 将异物拉至腹股沟韧带下方穿刺点处, 外科医生切开皮肤暴露股静脉, 触及异物后固定, 切开静脉, 取出异物。见异物与完整下腔静脉插管的头端相符, 长度约 155 mm, 内已有血栓形成。由于外科医师切开静脉时将球囊划破, 故未见球囊穿过异物的情况。另外, 患者术中无胸痛、胸闷、气短等肺栓塞症状。



图 1 重建 MSCT 示左肺上叶见与脱落“下腔静脉插管”头端相似异物影

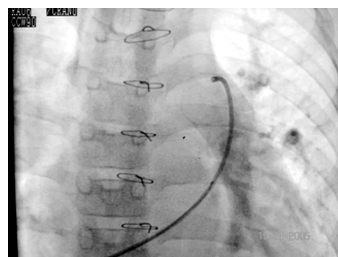


图 2 肺动脉造影确定异物位于肺动脉内

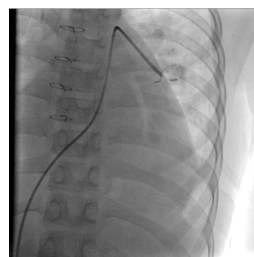


图 3 球囊扩张后位于异物内, 异物随球囊移动



图 4 异物取出, 内有血凝块

作者单位: 116021 辽宁大连大学附属新华医院 放射科

通讯作者: 翁文采

讨论

此类肺动脉异物较少见,术前对能否取出异物估计不足。首先,在将异物拉至髂外静脉比较费力时,考虑患者“先心病”,发育不良,异物大于血管直径,无法更换大一点的动脉鞘直接将异物取出,故欲行手术切开静脉取出异物。再导入另一球囊拉动异物至穿刺点上方的时候,临床医生经体表触及到异物且将异物固定。其次,虽然患者开胸手术后经

过抗凝,但是毕竟是开胸大手术,无法足够抗凝,因此异物内已经有血栓形成,如果不及时取出,后果将会很严重。至于手术过程中没有栓子脱落,造成小肺动脉栓塞的发生,我们认为跟异物在血管内的形状、形态和球囊的封堵有一定的关系。

(收稿日期:2006-07-14)

·病例报告 Case report·

子宫动脉栓塞术在孕 6 月余合并中央性前置胎盘引产中的应用一例

文传芳, 王 劲

中图分类号:R657.32 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2007)-04-0288-01

Application of uterine arterial embolization in the labor induction of complete placenta praevia with more than six month pregnancy—A case report WEN Chuan-fang, WANG Jin. *Department of Obstetrics and Gynaecology, People's Hospital of Bishan County, Chongqing 402760, China* (J Intervent Radiol, 2007, 16: 288)

【Key words】 Uterine arterial embolization; Complete placenta praevia; Induced labor

患者 37 岁, G₄P₂, 因停经 6 个月, 反复无痛性少量阴道出血 4 个月, 加重 3 d 入院。该患者停经 2 个月后反复出现无痛性少量阴道出血, 间隔约 40 d 1 次, 每次持续 2 ~ 3 d, 较平时月经量少, 休息后能自止, 未就诊。3 d 前无明显诱因出现阴道出血 500 ~ 600 ml, 不伴腹痛。入院时, 血压 130/80 mmHg, 中度贫血貌, 心肺未闻及异常。宫高、腹围与停经月份符, 胎心音 140 次/min, 臀位, 宫口未开, 无宫缩。辅助检查: 血红蛋白 (Hb) 71 g/L; B 超示臀位胎儿, 宫颈内口处见胎盘组织回声。入院诊断为: G₄P₂ 6⁺ 月孕 中央性前置胎盘, 失血性贫血 (中度)。入院后完善辅助检查, 于 2006 年 3 月 6 日在北京万东公司生产的东方 2000 型 800 mA 数字胃肠机引导下, 左/右侧腹股沟局麻后行双侧子宫动脉栓塞术, 术中穿刺、插管顺利, 将可吸收医用明胶海绵剪成 1 mm × 1 mm × 1 mm 大小作为栓塞微粒, 左/右侧子宫动脉共用可吸收医用明胶海绵 4/3 块, 栓塞后造影仅子宫动脉主干显影, 结束手术。术中患者无不适, 术后嘱患者平卧, 双下肢伸直制动 24 h, 沙袋压迫穿刺点 6 h, 严密观察双下肢血供情况, 加强抗感染治疗。子宫动脉栓塞术后第 1

天, 行利凡诺 100 mg 经腹羊膜腔内放药引产。栓塞术后第 2 天, 患者出现规律宫缩, 少许血性分泌物, 无明显阴道出血, 胎动减少, 胎心音 130 次/min; 栓塞术后 52 h, 先经阴道娩出胎盘完整, 继以臀位娩一死男婴, 符合 6 月胎龄, 子宫收缩好, 自栓塞术毕至胎儿娩出 2 h 内, 阴道出血量约 100 ml。栓塞术后双侧足背动脉均可扪及。产后第 2 天痊愈出院。

讨论 近年来随着介入放射学在临床的应用, 子宫动脉栓塞术已广泛应用于严重产科出血及大出血的预防, 具有独特优势, 创伤小, 且能收到立竿见影的效果。对于中央性前置胎盘病例, 常规的自然分娩或剖宫取胎术可能出现难以控制的大出血, 羊水栓塞的发生率相应增加, 而预防性行双侧子宫动脉栓塞术后, 能显著降低出血量, 能完全避免大出血, 避免子宫切除, 为患者保留了生育功能。而且由于动脉栓塞后, 子宫肌壁及羊膜上静脉血流缓慢, 减少羊水栓塞的发生。子宫动脉栓塞术实际上相当于非手术的子宫动脉血流阻断术, 其优点包括: 避免开腹手术; 适用于血流动力学参数不稳定, 麻醉有一定危险的病例; 由于动脉栓塞主要在远端血管, 故侧支循环形成明显减少, 不同于开腹手术中子宫动脉的结扎术, 且可吸收医用明胶海绵一般 20 d 后完全吸收, 子宫动脉再通, 子宫恢复正常血供, 不影响子宫的正常生理功能。

(收稿日期:2006-06-13)

作者单位: 402760 重庆市璧山县人民医院妇产科 (文传芳); 放射科 (王 劲)

通讯作者: 王 劲