

新途径。但远期疗效、复发率、再次治疗的必要性以及合并深静脉异常时的治疗尚需进一步探讨。

[参考文献]

- [1] 顾小平, 杨子晖, 陈君彦, 等. Klippel-Trenaunay 综合征的 X 线诊断[J]. 中华放射学杂志, 1994, 6: 378 - 381.
- [2] Noel AA, Glovilzki P, Cheny KJ Jr, et al. Surgical treatment of venous malformations in [J]. J Vasc Surg, 2000, 32: 480 - 487.
- [3] 孔卫东, 李彦豪, 何晓峰, 等. 平阳霉素碘化油乳剂血管内介入治疗 7 例临床分析 [J]. 第一军医大学学报, 2003, 23: 1109 - 1111.
- [4] Baskerville PA, Ackroyd JS, Browse NL. The etiology of the Klippel-Trenaunay syndrome[J]. Ann Surg, 1985, 202: 624 - 627.
- [5] 侯培勇, 廖文勇, 王 奇, 等. 静脉畸形骨肥大综合征的外科治疗[J]. 华夏医学, 2004, 17: 426 - 427.
- [6] 熊 伟, 王孝英, 梁 波, 等. 静脉顺行造影在静脉畸形骨肥大综合征的应用[J]. 放射学实践, 2001, 16: 336 - 338.
- [7] 叶有强, 胡作军, 黄雪玲, 等. 下肢静脉畸形骨肥大综合征的双功能彩色多普勒的诊断及临床意义 [J]. 中国超声医学杂志, 2001, 17: 789 - 791.
- [8] 李开成, 罗济程, 余 强, 等. Klippel-Trenaunay 综合征 DSA 检查的影像探讨[J]. 介入放射学杂志, 2001, 10: 84 - 85.
- [9] 孔卫东, 李彦豪, 何晓峰, 等. Klippel-Trenaunay 综合征的动脉造影表现和介入治疗[J]. 中华放射学杂志, 2004, 38: 845 - 849.
- [10] 王宏辉, 王凯冰, 白 彬, 等. Klippel-Trenaunay 综合征介入栓塞治疗讨论[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 31 - 32.
- [11] 曹振远, 冷久成, 何冰峰, 等. 下肢动静脉畸形的介入治疗[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 413.
- [12] 张发林, 曹 然, 朱 彬, 等. Klippel-Trenaunay 综合征 DSA 表现及平阳霉素碘油乳剂介入治疗探讨[J]. 中国介入影像与治疗学, 2007, 4: 427 - 430.

(收稿日期:2008-04-03)

·临床研究 Clinical research·

腹部及盆腔急性出血的介入治疗

周怡婷, 曹建民

【摘要】 目的 探讨腹部急性出血选择性血管造影诊断及介入治疗价值。**方法** 回顾性分析 80 例行选择性动脉血管造影及血管内介入治疗的腹部及盆腔急性出血患者的临床资料。**结果** 80 例均采用 Seldinger 技术,经股动脉插管后作选择性血管造影,用碘化油、明胶海绵或弹簧圈栓塞治疗,80 例中完全止血 68 例、再出血 9 例、无效 3 例。**结论** 介入方法不仅可确定出血部位,而且可达到止血目的,效果确切。

【关键词】 介入治疗;急性腹部及盆腔出血;血管造影;栓塞

中图分类号:R543.5 文献标识码:B 文章编号:1008-794X(2008)-12-0884-04

DSA diagnosis and interventional therapy in acute massive hemorrhage of abdomen and pelvis
ZHOU Yi-ting, CAO Jian-ming. Department of Radiology, Nanjing Military General Hospital, Nanjing 210005, China

【Abstract】 Objective To evaluate the diagnostic angiography and interventional therapy for the different acute massive hemorrhage of abdomen. **Methods** 80 cases of acute hemorrhage of abdomen and pelvis with clinical data of selective arteriography and endovascular interventional therapy were collected and analyzed retrospectively. Seldinger technique was adopted for selective visceral angiography via femoral approach with lipiodol, gelfoam and spring coils as the embolic materials. **Results** All bleeding sites in 80 cases could be confirmed and 68 cases of them were successfully embolized, 9 cases occurred with rehaemorrhagia and 3 cases were ineffective. **Conclusion** Interventional therapy not only ascertain the bleeding site, but also stop bleeding. The effect is certainly positive. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 884-887)

【Key words】 Interventional therapy; Acute abdomen and pelvic bleeding; Angiography; Embolization;

作者单位:210005 南京大学医学院临床学院南京军区南京总医院影像科
通讯作者:曹建民

腹部及盆腔出血临床上十分常见,主要包括胃肠道出血、脾实质出血、肝 AVM 出血、肠系膜动静脉瘘、肾损伤性出血以及盆腔脏器出血等,此外还包括一些医源性出血。出血往往来势凶猛,如诊断和处理不及时,可危及生命。内科治疗效果欠佳,而外科手术因受各方面条件制约,难度较大,风险极高。随着介入放射学技术和器材的发展,近年来经导管栓塞治疗不但可诊断出血部位,还可起到即刻止血的效果,现已广泛应用于临床。我科对 80 例患者行动脉造影、药物灌注及栓塞治疗,并对其治疗方法、疗效和并发症分析讨论,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 材料

收集 2007 年 7 月至 2008 年 5 月急性腹部或(和)盆腔出血患者 80 例。出血部位位于肝脾出血 8 例,消化道出血 31 例,泌尿生殖系统出血 39 例,骨盆骨折 2 例;出血量 100 ~ 2 000 ml;出血时间为 5 ~ 30 h。所有患者保守治疗无效。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 在 DSA 监视下,采用改良 Seldinger 技术,经股动脉插管后作选择性血管造影。导管通常选用 4 ~ 5 F 的肝管或 Cobra 导管。

1.2.1.1 消化系统出血:患者在积极扩容治疗的同时,完善介入治疗准备。首先将导管置入腹腔干造影,观察各分支情况及门静脉情况,确定可疑出血血管后超选择至相应血管,造影明确出血部位后,根据血管造影表现,确定栓塞剂类型和规格,分别超选择至出血血管远、近端栓塞,必要时选用微导管^[1]。再选择性插入肠系膜上、下动脉,处理方法同腹腔干。上消化道出血行超选择插管后,经导管缓慢注入止血药物及栓塞剂。下消化道出血多采用单纯药物灌注治疗^[2]。

1.2.1.2 泌尿系统出血:首先将导管置于腰 1 椎体水平行腹主动脉造影,显示双肾血供情况,然后将导管选择性置入肾动脉造影,明确出血具体部位,显示病变处血管情况。超选择至出血之供血动脉处(尽可能靠近出血点),经导管缓慢注入栓塞剂。栓塞后将导管退至肾动脉根部造影,观察栓塞效果^[3]。

1.2.1.3 盆腔出血 将导管置入双侧髂内动脉造影,明确出血动脉。根据造影情况确定是否使用微导管进一步超选择插管。沿导管注入栓塞剂后常规行造影复查以评价栓塞效果。

1.2.2 术后处理 术后应观察患者生命体征及

24 h 尿量,防治并发症。对于原因明确的出血应首先去除病因及控制原发病。另外,因患者出血时间多较长,出血量较大,术中、术后还应注意维持患者血容量。

1.2.3 疗效评价 彻底止血征象:①靶血管不再显影,对比剂外溢停止,畸形血管、肿瘤染色消失。②临床出血逐渐停止。③血压和血红蛋白稳定回升。复发:止血后 3 个月内或择期手术前同一部位再出血。

2 结果

2.1 造影表现

80 例病例中 77 例造影可明确诊断,分别为肝动脉瘤 3 例、肝癌破裂出血 4 例、脾脏动脉瘤 1 例(急性坏死性胰腺炎引起)、胃及十二指肠溃疡出血 9 例、胃及十二指肠术后出血 8 例、小肠肿瘤性病变 6 例、小肠血管畸形 3 例、结肠外伤性动脉瘤 3 例、肾外伤后出血 9 例、肾肿瘤性出血 10 例、膀胱壁血管畸形 1 例、膀胱肿瘤性出血 6 例、子宫肌瘤出血 4 例、子宫恶性肿瘤性出血 6 例、子宫术后大出血 3 例、骨盆骨折 1 例。

2.2 疗效

对出血血管尽可能行超选,对动脉瘤性及血管畸形性病变用明胶海绵或弹簧圈行栓塞治疗,肿瘤性病变用碘化油及明胶海绵栓塞。造影未见明显异常的行胃右动脉、胃十二指肠上动脉、肠系膜上动脉血管、肠系膜下动脉加压素灌注治疗,80 例患者中完全止血 68 例、再出血 9 例、无效 3 例,止血成功率为 85%。本组未出现小肠坏死等严重并发症。

3 讨论

腹部及盆腔出血的介入治疗现已普遍应用于临床,分为灌注和栓塞 2 种方式,其适应证较为广泛。

3.1 血管造影表现

3.1.1 直接征象 对比剂外溢是出血的直接征象。外溢的对比剂可以是小片状并恒定存在至静脉晚期,其病因大多为动脉瘤破裂、外伤、溃疡等,也可表现为点状或线状的对比剂外溢,在胃肠胀气的背景图像衬托之下呈线状影,并恒定地残存于胃黏膜沟内,多见于出血性胃炎。

3.1.2 间接征象 肿瘤血管(粗细不等、形态各异、增多紊乱)动脉瘤样扩张、动脉增粗迂曲紊乱、静脉早期显影等。分别为肿瘤性病变(实质期显示肿瘤染色)、动脉瘤、血管畸形(增粗紊乱的血管边界模糊、局部肠腔内壁在动脉期密度增高)、动静脉瘘等

病变的表现。此外,由于血液溢出后的血红蛋白被破坏分解,其产物会引起局部血管痉挛,因此局部血管痉挛也是出血重要的间接征象^[46]。

3.2 药物灌注治疗

最常使用药物是血管加压素,血管加压素具有收缩血管和抗利尿作用,可引起小动脉、小静脉、肠壁平滑肌普遍收缩。

动脉药物灌注术适用于弥漫性黏膜出血,如胃炎、炎症类疾病(如肉芽肿),动脉血管受损,吻合口溃疡出血,内镜活检部位出血或下胃肠道出血,可将动脉内药物灌注治疗作为消化道出血的首选治疗^[7]。当血管造影明确发现出血部位时,立即经动脉灌注血管加压素可取得良好效果。但因血管加压素可影响心功能,收缩冠状动脉,故严重的动脉粥样硬化、冠心病、充血性心肌病、外周血管疾病不适于该疗法;近期心肌梗死和严重冠心病患者则为绝对禁忌证。最常用的动脉灌注法是直接选择或超选择供血动脉,再行药物灌注。但由于出血动脉的重叠迂曲移位等,为超选择性插管带来了困难,这时可选择供血动脉的上级血管分支如腹腔动脉、肠系膜上、下动脉进行灌注,虽效果欠佳,却亦有一定效果。一般认为血管加压素首次在动脉内灌注的剂量为 0.2 u/min,在灌注 20 ~ 30 min 后再作血管造影检查,如出血停止可用该剂量再维持 12 ~ 24 h,然后逐渐减量至停用。如无再出血现象可在适当时候拔除导管。如血管造影无血管收缩征象,即灌注区可见血管团广泛变少、变细,此时可把剂量成倍增至 0.4 u/min,再行灌注 20 ~ 30 min,若仍不能有效止血,可根据患者的出血部位及临床状况考虑其他疗法(如外科手术)。

由于药物灌注可不用超选择插管,对技术要求相对较低,而且由药物引起的不良反应通常是可逆的。其缺点则在于血管加压素的灌注必须保证导管保持在动脉内的恰当位置至少 24 h,通常为 48 h 或更长时间;患者需要 ICU 护理;停药后有再出血的可能性。

3.3 动脉栓塞治疗

栓塞治疗适用于胃十二指肠溃疡侵及大血管、溃疡性肿瘤、动脉瘤等引起的内科保守治疗无效的上消化道急性大出血。动静脉畸形、胆管出血、内镜凝固术后出血、引流管侵蚀引起的出血、凝血机制异常及大量出血无法适应外科手术的患者应首选动脉栓塞治疗。

临床研究显示联合使用不同栓塞材料(如明胶

海绵和 PVA 或不锈钢弹簧圈联合应用)栓塞远端和近端血管,可以增强栓塞效果。

消化道动脉栓塞不当,极易引起肠壁缺血、坏死,而误栓其他脏器亦可致严重并发症,因此栓塞治疗应注意以下重要原则:①插管时要尽可能靠近出血部位,必要时使用微导管。②血管造影阴性表现时,可用直径 2 ~ 4 mm 的明胶海绵颗粒试验性的栓塞胃左动脉和(或)胃十二指肠动脉;胃十二指肠动脉远端插管失败时,可选择胰十二指肠下动脉栓塞。③对于吻合支较少或无吻合支者,栓塞时应控制栓塞水平。如栓塞下消化道时,由于小肠弓形动脉与远端血管相互间无吻合支,因此栓塞水平不应超过弓状动脉。④对胆道或胰腺源性出血,可采用对病变远端和近段分别放置钢丝圈的“三明治”技术。⑤若不能超选择性插管或超选择性插管位置不稳定,可能造成栓塞剂流出,栓塞非靶器官,则不适于行动脉栓塞治疗^[8]。要注意控制栓塞剂的量以及注射速度,量则由出血动脉、范围及程度而定,且要在透视监视下经导管缓慢手推注入栓塞物混悬液,以透视观察无反流为标准,直至混悬液在动脉内流速明显减慢、试验注射示动脉远端闭塞、无出血征象为止。

动脉栓塞治疗的目标是减少出血部位的血流压力,在不引起组织缺血坏死的前提下形成稳定的血凝块。与药物灌注治疗相比其优势在于操作可以迅速完成,无药物所带来的不良反应,但栓塞材料一经注入,就不能用非创伤手段取出,对栓塞手法的准确性要求相对较高。缺血坏死和再出血则是该疗法的常见并发症,前者与能否建立有效的侧支循环有关,后者可根据临床资料和影像学检查判断出血原因,采取相应的措施。

【参考文献】

- [1] 斯光晏,王学建,周石,等.上消化道大出血的急诊介入治疗[J].中国临床医学影像杂志,2007,18:566-568.
- [2] 黄加胜,王家平,李迎春,等.消化道出血的介入治疗[J].医学影像学杂志,2006,16:725-727.
- [3] 邹俊民,窦永充.肾损伤出血的介入治疗与影像分析[J].右江民族医学院学报,2006,28:236-237.
- [4] 周汝明,邱水波,刘国华,等.消化道出血的 DSA 诊断和栓塞治疗[J].中华放射学杂志,2006,40:1086.
- [5] Tillotson CI, Geller SC, Kantrowitz B, et al. Small bowel hemorrhage angiographic localization and intervention [J]. Gastrointestinal Radiography, 1988, 13: 207.
- [6] Walsh RM, Anain P, Geisinger M, et al. Role of angiography

and embolization for massive gastroduodenal hemorrhage [J]. J Gastrointest Surg, 1999, 3: 61.

[7] 黄国鑫, 窦永充, 张彦舫, 等. 下消化道出血 DSA 诊断及栓塞结合小剂量垂体后叶素灌注治疗[J]. 介入放射学杂志, 2005,

14: 382 - 384.

[8] 张电波, 肖湘生, 欧阳强, 等. 动脉性消化道出血的血管造影诊断和介入治疗[J]. 中国医学影像技术, 2001, 17: 355.

(收稿日期: 2008-07-18)

·临床研究 Clinical research·

CT 导引下置猪尾导管硬化治疗巨大肝肾囊肿疗效观察

黄晓明, 黄永斌, 耿 雷, 张海涛

【摘要】 目的 探讨 CT 导引下穿刺置猪尾引流管硬化巨大肝肾囊肿安全性及疗效。**方法** CT 导引下对 17 例巨大肝肾囊肿患者, 穿刺置入 7 F 猪尾导管引流, 并且每日注射无水乙醇或乙酸 1 次。对于囊液 < 500 ml 者, 每次注入硬化剂后夹闭引流管, 24 h 后再开放引流。囊液大于 500 ml 者, 硬化后立即开放引流。所有患者 24 h 引流量 < 10 ml 时, 再次硬化后拔除引流管。其中肝囊肿平均拔管时间 40 d; 肾囊肿 10 d。**结果** 本组硬化治疗后 6 个月, 复查 B 超示治愈 17 例, 治愈率 100%。无一例出血、感染及出现心脑血管并发症。**结论** CT 导引下置猪尾巴管硬化治疗巨大肝肾囊肿简单安全、疗效满意。

【关键词】 巨大肝肾囊肿; 治疗; 置管硬化术

中图分类号: R657.3, R692 文献标识码: B 文章编号: 1008-794X(2008)-12-0887-03

Efficacy of percutaneous sclerotherapy through pig tail drainage tube for giant hepatic and renal cysts under CT guidance HUANG Xiao-ming, HUANG Yong-bin, GENG Lei, ZHANG Hai-tao. Department of Radiology, Lianyungang Municipal Chinese Medicine Hospital, Lianyungang 222000, China

【Abstract】 Objective To evaluate the safety and efficacy of percutaneous sclerotherapy through pig tail drainage tube for giant hepatic and renal cysts under CT guidance. **Methods** Seventeen cases of giant hepatic and renal cyst were percutaneously implanted with 7 F pig tail drainage tube under CT guidance, together with daily injection of dehydrated ethanol or acetic acid. The drainage tube should be clamped after injection of sclerosing agent for cystic fluid < 500 ml and reopened the tube 24 h later, but the procedure for cystic fluid > 500 ml, immediate reopening of the drainage tube should be taken right after the sclerotherapy. The withdrawal of drainage tube should be taken after resclerotherapy for all patients with < 10 ml of 24 h drainage volume, including average of 40 d for hepatic cyst and 10 d for renal cyst. **Results** 6 months after sclerotherapy, all patients showed under US examination and "healed" for all 17 cases, with successful rate up to 100%. No complication of bleeding, infection and cardioencephalovascular events occurred. **Conclusion** CT guided percutaneous sclerotherapy through pig tail drainage tube for giant hepatic and renal cysts is simple, safe and satisfactory efficacy. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 887-889)

【Key words】 Hepatic cyst; Sclerotherapy; CT guidance

肝、肾囊肿治疗方法很多, 随着介入影像技术发展, 目前倾向于首选介入治疗。但对于巨大囊肿, 常规穿刺硬化存在着治疗不彻底, 复发率高等缺点^[1]。我们在 CT 导引下, 对直径在 8 cm 以上 17 例巨大肝、肾囊肿, 采取置入 7 F 猪尾专用引流管引

流, 并反复硬化治疗, 取得满意效果, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本组 17 例, 男 10 例, 女 7 例, 年龄 36 ~ 84 岁, 平均 55 岁。肝囊肿 5 例, 囊肿均在右叶; 肾囊肿 12 例。右侧 4 例, 左侧 8 例; 上极 3 例, 下极 7 例。超声及 CT 检查囊肿最大直径 8 ~ 15 cm。其中肝囊肿最

作者单位: 222000 江苏省连云港市中医院放射科(黄晓明、耿雷), 泌尿外科(黄永斌、张海涛)

通讯作者: 黄晓明

腹部及盆腔急性出血的介入治疗

作者: 周怡婷, 曹建民, ZHOU Yi-ting, CA Jian-ming
作者单位: 南京大学医学院临床学院南京军区南京总医院影像科, 210005
刊名: 介入放射学杂志 ISTIC PKU
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2008, 17(12)
被引用次数: 0次

参考文献(8条)

1. 斯光晏, 王学建, 周石 上消化道大出血的急诊介入治疗[期刊论文]-中国临床医学影像杂志 2007
2. 黄加胜, 王家平, 李迎春 消化道出血的介入治疗[期刊论文]-医学影像学杂志 2006
3. 邹俊民, 窦永充 肾损伤出血的介入治疗与影像分析[期刊论文]-右江民族医学院学报 2006
4. 周汝明, 邱水波, 刘闽华 消化道出血的DSA诊断和栓塞治疗[期刊论文]-中华放射学杂志 2006
5. Tillotson CI, Geller SC, Kantrowlts B Small bowel hemorrhage angiographic localization and intervention 1988
6. Walsh RM, Anon P, Geisinger M Role of angiography and embolization for massive gastroduodenal hemorrhage 1999
7. 黄国鑫, 窦永充, 张彦舫 下消化道出血DSA诊断及栓塞结合小剂量垂体后叶素灌注治疗[期刊论文]-介入放射学杂志 2005
8. 张电波, 肖湘生, 欧阳强 动脉性消化道出血的血管造影诊断和介入治疗[期刊论文]-中国医学影像技术 2001

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfxzz200812014.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: 110799cf-0c1f-489c-9a2d-9df70181aec3

下载时间: 2010年9月20日