

部位疼痛。

全部病历经 B 超与健侧股静脉穿刺插管髂股深静脉造影,确诊为下肢深静脉血栓形成。

方 法

12 例均采用经健侧股静脉插管于左髂总静脉开口处手推造影,明确血栓部位,将导管头置于血栓部,给予尿激酶 80 万 U,于 20 分钟注入并注入复方丹参 2ml×40 支,低分子右旋糖酐,并造影观察效果后插管,并与治疗后 12 小时经患侧足背静脉推注尿激酶 30U,加生理盐水 30ml 于 20 分钟推完,同时于患侧踝关节上方和膝关节下方各扎止血带一条,同时静脉给予低分子右旋糖酐 250ml,复方丹参 16ml,肝素钠 $12500\text{U} \times \frac{1}{2}$ 支,并口服肠溶阿斯匹林;藻酸双酯钠片,治疗期间注意观察凝血酶原时间,根据凝血酶原时间调整抗凝药物,如病人有牙龈出血及血尿与皮肿出血点应停止治疗。

结 果

12 例均经静脉溶栓,2 例术后肿胀消失,皮色变正常,下肢活动自如,10 例临床症状均显著改善,但静脉未完全通畅,后者采用经足背静脉推注尿激酶,2 周左右,临床疗效均接近正常。技术成功 100%,全部病例未见出血及无严重并发症,随访三个月,肢体恢复正常或接近正常,无再肿胀。

讨 论

静脉血栓多见于下肢深静脉,多与肢体活动受限,血液

的高凝状态,手术后卧床,下肢炎症,外伤,左髂总静脉受压和粘连结构等有关。近年来,随着介入放射的发展,动脉内溶栓技术的成熟,经导管溶栓术引入到深静脉血栓,取得明显的治疗效果。

静脉溶栓时尿激酶用量为 80 万~100 万,半小时内注入血栓部位,溶栓药物首先进入病变静脉段,局部药物浓度高,溶栓效果好,全身副作用小,并随导管注入,复方丹参 2ml×40 支,可扩张血管,解除痉挛,提高疗效。

以往对下肢深静脉导管溶栓效果,按静脉血栓疗效进行评定,即阻塞血管开通程度,我们认为静脉血栓尤其是髂股深静脉血栓,虽起病急症状重。但髂总静脉完全阻塞时,可能经历一个较长血栓形成过程,部分血栓可能是新鲜,部分是陈旧(附壁、机化等)。而对陈旧血栓,溶栓效果往往较差,在经健侧插管患侧溶栓后 12 小时,患侧肢体肿胀,均有不同程度的改善,便于在患侧足背静脉再行推注尿激酶,增强选择置管疗效,也能作为置管治疗不满意的一个很好补充,因两侧注入尿激酶,短时间内能使局部药物浓度保持较高水平,加强其溶栓效果。

溶栓疗效主要根据临床症状,完全消失,或有轻度肿胀,但不影响功能及关节运动,本组无一例发生出血及肺梗塞,说明本疗法完全,对患侧肢体深静脉血栓、局部双向尿激酶高浓度,使血栓呈双向蚕食样逐渐溶解,较单一方向效果好。本法创伤小,操作方便,为下肢深静脉血栓形成的治疗开创一条新途径。

· 临床经验 ·

急性心肌梗死介入与溶栓治疗的比较

王伊倩 金惠根 顾水明 金立仁 陈万春 梁寿彭

80 年代后,急性心肌梗死(AMI)治疗有了快速进展,以主动地恢复梗死区相关血管的灌注来替代被动地保存残存心肌的治疗措施,其中静脉溶栓和急诊介入治疗是两个主要手段,我们对 32 例 AMI 病人,根据病情,采取不同的治疗,现报告如下。

材料与方法

一、临床资料

32 例中,男性 21 例,女性 11 例。年龄 37~68 岁,平均 58 岁。临床均有持续心绞痛 15 分钟以上,其中部分病人含服硝酸甘油不缓解,EKG 显示相邻导联 ST 段在胸导联抬高 $\geq 0.2\text{mV}$,肢导联 $\geq 0.1\text{mV}$,心肌酶谱均升高,32 例中,广泛前壁心肌梗死(心梗)2 例,前壁心梗 11 例,前间壁心梗 7 例,下壁心梗 7 例,右室加下壁心梗 5 例。

二、方法

32 例中,30 例先行静脉溶栓治疗。其中,9 例溶栓失败者和 2 例未溶栓者行急诊介入治疗。溶栓方法:参照中华心血管杂志编委会制定的参考方案^[1]。但溶栓时间延长至 12 小时,分别应用尿激酶 150 万单位,链激酶 150 万单位和栓体素 50mg 各 10 例,90 分钟和 2 周行冠脉造影来评判血管是否再通。其中 90 分钟时造影 23 例。介入疗法:直接经皮腔内冠脉球囊成形术(PTCA)2 例,立即 PTCA 3 例,补球性 PTCA 6 例。基本手术程序内常规 PTCA,一般首选较柔软导引导丝,如不能通过狭窄处,再用较硬导丝。根据梗塞血管直径选择球囊,尺寸为 F 1,扩张压力以狭长腰消失后再加 2 个大气压,持续扩张 60~90 秒。扩张不满意 2 例,植入冠脉内支架(CS)。术后口服抗聚灵,阿斯匹林等药物。

结 果

一、即刻疗效

以冠脉造影显示, TIMI III级为血管再通。溶栓组尿激酶、链激酶和栓体素分别为 30% (3/10), 30% (3/10) 和 50% (5/10)。而介入组为 81.8% (9/11)。

二、临床随访

溶栓和介入治疗成功者, 即刻心绞痛消失, 但溶栓成功 11 例中, 2 例在 2 个月后又发心绞痛, 造影显示冠脉完全闭塞。溶栓失败 19 例中死亡 3 例, 恶性心律失常 2 例, 心力衰竭 1 例, 血管再通者未见死亡。介入治疗失败 2 例亦未见死亡。

讨 论

AMI 的早期死亡率较高, 静脉溶栓和介入治疗使梗塞相关血管早期得到再灌注, 挽救濒临死亡的心肌, 从而降低了 AMI 的住院死亡率和改善其远期的预后^[2,3]。但是溶栓治疗的再灌注率较低, 其 TIMI III级不超过 50%, 且仍有残留的狭窄, 同时溶栓治疗不适合于所有心梗病人。本文溶栓组 TIMI III级总疗效仅 36.7%, 介入组高达 81.8%, 充分证明介入治疗 AMI 优于溶栓治疗。

本文所指急诊 PTCA 是在 AMI 后的 12 小时以内, 可分为直接 PTCA、立即 PTCA 和补救性 PTCA。1. 直接 PTCA: 未经溶栓直接进行 PTCA。本文直接 PTCA 2 例。失败 1 例为回旋支中远段 100% 堵塞, 用导丝未通过病变处而终止 PTCA。由于直接 PTCA 危险性大, 技术要求高, 现主要用于 (1) 溶栓有禁忌证者; (2) AMI 合并心源性休克^[3]。2. 立即 PTCA: 静脉溶栓 TIMI 血流在 II 级以上, 立即对残余狭窄进行 PTCA。TAMI 研究发现, TIMI 血流 II 患者有较高心衰和梗塞后心绞痛的发病率, 降低死亡率和改善心功能明显次于 TIMI III级, TIMI II 级不能作为再通的依据^[4]。本文 3 例经溶栓后冠脉造影仍示残余狭窄 > 95%, 且病变呈弥漫

性, 考虑有再梗塞的危险, 故立即行 PTCA。立即 PTCA 不能作为常规治疗手段, 可能对 TIMI II 级伴严重残余狭窄或弥漫性病变心绞痛持续, 存在再梗塞危险的患者有效。3. 补救性 PTCA: 溶栓失败, TIMI 血液低于 I 级。TIMI 5 试验表明补救性 PTCA 胜于延迟性 PTCA (AMI 24 小时后行 PTCA) 具有早期灌注率高, 室壁运动改善显著, 预后好, 而急性冠脉事件低的特点^[4]。本文溶栓失败 6 例, TIMI 血流均低于 I 级, 经 PTCA 治疗成功 5 例, 其中安置 CS2 例, TIMI 均达到 III级, 残余狭窄低于 30%。1 例因导丝未能经过病变处而未行 PTCA。近报道采用支架加 PTCA 治疗 AMI, 可降低再闭塞率。

总之, AMI 的治疗应根据每个病人情况和各个医院的实际条件而采用不同的治疗方式。要以最快的速度开通梗塞相关血管为原则, 达到最佳疗效为目的。

参 考 文 献

1. 中华心血管杂志编委会急性心肌梗死溶栓疗法参考方案. 中华心血管病杂志, 1991, 19: 137
2. GUSTO Investigators. An international randomised trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. N Engl J Med, 1993, 37: 673.
3. O' Neill W, Timmis GC, Bourdillon MA. A prospective randomised clinical trial of intracoronary streptokinase vs coronary angioplasty for acute myocardial infarction. N Engl J Med, 1986, 314: 812.
4. Lincoff AM, Topol EJ, Califf RM. Significance of a coronary artery with thrombolysis in myocardial infarction grade 2 flow "pantency" (outcome in the thrombolysis and angioplasty in myocardial infarction trial). Am J Cardiol, 1995, 75: 871.
5. Eeckhout E, Kappenberger L, Gou JL. Stents for intracoronary placement status and future directions. J Am Coll Cardiol, 1996, 27: 757.

• 病例报告 •

外伤性颈外动脉海绵窦瘘一例

张书田 崔进国

男性, 36 岁, 因右视力下降半年伴突眼入院。曾于 1 年前被木凳击伤右额及眶部, 半年后发现右视力下降伴轻度突眼, 以后进行性加重, 视力明显下降, 右侧卧位时自感颅内杂音。查体: 右眼突出, 可闻及与心跳一致的血管杂音, 其他无异常。Matas 试验, 压迫颈动脉 5~10 分钟, 病人无脑缺血情况。MRI 示右海绵窦动静脉瘘, 回流静脉为眼静脉。血管造影: 右侧海绵窦于动脉期提早显影, 右侧颈外动脉之分支——颌内动脉远段扩张增粗, 大量造影剂进入海绵窦并回流入眼静脉, 眼静脉扩张。脑膜中动脉、脑膜副动脉、

颞深前动脉均可见少许造影剂流入海绵窦, 参与供血。右侧颈内动脉、左侧颈内外动脉正常、椎动脉正常。诊断为右侧颈外动脉海绵窦瘘, 之后, 用 Magic BD 导管, 在透视监视下, 将 2 号球囊固定于 Teflon 导管后放入右颌内动脉内, 充盈球囊 (0.5ml) 后, 听诊眼部杂音消失, 脱离球囊。术毕造影示颌内动脉主要分支已闭塞, 海绵窦只有少许造影剂充盈, 病人右眼突出明显减轻。随访 1 年半, 病人情况良好, 无复发, 视力明显好转。