

鼻大出血危及生命 介入止血化险为夷

介入治疗专刊



近日,长沙市中医医院(长沙市第八医院)介入中心团队迎接了这样一次挑战,为一位鼻出血患者实施介入治疗,失血得到了控制,生命迎来转机。

当天早上,该院放射科副主任、介入专家罗远健接到急诊ICU(EICU)医生的电话,请求紧急会诊。罗远健第一时间赶到,经了解56岁的患者蒋先生因舌癌术后间断放化疗1年,右侧鼻出血1日而来就诊,当时已出现失血性休克。EICU的医护人员正对患者紧急进行升压、输血扩容等治疗,不断清理呼吸道血块。但填压的明胶海绵和纱布都阻止不了喷涌的血液,因为失血,患者脑部缺血缺氧,已陷入中度昏迷并一直无意识躁动。罗远健果断判断:必须立即进行介入止血手术,才能控制出血挽救患者生命。

这又是一台要跟时间赛跑的手术。由于右侧鼻腔出血一般责任动脉是右侧颈外动脉的分支蝶腭动脉,病人麻醉完成后先进行右颈总动脉造影,造影后发现颈外动脉明显细小,出血动脉是颈内动脉,颈内动脉前壁近鼻咽部可见蜂窝状破口,大量造影剂外溢。“找

到了出血部位,还是第一步,如何尽快止血才是关键。”罗远健沉着冷静地指挥着。他考虑颈外动脉细小可能与舌癌手术和缩血管药物作用有关,颈内动脉破口可能是肿瘤复发破坏导致。于是先将导管抵近破口,缓慢注射PVA栓塞颗粒和造影剂混悬液,试图让栓塞颗粒“漂”进蜂窝口,但马上发现吸痰管内吸出了造影剂和栓塞颗粒,出血依然凶猛,显示这种栓塞方式失败了。难道要栓塞右侧颈内动脉?栓完后如果出现右侧大脑大面积脑梗死一样是灾难性后果,怎么办?两难的选择摆在面前。

好在作为放射科外周介入专家的罗远健,曾阅读过成百上千份脑动脉CTA的照片,平时积累的扎实的影像解剖知识此时起到了决定性的作用,迅速提示他:大脑中的动脉环(Willis环)是颅内最重要的侧支循环途径,主要通过前交通动脉和后交通动脉将两侧大脑半球和前、后循环联系起来。如果右侧颈内动脉闭塞后,Willis环会主要通过前交通动脉将左侧颈内动脉的血液引入右侧大脑。因为前交通动脉未发

育的人只占正常变异的1%,所以大多数人的颈内动脉还是可以栓塞的。为了万无一失,罗远健马上退出右侧颈内动脉,将导管送到左侧颈内动脉内进行脑血管造影,造影证实前交通动脉开放良好,这意味着栓了右侧颈内动脉后患者极大可能不会出现大面积脑梗死。为了防止出现破口近端阻塞后颅内血液倒灌入颈内动脉再出血,罗远健先后在破口上下端各释放了一个弹簧圈,复查右侧颈内动脉造影和左侧脑血管造影均证实破口区再未出血,患者的口鼻腔也无血液流出,监护仪显示血压迅速上升,介入止血手术成功。手术第三天,患者转入肿瘤科继续治疗。

出血性疾病作为常见的直接危及患者生命的凶险疾病,由于出血的复杂性,如何尽快寻找到造成出血的“元凶”,快速有效止血,防范再出血风险是抢救成功的关键。近年来,该院介入医学飞速发展,正在改变传统的出血疾病的救治理念,很多原来不可控或难控的出血,经过微创、精准的介入手术变得可控、可治,为进一步内、外科治疗创造了条件。

通讯员 易丹

科室简介

放射科是长沙市中医医院(长沙市第八医院)近年来快速发展的科室之一,设施设备日趋完善,就医环境整洁优美。共有76名医护人员,高级职称近10人。科室能开展全身各部位摄影检查、各部位CT、磁共振检查,子宫输卵管造影、静脉尿路造影、胆道“T”形管造影、泪道造影、瘘管、窦道造影检查,肺癌筛查、各部位穿刺活检,为临床各科室及时提供明确诊断和辅助诊断依据,满足胸痛中心、脑卒中中心、外周血管及非血管介入诊断及治疗工作。拥有3.0、1.5T核磁共振,64排、3台16排、8排螺旋CT,2台大C臂、小C臂,5台DR、3台CR数字摄影系统,800mA数字胃肠机;设置有先进快捷的PACS影像传输系统、LIS系统,是全数字化、无胶片科室。

科室电话:0731-85259211 85259216

专家介绍

罗远健 长沙市中医医院(长沙市第八医院)放射科副主任,副主任医师。从事放射影像诊断工作和外周血管微创介入诊断、治疗工作20余年。曾在同济医科大学、北京医院等国内知名医院进修学习。擅长:头、胸、腹部CTA、CTV冠状动脉CTA的诊断及介入治疗;颈、腰椎间盘突出介入治疗;妇产科子宫肌瘤、腺肌症、切口妊娠、输卵管阻塞等介入治疗;各部位腔道狭窄的扩张与支架置入术。

咨询电话:0731-85259219

医院地址:长沙县星沙大道22号



耐多药肺结核 介入药物凝膏有良效

近年来,全球耐药结核呈增长趋势,尤其是耐异烟肼和利福平复治病例的大量涌现,给治疗带来极大困难。我们采用经纤维支气管镜(纤支镜)导管介入空洞病灶内注入药物凝膏加化疗治疗耐多药肺结核,取得了较满意的疗效。

耐多药肺结核多肺内病变广泛,心肺功能较差,不适合或不愿意行肺切除手术。空洞内介入药物凝膏,可达到机械性堵塞空洞,使空洞内缺氧,不利于细菌生长,又使局部药物浓度增高,并缓慢释放,持续杀灭细菌。具有以下5大优点。

1. 经实验观察,痰菌阴转

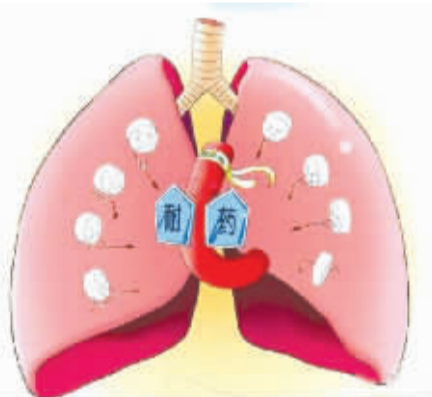
率、病灶吸收显效率、空洞闭合率均高于对照组。

2. 病人适用性好,只要能耐受纤支镜的病人均可耐受该项治疗,尤其对心肺功能减退,不能耐受手术或不愿意接受手术的病人适用。

3. 空洞内药物浓度高,经介入治疗的病人两周后胸透空洞内仍见药物,持续时间长,杀菌效果好。

4. 对于合并有同侧引流支气管结核的病人经2次介入治疗,支气管结核明显好转,干酪样分泌物减少,粘膜红肿明显消退。

5. 方法简单,疗程短,安全性好,无明显不良反应,病人介



入治疗3次,除第1次需住院外,第2、3次留观1天即可,费用较低,病人易于承受。

长沙市中心医院结核病诊疗中心三病室主任、主任医师 李春香

结核患者大咯血 介入治疗成功止血

近日,南京市第二医院结核科接诊了一位20岁的结核患者。该患者入院时大量咯血,经内科保守治疗,止血效果不佳,后该院介入血管科行支气管动脉栓塞治疗,术中共发现3处明显增粗增多的出血血管,均成功栓塞。术毕,患者安返病房,咯血停止。

该院介入血管科王涌臻主任介绍,大咯血是指一次咯血量超过100毫升,或24小时内咯血量超过300毫升的咯血,可引起窒息或失血性休克等并发症。以往大咯血主要通过内科保守治疗,常难以控制病情,病死率极高。

随着介入医学的发展,血管内栓塞治疗大咯血疗效确切,已在临床广泛应用。王主任建议,对于短时间内经内科治疗未能有效控制病情的患者应当尽快采取介入治疗。相对于传统手术,介入治疗咯血的最大优势是创伤小、恢复快,因而非常适合久病体衰的结核患者。

具体方法是将直径1~2毫米的导管通过动/静脉穿刺送入可疑破裂血管进行造影,明确破裂血管开口后,运用同轴导管技术将更为纤细的微导管超选择至破裂血管内,避开正常血管,用栓塞剂堵住破裂血管从而达到迅速控制出血的目的。目前,介入栓塞已成为咯血的首选治疗方法。

薛晨祺

介入融栓治疗 保住一条腿

家住福建连江的李先生,今年48岁,长期从事船务工作。由于当水手长期蹲着作业,出现左侧股骨头缺血性坏死,幸运的是,患者在解放军联勤保障部队第九〇〇医院医学影像中心介入病房接受介入溶栓治疗,没有“大刀阔斧”就捡回一条腿。

股骨头坏死的基本病理,都是股骨头表面的血管病变,导致股骨头供血不畅引起坏死。该院医学影像科杨熙章主任医师带领

介入团队,为患者全方位评估病情并制定治疗方案,最终选择“左股动脉DSA+导管溶栓术”治疗,通过该项治疗,既能最大程度地扭转内科药物对改变组织结构无能为力的窘迫,也能避免外科手术对机体的伤害。

术中,专家通过导管直接将药物注入到股骨头供血动脉中来治疗,从而较长时间维持局部药物高浓度,使病变血管变得通畅、应急血管开放,血供从而达到增

多的效果,继而增加侧支循环和疏通股骨头营养血管,从而使因缺血性坏死的骨头得以最大程度上的修复,疼痛缓解,症状改善。该项治疗需要非常熟练的动脉插管技术,采取将药物直接注入供应股骨头的血管,使血管扩张、痉挛解除,并溶通血栓阻塞,从而改善股骨头的血运。这一治疗方法,若配合其他药物治疗,可为药物的吸收提供良好的基础。

吴志 雷娟