

不明原因消化道大出血的急诊介入治疗

王鸿志 鲜于剑波 朱毅 刘启玉 林华 李木生 刘丽

【摘要】 目的: 探讨不明原因消化道大出血介入治疗的临床应用价值。方法: 运用 Seldinger 技术, 对 26 例不明原因急性消化大出血患者, 进行急诊选择性造影, 灌注和超选择栓塞术; 对 7 例常规造影无病变发现的患者运用药物诱导后进行造影。结果: 常规造影 19 例有异常表现, 7 例药物诱导后, 3 例发现异常, 总的阳性率为 85%; 表现为造影剂外溢征 (12 例), 新生肿瘤血管和肿瘤染色征 (15 例), 动静脉畸形 (2 例); 4 例导管治疗后复发出血, 占 15.4%。结论: 急诊介入放射对不明原因消化道大出血的治疗是一种安全而有效的方法, 能达到诊断和治疗的双重目的; 对常规造影无病变发现的患者, 有必要进行药物诱导后造影。

【关键词】 消化道大出血 动脉造影 灌注治疗 栓塞

【中图分类号】 R815, R573.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2000)04-0236-03

The massive hemorrhage of unknown cause in digestive tract: emergency interventional therapy Wang Hongzhi, Xuanyu Jianbo, Zhu Yi, et al. Department of Radiology, Mianyang City Center Hospital, Si Chuan 621000

【Abstract】 Objective: To investigate the efficacy of emergency interventional therapy on the digestive tract hemorrhage with unknown reason. **Methods:** 26 cases of the digestive tract hemorrhage with unknown cause were performed selective angiography, infusion of drug and superselective embolization by Seldinger's technique. 7 cases were demonstrated normal on routine angiograms and then followed by drug-inducing angiography. **Results:** 19 cases were shown abnormal on routine angiograms, and 3 of 7 cases following drug-inducing angiography were also documented abnormal. The total detectability was 85%. Angiograms demonstrated contrast medium leakage ($n=12$), tumor vessels and tumor staining ($n=15$) and AVM ($n=2$). 4 cases following interventional therapy recurred bleeding. **Conclusions:** Emergency interventional therapy is a safe and effective method for gastrointestinal bleeding with unknown reason. It is important for using drug inducing angiography while routine angiograms appear negative.

【Key words】 Gastrointestinal hemorrhage Arteriography Infusion Embolization

在临床工作中, 常遇不明原因消化道大出血患者, 通过急诊纤维胃镜和乙状结肠镜检难以明确诊断, 由于出血量大, 患者病情危重, 通过内科保守治疗效果往往不佳。为了进一步明确诊断, 以利治疗, 我院 1991 年 3 月~1999 年 3 月对 26 例不明原因消化道大出血患者进行急诊选择性造影, 经导管灌注加压素, 对部分病例进行超选择栓塞术, 取得了满意的临床效果。现回顾分析, 报告如下。

材料与方法

本组 26 例患者, 男 17 例, 女 9 例; 年龄为 16~80 岁, 平均年龄 53 岁; 病变部位: 胆道和胆囊术后不明原因消化道大出血 2 例、空回肠病变 15 例、结肠病变 5 例。病变性质: 胆囊和胆道术后肝动脉瘤致大出血 2 例、动脉瘤 2 例、毛细血管扩张 2 例、平滑肌瘤 4 例、平滑肌肉瘤 3 例、血管瘤 1 例、克隆氏病 1 例、结肠息肉 1 例、盲肠结核 1 例、美克尔氏憩室 1 例、升结肠癌 1 例、结肠癌术后复发 1 例、动静脉畸形 2 例。有 4 例患者

未能明确病变部位和性质。26 例表现为急性消化道大出血, 量约 1000~2500ml; 19 例为首次大出血, 7 例为反复出血, 复发加重而就诊; 有 12 例进行急诊胃镜, 7 例进行乙状结肠镜检, 均无病变发现; 所有患者均在急性大出血期进行急诊介入, 有 6 例处于休克状态。有 3 例反复大便隐血患者, 经钡餐全消化道检查未见异常。24 例为下消化道, 2 例为上消化道大出血。

运用 Seldinger 技术, 导管选用 5F 或 6F cobra, RH 或 Yashiro 导管, 根据病情特点, 对可疑部位进行选择插管, 发现病变后, 尽可能超选择插管至靶血管; 其中, 肠系膜上动脉及其分支造影 41 次; 肠系膜下动脉及分支 28 次, 腹腔动脉 12 次; 肝固有动脉及分支 2 次; 明确病变部位和性质后, 经导管灌注 5~10 个单位垂体后叶素。

有 1 例 LC 胆囊术后, 1 例胆道术后消化道大出血患者, 造影诊断右肝动脉瘤形成, 超选择右肝动脉, 用海绵粒加线段栓塞, 栓后造影见动脉瘤闭塞。

结果

本组 26 例, 经急诊介入治疗后出血停止, 有 4 例术后 24h 后复发出血, 其中 2 例经再次介入治疗后好转。

作者单位: 621000 四川省绵阳市中心医院放射科 (王鸿志, 朱毅, 刘启玉, 林华, 李木生, 刘丽), 普外科 (鲜于剑波)
作者简介: 王鸿志 (1966~), 男, 四川南充人, 主治医师, 主要从事介入放射学医疗及研究。

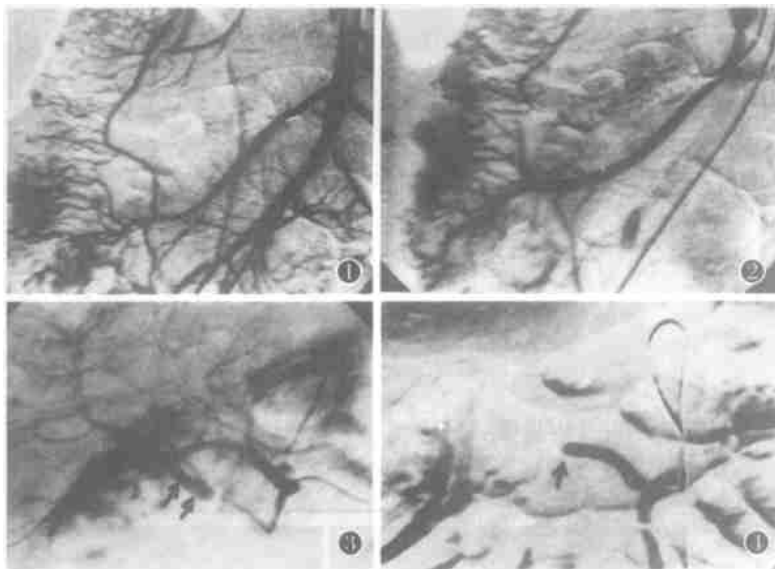


图1 肠系膜上动脉造影见回结肠动脉的结肠支造影剂外溢。图2 超选择回结肠动脉造影见造影剂外溢明显,经导管灌注后,出血停止,外科术后为结核。图3 LC术后不明原因消化道大出血,肠系膜上动脉、肠系膜下动脉造影无异常,右肝动脉起自肠系膜上动脉,造影显示,右肝动脉瘤(→)。图4 用海绵粒加线栓后造影,见右肝动脉闭塞(→)。

造影表现: 19例造影异常表现,阳性率73%;表现为造影剂外溢征9例(图1、2)、新生肿瘤血管和肿瘤染色征15例、动静脉畸形2例、动脉瘤形成2例、血管痉挛征14例,7例常规造影无病变表现,运用 $10\mu\text{g}$ 前列腺素E₁诱导后再造影,有3例表现异常,均表现为造影剂外溢征。对4例造影正常者,将导管送至肠系膜上动脉开口处盲目性加压素灌注(用10~20U垂体后叶素缓慢灌注)。

经导管灌注和栓塞后,26例出血均停止,术后24h,有4例复发出血;其中1例克隆氏病第一组空肠出血,经导管重复治疗后好转;有1例肠膜上动脉盲目性灌注患者,再次经导管盲目性灌注后好转;另2例经内科保守治疗出血得到控制。LC术后,右肝动脉瘤患者,经选择性右肝动脉栓塞后(图3、4),病人感肝区疼痛,轻至中度发热,追踪观察无复发出血。

本组26例中,有19例进行剖腹探查,病变肠管局部切除术,外科术后与术前介入诊断符合率为92%。

讨论

不明原因消化道大出血的急诊介入治疗,在临床工作中已广泛运用,特别是在急性大出血期行急诊血管造影,可明确病变部位、性质,阳性率高,同时经导管灌注和栓塞可达到治疗的目的^[1~6]。

26例中,有19例进行了胃镜和乙状结肠镜检,未

发现病灶,而在急性大出血期行急诊血管造影,大多数病例可明确出血部位和原因。这说明对不明原因消化道出血的定位和定性诊断,选择性造影要优于内窥镜检查^[2,4,5]。本组19例造影后进行了外科手术,外科术中发现、术后诊断和介入造影诊断符合率高,达92%。

有4例介入治疗,24h后复发出血,复发出血为15.4%,其中1例为第1组空肠出血(外科术后病理诊断为克隆氏病),可能由于导管技术原因,难以超选择插管、局部药物浓度低有关^[1],有1例是由于较大的平滑肌肉瘤所致,可能与肿瘤血管丰富,侵及范围广有关。有4例常规造影和药物诱导后造影均未见病变患者,运用经导管肠系膜上动脉盲目性灌注法治疗,有2例复发出血,这可能与选择靶血管不当有关^[1]。

对于急性消化道大出血患者,行常规造影无病变发现时,有必要进行药物诱导造影。本组7例中有3例诱导造影有异常发现,1例为阑尾术后,回肠末段血管瘤,1例降结肠息肉,1例回肠毛细管血管扩张症。3例患者均有临床加压素运用史,造影见血管痉挛征。加压素直接作用于血管壁的平滑肌,特别是小血管和毛细血管,当血管加压素选择性地注入肠系膜动脉及其分支,这些部位的血流迅速下降,达到止血效果^[2,3]。本组有14例表现为血管痉挛征,临床均有加压素运用史,这可能与加压素的作用和生理性收缩有关。

为了避免病灶遗漏,结合临床特点,本组26例均行常规肠系膜上、下动脉造影,26例中未见多发病灶。

所有运用垂体后叶素患者,均表现为一过性腹胀、腹痛、排便感;作者运用超选择插管技术,缓慢灌注,临床症状明显减轻,无1例出现缺血坏死表现,所有超选择灌注患者,无1例复发出血,所以,我们主张,一旦明确病变部位后,尽可能超选择灌注。

运用导管技术对急性不明原因消化道大出血患者行急诊介入治疗,对病人干扰小、显效快、效果肯定,并达到诊断和治疗的双重目的;特别是外科术前,通过血管造影能得到较高的定位和定性诊断;对常规造影无阳性发现者,有必要进行药物诱导造影,能提高病变的诊断率。

参考文献

- 胡国栋, 欧阳, 洪澄, 等. 非门脉性消化道出血的介入治疗[J]. 腹部外科杂志, 1995, 8(2): 59-60.
- 杨树仁, 周顺科, 伍玉枝, 等. 超选择性动脉造影、栓塞及灌注诊治难治性消化道出血的临床价值[J]. 实用放射学杂志, 1999, 15(3): 138-140.

- 3 Rahm NH, Tishlem M, Hans Y. Diagnostic and interventional radiography in acute gastrointestinal hemorrhage[J]. Radiology, 1982, 64: 361.
- 4 李麟荪. 临床介入治疗学[M]. 江苏: 江苏科技出版社, 1994.
- 5 刘炳环, 王德生, 魏庆堂. 实用介入放射学(第2版)[M]. 黑龙江: 黑

龙江科学技术出版社, 1996.

- 6 杨冬华. 消化系统现代介入诊疗技术[M]. 北京: 北京人民卫生出版社, 1998.

(2000-03-02 收稿)

• 短篇报道 •

支气管结石 1 例

陈建新

【中图分类号】R562 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)04-0238-01

支气管结石少见, X 线平片常易误诊为肺结核、淋巴结和支气管壁钙化、支气管扩张症及肺癌。现就我院遇到 1 例病案报告如下。

患者, 女, 47 岁。病史: 反复咳嗽、咯血 5 年。X 线表现: 5 年前第 1 次胸片见右肺门区及右肺中叶有多个钙化灶及纤维条索影(图 1)。2 年后第 2 次摄片亦见右肺门区多个斑点状钙化, 右肺中叶肺纹理密集, 肺野透光度降低(图 2)。3 年后摄胸片见右肺门钙化点数量增加, 位置有移动, 且右肺中叶不全性肺不张(图 3)。第 5 年两次摄片均表现为肺不张(图 4)。当年去外院就诊, 经胸部右侧支气管双倾斜断层: 示右中叶支气管开口处有多个大小不等的钙化灶向腔内突起, 右中叶肺不张、肺萎缩。CT 检查示右中叶支气管腔内有数个大小不等高密度灶, 直径为 0.2~1.0cm, 边界光滑, 部分嵌入支气管壁; 右肺中叶示片状低密度坏死、液化灶, 中叶肺萎缩。纤支镜检: 右肺中叶支气管开口处有多个钙化灶, 呈灰白色, 取出 4 枚, 另有结石嵌入支气管壁未能取出。行右肺中叶切除术, 术中见: 右肺中叶支气管阻塞致肺缺血和肺不张, 肺组织坏死、糜烂、萎缩, 色泽灰暗, 切开中叶支气管壁, 可见 2 枚约 1.0cm 灰白色结石嵌于支气管壁内。

讨论 支气管结石发生于支气管腔内。其结石成因来源有三: ①支气管软骨钙化而后与支气管分离; ②支气管异物继发钙化; ③肺门、气管旁钙化的淋巴结压迫、侵蚀支气管壁而后穿入支气管腔, 落入肺叶或肺段支气管腔内形成支气管结石。结石阻塞支气管引起支气管阻塞性改变, 可并发肺炎、肺不张、支气管扩张等。临床上患者可有反复咯血史, 有时咯出如小黄豆大小的结石, 结石咯出后肺部呼吸性喘鸣音即消失。

鉴别诊断: 支气管结石出现呼吸道症状临床常考虑为支气管炎、结核、支气管扩张; 有咯血与肺不张表现的高龄病人, 易误诊为肺癌。X 线检查是诊断支气管结石的重要手段。胸部平片可显示因结石引起的肺不张或阻塞性肺炎阴影, 如同时在阴影的肺门端显示钙化影则高度怀疑结石; 动态摄片观察, 见肺门“钙化灶”沿支气管方向移动, 则具有 X 线表现特征。若平片不能明确诊断, 则需进一步做体层、CT 及纤支镜检查。体层摄

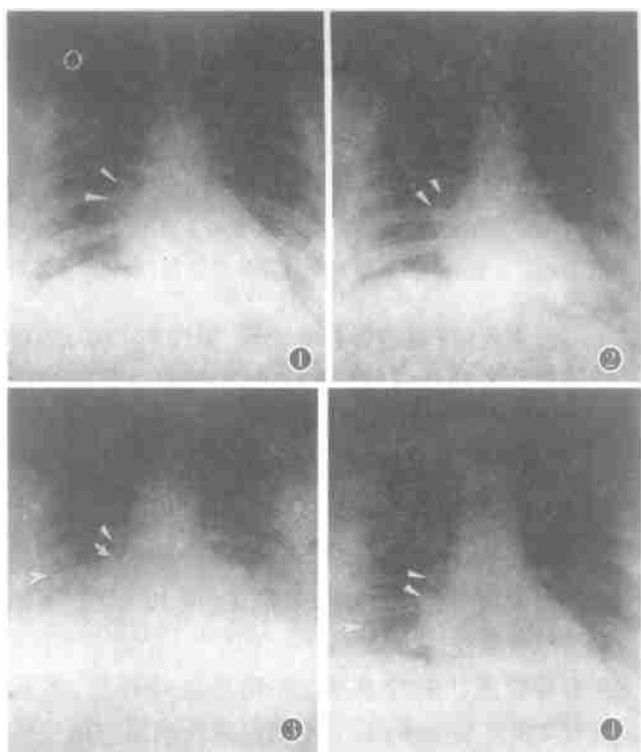


图 1 第 1 次摄片见右肺门及下肺野多个斑点状钙化灶, 箭头为两处较明显的支气管结石。图 2 1 年后第 2 次摄片亦见右肺门区及下肺野多个斑点状钙化, 右肺中叶肺纹理密集。图 3 3 年后第 3 次摄片见右肺钙化灶总数量增大, 其中箭头所示“钙化灶”向内上方略移动。箭头示右中肺不张。图 4 5 年后第 4 次摄片见右肺门区钙化总数量仍多, 但位置较恒定, 表示结石已嵌入右中叶支气管, 右中肺不张更明显。

影、CT 及支气管镜检可明确其位置, 并直接显示结石部分或全部位于支气管腔内。因右侧肺门及支气管淋巴结较左侧多, 所以右侧结石较多。支气管结石还应与肺内的结核灶钙化、淋巴结及支气管壁钙化鉴别, 后者复查胸片钙化灶无移位, 临床表现无咯血症状可资鉴别。

(2000-02-17 收稿)

作者单位: 638000 四川省广安市人民医院放射科
作者简介: 陈建新(1965~), 男, 四川人, 主治医师, 从事医学影像学、放射诊断工作。