

DSA 在不明原因消化道出血中运用的体会

孙建一

【摘要】 目的:发现和明确消化道出血的部位和性质,施行血管内治疗或栓塞,为外科手术提供资料。方法:选择内镜检查不能发现出血部位的消化道出血患者,行腹部动脉选择或超选择性 DSA。结果:2 个病例中 1 例是阿米巴溃疡导致肠系膜上动脉回肠支出血,1 例是十二指肠球后溃疡出血。结论:DSA 是不明原因消化道出血的首选方法,能够起到出血灶的定位、定性诊断,并可施行介入治疗。

【关键词】 消化道出血 DSA 介入治疗

不明原因消化道出血,是指经过纤维胃镜、肠镜检查,未能发现出血部位的一组消化道出血。由于出血量大,已不能单纯采用保守治疗。DSA 检查能够明确消化道出血的部位范围和性质,为外科手术提供准确资料,又能进行止血和栓塞等介入治疗。

材料和方法

例 1:女,35 岁,便血 7 天收入院,胃镜、肠镜检查均未发现出血灶。患者处于临休克状态。例 2:男,82 岁,便血 10 天,胃镜检查因十二指肠球部疤痕变形,探头未能进入十二指肠,未见到出血灶,肠镜亦未见出血灶。

采用意大利 VDR-2000 数字血管造影机,帧幅为 6 帧/s,行急诊 DSA。常规采用 Seldinger 技术,6F 导管,造影剂为 76% 泛影葡胺,手推注射,每支血管 20ml。逐一完成腹腔干、肠系膜上动脉、肠系膜下动脉 DSA,其中例 2 做了胃十二指肠动脉超选择造影。

结 果

例 1 显示肠系膜上动脉回肠支局限性造影剂外溢,呈不规则小片状,有短暂存留。诊断为肠系膜上动脉回肠支溃疡出血。例 2 插管后先完成了腹腔干 DSA,发现十二指肠动脉有可疑出血。经超选择胃十二指肠支动脉造影后,可见到造影剂条片样外溢,且有两个出血灶。肯定为十二指肠动脉溃疡出血。为证实没有其它出血灶,又分别完成了肠系膜上、下动脉 DSA。两病例均于检查后立即行手术,结果得到证实。

讨 论

DSA 在消化道出血的运用上,重点在于检查纤维胃镜、肠镜不能明确的消化道出血。

1. 关于止血药物和栓塞的运用 经导管灌注止血

药物或栓塞治疗消化道出血屡有报道。我们认为应根据病变性质和出血量来做选择。王寿九等^[1]统计 14 例经造影明确的小肠出血,病变性质多为 AVM 和肿瘤。本组两例为溃疡出血。对上述病种,单纯采用药物止血,短时间内能有一定效果,但复发率高,不能保证远期疗效。栓塞需要较高技术要求,且存在争议^[2]。我们认为治疗上可适时进行外科手术。

2. 造影剂的使用 通过破裂的小血管溢到管外的造影剂,必然是很少量的,这就要求高浓度的造影剂,尤其是速率和总量要达到要求。以采用非离子型造影剂为好。76% 泛影葡胺浓度高,采用手推注射不太好,有条件应使用自动注射器。

3. 常规检查腹主动脉三大分支,避免遗漏其它出血灶。在完成常规造影后,如果不能发现病变,可采用二种方法:①对可疑出血支动脉超选择性造影;②经导管注入血管扩张剂或抗凝剂、溶栓剂诱发出血,提高阳性率^[1]。

4. 干扰影像观察因素分析 ①DSA 采集图像时,屏气是一般要求。但肠蠕动形成伪影,会干扰影像分析,有必要在术中使用肠蠕动抑制剂^[3]。②造影剂用量不够。在腹腔干更值得注意,因为如果管头插得不深或位置偏向脾动脉,大量造影剂必然流失。建议腹腔干插管时把管置于肝总动脉。③多采用超选择插管,以利于细小分支显示。

5. 检出率影响因素较多,有报道活动性出血 0.5ml/min 能显示。小肠出血间歇期经特殊处理也能被检出^[1]。我们认为选择持续活动性出血患者为宜。

参考文献

- 1 王寿九,胡永露,牟震先,等.选择性腹部动脉造影在小肠出血间歇期中的诊断价值.中华内科杂志,1995,34:52-53
- 2 唐华,宋中金,王鸿志,等.不明原因下消化道出血的血管造影及导管治疗.放射学实践,1997,12:149-151.
- 3 杨成,戴洪修.美克尔憩室 DSA 表现及漏诊原因分析.介入放射学继续教育论文汇编,1999,38.

(2001-01-02 收稿)

作者单位:666100 云南省,西双版纳州医院放射科
作者简介:孙建一(1954~),男,云南人,副主任医师,主要从事介入诊断与治疗。