肋间动脉供血的大咯血的栓塞治疗

孙学军 李大寨 冷梅

【中图分类号】R815, R563.1+2 【文献标识码】A 【文章编号】1000-0313(2002)05-0452-01

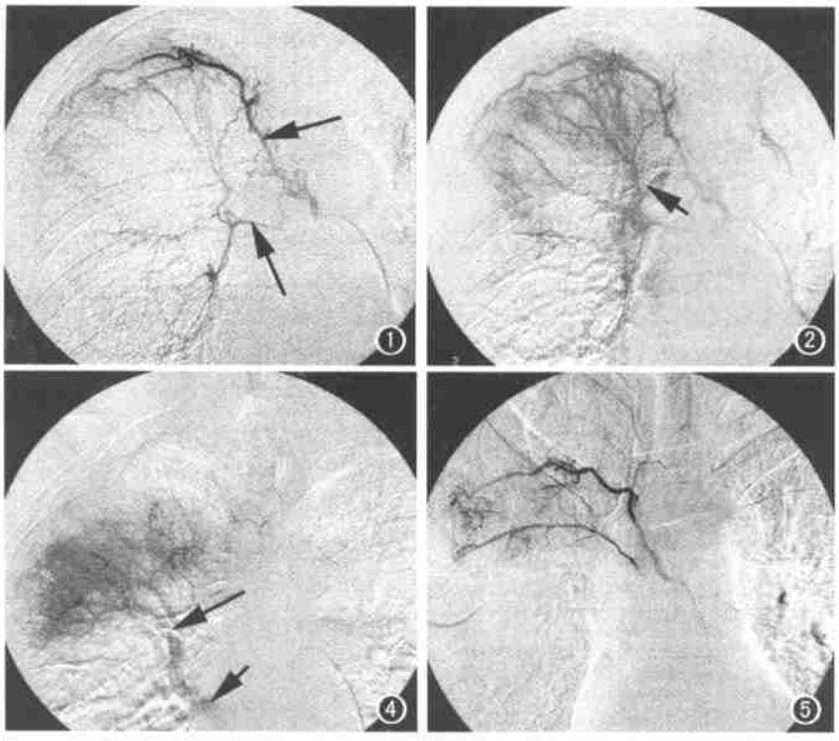

图 1、2 一支肋间动脉(上箭)与右支气管动脉(下箭)共干并见肺动脉显影(短箭)。
图 3、4 下方一支肋间动脉(图 3 箭)与肺静脉(图 4 箭)瘘,并见对比剂流向左心房(短箭)。
图 5 下方一支肋间动脉栓塞后造影,引流的肺静脉未显影。

病例资料 患者,男,51 岁,既往慢性支气管炎病史十多年,突发大咯血入院,急诊行数字减影血管造影(DSA)检查,拟行支气管动脉内栓塞止血。

在数字减影机下,胸部透视未见异常,右股动脉穿刺,采用 Seldinger 技术置入 6F 导管鞘,经鞘插入 5F Cobra 导管至胸主动脉处,在寻找支气管动脉开口时发现肋间动脉异常,经造影显示右上肺有 2 支肋间动脉,其上方一支与支气管动脉共干并且与肺动脉形成瘘,支气管动脉远端稍有纡曲(图 1、2),动态观察未见对比剂外溢征象(出血);下方一支与肺静脉形成瘘,并见引流血液流入左心房(图 3、4)。造影后讨论:因瘘口较大且存在肋间动脉与肺静脉瘘,考虑如用 PVA 微粒有风险,决定单纯用弹簧钢圈栓塞此 2 支肋间动脉,测量拟栓塞处肋间动脉直径后,经导管分别送入大小为 3mm × 8mm 及 3mm × 5mm 弹簧钢圈 2 枚进行栓塞,栓塞后造影,显示肋间动脉远端尚有少许异常分支血管,但肺动脉、肺静脉未显影(图 5),栓塞后患者咯血量明显减少,并且逐渐由鲜红色变为暗红色,观察半小时后,给患者穿刺点加压包扎后送入病房,3 天后胸部平片示弹簧钢圈位置无移动。一周后患者出院,随访半年不再咯血。

讨论 大咯血是呼吸系统常见急症,90% 以上的咯血源于病区高度扩张充血的支气管动脉,其他还有肋间动脉、锁骨下动脉或腋动脉供应胸壁的分支向肺内形成的侧支血管,少数咯血也有来源于肺动脉[1]。本病例经造影发现肋间动脉与肺动、静脉形成瘘,且引流血管显影早,患者有慢性支气管炎病史,曾考虑大咯血为慢性炎症引起病理性血管扩张,及肋间动脉-肺动脉异常分流所致,由于本病例仅栓塞肋间动脉主干,随访半年患者无咯血,大咯血病因可能为肋间动脉-肺动脉异常分流。血管造影是确诊肺部血管病变重要方法,造影能清楚地显示病变范围、血管起始关系、形态、边界及供血血管和引流血管走行、数目等。急性大咯血患者死亡率甚高,传统的治疗方法是肺叶或肺段切除,对缺乏手术条件或反复咯血患者,在内科治疗无效时,血管栓塞成为唯一能控制出血的措施[1]。同外科手术相比栓塞治疗创伤小,操作简单,安全有效,并发症少,栓塞 24h 后即可下床活动。同时最大限度地保护正常肺组织和尚有功能的病区肺组织,提高了患者的生存质量,因此栓塞治疗安全优于外科手术。

参考文献

1 陈星荣,林贵,夏宝枢,等. 介入放射学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1989. 36.

(2001-12-03 收稿 2002-01-18 修回)

作者单位:114001 辽宁,鞍钢铁东医院放射线科
作者简介:孙学军(1969~),男,辽宁鞍山人,主治医师,主要从事 X 线、CT、MRI、DSA 综合诊断及介入治疗工作。

© 1994-2012 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net