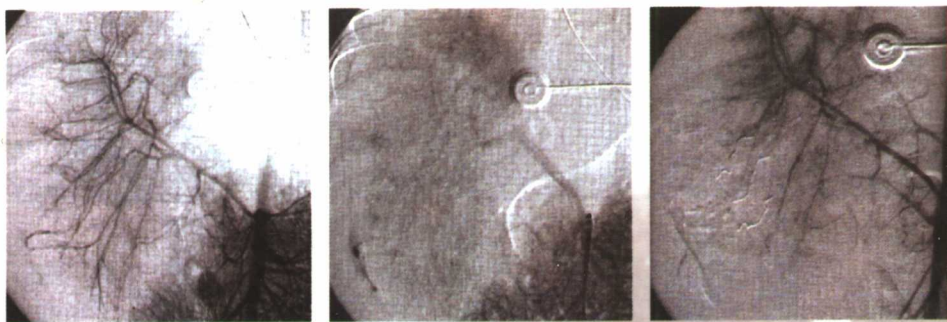




**Visceral and
Non-Vascular
Percutaneous Therapy**
A Teaching File Volume 2

内脏和 非血管疾病 的经皮治疗

教学手册 第2卷

[美] Renan Uflacker 原著 祁吉 主译

● 天津科学技术出版社

内脏和 非血管疾病 的经皮治疗

教学手册 第2卷

**Visceral and
Non-Vascular
Percutaneous Therapy**
A Teaching File ~~Volume~~ *Volume 2*

[美] Renan Uflacker 原著
祁吉 主译

● 天津科学技术出版社

Original edition copyright 2002 by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS. All rights reserved. This is a translation of Visceral and Non-Vascular Percutaneous Therapy: A Teaching File (Volume 2). Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins Inc., U. S. A. Chinese edition copyright 2004 by Tianjin Science & Technology Press. All rights reserved.

该书中提供的药品适应证、副作用及服用剂量有可能发生变化。读者应参照所述药品的生产厂家的包装说明。

著作权合同登记号:图字 02-2002-224 号

图书在版编目(CIP)数据

内脏和非血管疾病的经皮治疗:教学手册,第2卷/[美]勒南·乌夫拉克

著;祁吉主译. —天津:天津科学技术出版社, 2004

书名原文:Visceral and Non-Vascular Percutaneous Therapy: A Teaching File, Volume 2

ISBN 7-5308-3632-3

I. 内... II. ①勒... ②祁... III. 介入疗法 IV. R815

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 005285 号

责任编辑:李 彬

版式设计:雒桂芬

责任印制:张军利

天津科学技术出版社出版、发行

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051 电话(022)23332393

网址:www.tjkjbs.com.cn

天津新华印刷三厂印刷

开本 889×1194 1/16 印张 29 字数 907 000

2004 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

定价:89.00 元



译 者 名 单

主 译 祁 吉

主译助理 尹建忠 姜 滨

译 者	尹建忠	闫 旭	刘 铁	刘 筠
(按姓氏笔画排列)	刘继生	李一鸣	李姗姗	沈 文
	吴胜勇	宋 焱	陈 光	陈 凯
	杨子权	周海昱	姜 滨	韩淑杰
	雷新玮			

译者序

出版社请我们翻译《内脏和非血管疾病的经皮治疗》一书。仔细浏览了原作后深切地感觉到此书的形式、内容,尤其是创意对我国在该领域中工作的各层次医师确有很高的指导价值,我们欣然接受了这项工作,并力图做好。

血管和非血管的经皮治疗是介入放射学的重要组成部分。随着介入放射学作为放射学(医学影像学)的一个新的分支出现和迅速发展,我们不无骄傲地看到,这个分支已经改写了大部分临床学科,甚至基础学科(如基因学领域)的教科书与参考书。同时,介入放射学也毋庸置疑地成为当代各临床医学学科正在发展的微创技术的先驱。

我们非常赞赏原书作者在“出版人序言”中提出的编写此书的意图和观点。该书定位于各项经皮治疗技术的操作与方法的探讨,而不同于侧重于“系统化”的教科书和参考书,把细致的动手操作的细节用文字表达出来是教科书与参考书中较为薄弱的部分,而这恰是广大介入医师在医疗实践中特别需要的一环。

原书作者特别强调了介入医师的责任感。确实,面对着一个动态发展的、各学科间广泛交叉与互动的、很多尚为未知的领域,介入医师有责任在原理的探讨、方法学的判断、经验(与教训)的积累及推动该技术领域发展方面做出艰苦的、不懈的探索。不容回避的事实是,各相关学科面对这一崭新的技术领域各项技术操作的“归属”已经在做调整或“竞争”。事实上,这也是现阶段医学专业发展中出现的合乎逻辑的失衡,代表了专业在迅速发展。正如原作者所说的,“严格训练”是掌握和引导技术发展的基础。同时,各学科间的相互尊重与合作是这个新的医学分支发展的保证。

愿此译作对同道们的工作有所裨益。

祁吉

2003年10月18日

参 与 著 者

Valeria Cardoso de Souza, MD

Interventional Radiology, Hospital Osvaldo Cruz, São Paulo, SP, Brazil

—Case Report: 9. 2

Bahri Üztünsöz, MD

Associate Professor, Chief of Vascular and Interventional Radiology, GATA Medical Faculty, Ankara, Turkey. Currently, Interventional Radiology, Department of Radiology, LSU Health Sciences Center, New Orleans, Louisiana.

—Case Report: 9. 1, 15. 6. 1, 15. 7. 1, 15. 7. 2, 15. 7. 3, 16. 6. 1, 16. 7. 1

Carlos Abath, MD

Director, Angiorad, Hospital Memorial, Recife, Brazil

—Case Report: 16. 1. 2

Michael Wholey, MD, MBA

Assistant Professor of Radiology, Chief of Clinical Cardiovascular and Special Interventions, Department of Radiology, University of Texas Health, Science Center, San Antonio, Texas.

—Case Report: 16. 5. 1, and 16. 5. 2

Renan Uflacker, MD

Professor of Radiology, Director, Division of Vascular and Interventional Radiology, Department of Radiology, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina.

出版人序言

教学手册是影像医学教育中很有特色的组成部分之一。对这方面书籍的全系列需求已有很长时间，采用教学手册的形式可以提供平时只有在教学医院才能得到的专家的个体化合理意见。Lippincott Williams & Wilkins 公司为出版了一系列这样的书籍而感到骄傲。我们的目的是为住院医师和放射医学的实习医生提供有用的资料，以满足他们的需求。

我们从各大医疗中心的大量资料中精选出真实的病例，并模拟了日常住院医师和放射科专业人员间的讨论。

我们希望这套书对于任何水平的放射科实习医生和工作人员都是有价值、可信赖的教学工具，并且也让那些正在为病人进行类似影像学检查的临床医生受益。

出版人

前言

《内脏和非血管疾病的经皮治疗》是两卷本经皮治疗中的第二卷。与第一卷相同,病例报告经过了有机的编辑整理,列出了病人的主要症状与介入治疗的原因、操作过程中得到的图像、详细的描述性图例和对疾病、操作技术和结果的讨论。另外,本书是根据技术操作的顺序编排的,读者可根据不同操作和技术的分类在相应的章节找到需要的资料。

在影像学引导下的经皮技术领域已工作了超过了 24 年,但我依然惊讶于事物的多变。经皮技术从最初的经皮置入诊断用导管和注射对比剂,发展到成为微创治疗更多疾病的强有力工具。编写本书时所出现的问题比我最初的构想要困难。对操作技术和经皮有创性操作过程结果转归的总结需要付出更大的努力。经皮技术的变化如此丰富,以致不得不出版两卷书才能囊括这些内容。第一卷介绍了血管内介入治疗,此第二卷阐述了多种栓塞方法(包括栓塞和药物灌注技术),以及引流技术和经导管或针刺对全身各器官的阻塞或感染性疾病进行治疗的方法。

对原稿进行修订时,我们谨记实习人员的需要。即使一些人学习的速度快于他人,实际动手的操作过程亦有相当的困难。所以本书着重介绍临床做出决策的基础及进行各种操作的提示。

有一句关于手术的格言:“有时可以做错,但永远不要犹豫。”这同样适用于影像学引导下的经皮介入治疗。我们每天都要面对很多不确定的情况,没有任何措施是想当然做的。但是我们必须做出决定并采取措施,与其他领域一样,技巧、判断和信心是通过实践得到的。总的说来,外科医生趋向于强调实践的重要性,并非是靠天资来判断的专家。我个人认为实践可以增进人的天分,通过实践,有意识的学习在不知不觉中成为潜意识的学问。

正如预料的,曾在这里讨论的一些操作最后会被抛弃。有一些是因为治疗标准的永久性改变,而另一些尽管有用,但并没有起到最初期望的重大作用。没有固定的知识体系,理想中完美的培训是不可能的,总是需要一些额外的培训与掌握一些新技术。作为一个介入放射学家,我们目前使用的技术至少有 3/4 在培训期间并没有学过。大多数我们目前使用的操作程序是基于我们已经掌握的技术之上,即使有一些还没有掌握,要取得连续不断的进步,必须进行学习与再学习。责任感是在这种环境中不落伍的重要因素。

对某些类型病人和疾病的处理和治疗的責任已有多次变化。经皮治疗方法和设备的发展以及介入放射学家的支持,使这种变化的频率更快。事实证明,在技术发展的同时,他们更倾向于将此技术移植到其他医学专业人员身上。但是,不仅介入放射学人员处于此过渡期,其他专业人员也面对操作方式不断变化这个令人困扰的问题。尽管如此,一旦我们适应了这种变化,这样的改变就代表有了公平竞争的机会。竞争源于选择的自由,在病人和同事的眼中,通过最好训练的专业人员才能在竞争中获胜。

Renan Uflacker, 医学博士

目 录

第一部分 内脏疾病的治疗性栓塞和血流阻断

- 第1章 胃肠道出血和门脉高压症的栓塞和血流阻断/3
- 第2章 肝脏化疗栓塞/39
- 第3章 肝脏的栓塞治疗/49
- 第4章 脾的栓塞治疗/77
- 第5章 胰腺的栓塞治疗/83
- 第6章 肾的栓塞治疗/103
- 第7章 胸部和肺的栓塞治疗/113
- 第8章 创伤的栓塞治疗/133
- 第9章 盆腔器官和下泌尿生殖道的栓塞治疗/153
- 第10章 骨肌系统病变的栓塞、血流阻断与灌注治疗/167
- 第11章 血管瘤、动静脉畸形与动静脉瘘的栓塞治疗/181
- 第12章 头和颈部病变的栓塞治疗/199

第二部分 非血管疾病的经皮治疗

- 第13章 介入性泌尿放射学/223
 - 13.1 经皮肾造口术/224
 - 13.2 经皮输尿管的处置和支架置入/234
 - 13.3 经皮碎石术/250
 - 13.4 移植肾/260
- 第14章 肝、胆道及胰腺的介入处理/265
 - 14.1 胆道良性疾病的介入处理/266
 - 14.2 胆道恶性梗阻的介入处理/297
 - 14.3 经皮胆囊造口术和结石处理/315
 - 14.4 胰管的介入处理/322
 - 14.5 胆管的腔内超声/329
 - 14.6 胆管结石的经皮处理/340
- 第15章 积液、囊肿和瘘的经皮处理/357
 - 15.1 胸腔引流/358
 - 15.2 腹膜腔引流/366
 - 15.3 胰腺疾病的引流/379
 - 15.4 肝脏积液的引流/389
 - 15.5 脾积液的引流/396
 - 15.6 肾包虫囊肿的治疗/398
 - 15.7 肝包虫囊肿的治疗/399

	15.8 胃肠道痿的经皮治疗 /402
第 16 章	经皮非血管性介入治疗 /407
	16.1 气管和支气管支架置入 /408
	16.2 经皮胃造口术 /414
	16.3 经皮胃肠吻合术 /416
	16.4 食管球囊扩张、支架置入及异物取出 /420
	16.5 结肠和小肠狭窄的支架治疗 /427
	16.6 腹腔神经丛阻滞用于止痛 /429
	16.7 腋窝臂丛阻滞 /431
	16.8 输卵管再通术 /433
	16.9 经皮椎体成形术 /434

索 引	/441
-----	------

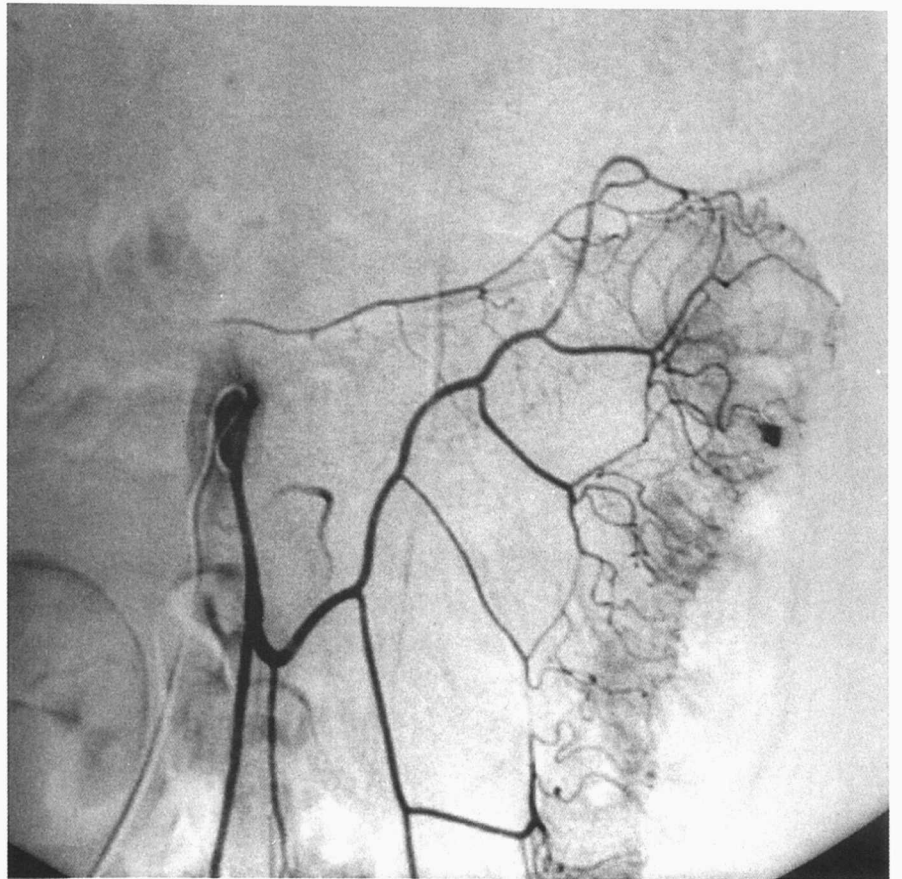
第一部分

内脏疾病的治疗性栓塞和血流阻断



第 1 章

胃肠道出血和门脉高压症的栓塞和血流阻断



1.1 胃肠道出血的栓塞

病例 1.1:

67 岁男性,起自于结肠憩室的下胃肠道出血,同时伴有直肠大出血。

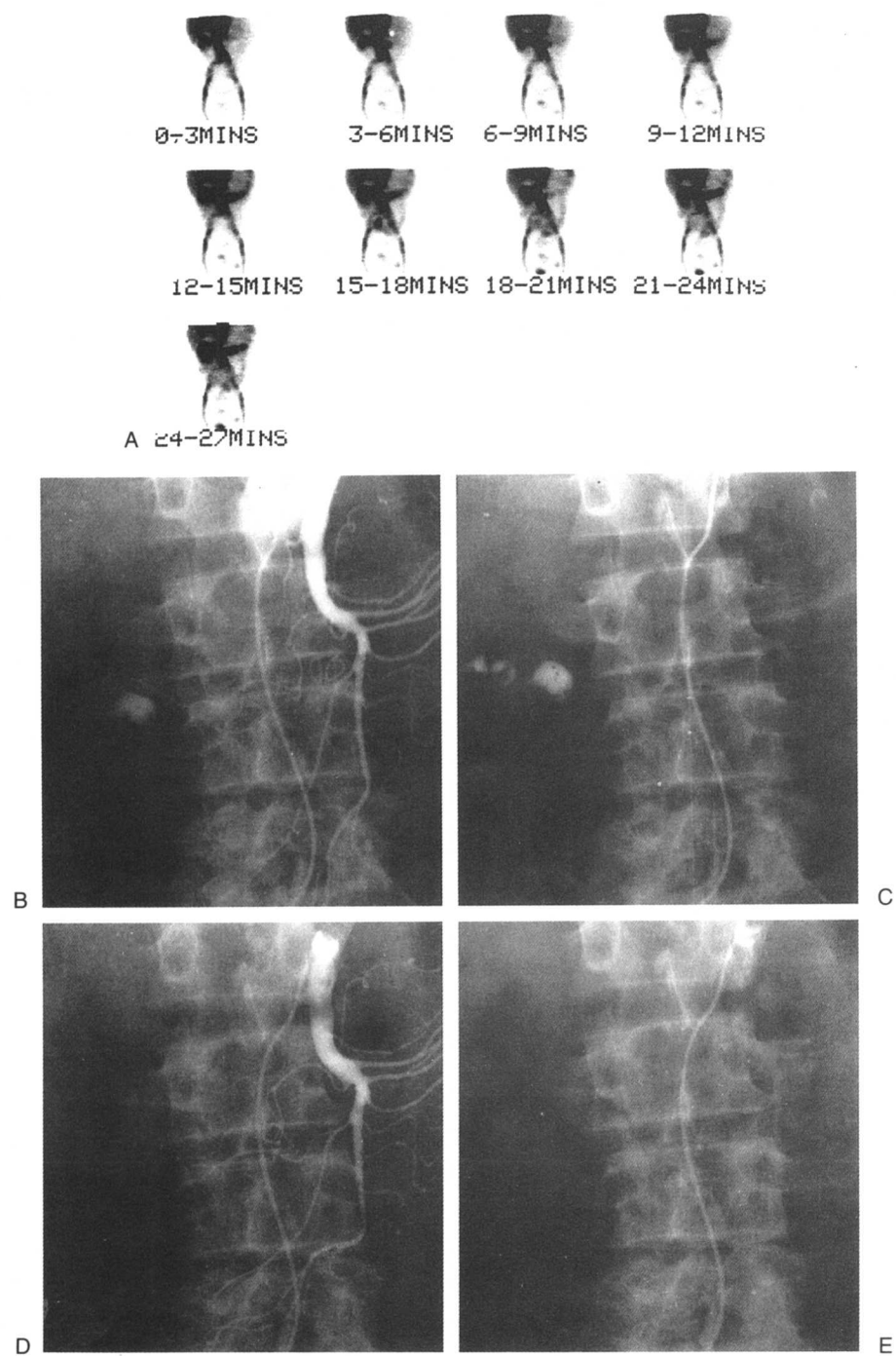


图 1.1

右侧结肠憩室出血。A: ^{99m}Tc 标记红细胞扫描,发现右侧结肠有放射性物质聚集,并且经横结肠向降结肠移动。B: 进行肠系膜上动脉造影,在右侧结肠憩室出现了对比剂外溢。C: 肠系膜上动脉造影晚期显示在结肠内腔有部分对比剂弥散。D, E: 在肠系膜上动脉注入(20min, 0.4IU/min)血管加压素后的动脉造影未发现对比剂外溢。

评论: 下胃肠道出血的定义是位于 Treitz 韧带远侧的出血。结肠是急性下胃肠道出血的最好发部位。右侧结肠憩室出血常见并且出血量大。来自结肠的下胃肠道出血通常是间歇性大出血,但也可有慢性少量出

血,给血管造影诊断造成困难。在老年病人中,下胃肠道出血的死亡率达 26%。放射性核素检查对下胃肠道出血的诊断非常敏感,可发现低至 0.1ml/min 的出血,但此技术在确定病因和位置方面特异性不高。动脉内注入血管加压素应从 0.2IU/min 开始,进行 20min。如无效,输注速度应增加到 0.4IU/min,并再持续 20min。如见效,应维持 6~8h;然后逐渐降至 0.3IU/min,维持 12h;再降至 0.2IU/min,维持 12h;最后降至 0.1IU/min,维持 12h;如果无明确的继续出血可停止输注血管加压素。此时导管应固定于腹股沟,在盐水输注下保持至少 12h。

1.2 胃肠道出血的栓塞

病例 1.2:

55 岁男性,起自结肠的下胃肠道出血伴有活动性直肠出血。

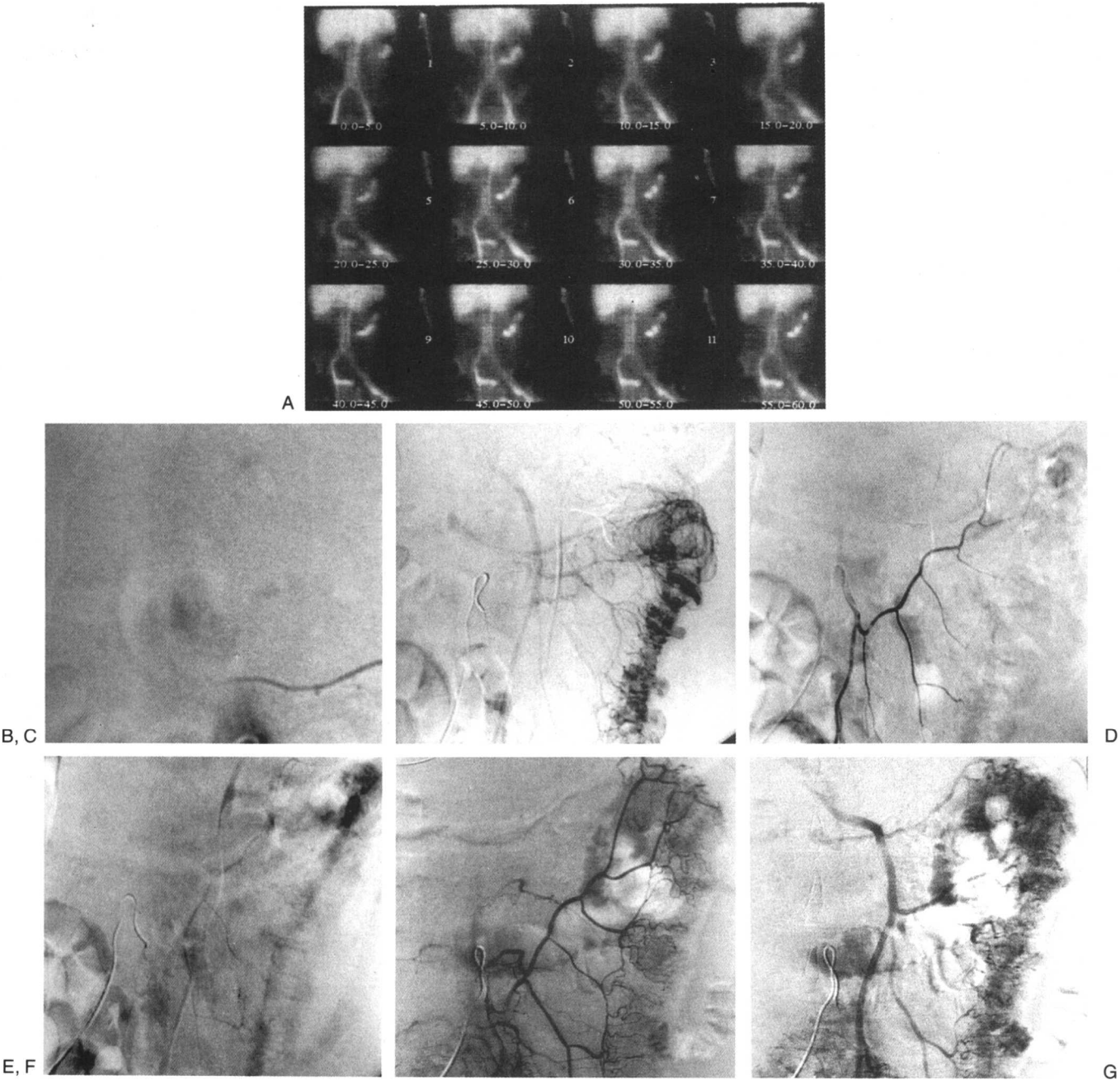


图 1.2

左侧结肠憩室出血。A: ^{99m}Tc 标记红细胞扫描, 左腹放射性物质聚集, 提示出血起自降结肠, 在 60min 内移动了相对短的距离。这种现象也可以解释为出血起自小肠。B: 进行肠系膜下动脉造影, 在左侧结肠憩室出现对比剂外溢点。C: 肠系膜下动脉造影晚期显示结肠腔内有部分对比剂滞留, 显示肠壁和其憩室痉挛。D, E: 在肠系膜上动脉注入血管加压素 (20min, 0.4IU/min) 后的动脉造影显示已无对比剂外溢和明显的动脉痉挛。无静脉显影。F, G: 停止输液后 12h 和治疗后 36h 的随访血管造影, 显示左侧结肠血流通畅并有密集的静脉血回流。

评论: 血管造影对发现下胃肠道出血相对敏感, 可

发现低至 0.5ml/min 的出血。血管造影对出血点的定位和发现导致出血的解剖学病变有很高的特异性, 但是也只有 50% ~ 60% 的下胃肠道出血可以通过血管造影来确定出血的来源, 而经直肠持续出血的病人有更高的阳性率。约 92% 下胃肠道出血的病人在采取肠系膜动脉注射血管加压素后, 病情得到了控制。但是复发率相当高, 初次使用相同剂量血管加压素治疗者达 30%。当静脉内注射血管加压素已不适用于动脉出血的治疗时, 超选择性栓塞是控制下胃肠道出血的另一种选择, 但不应在注入血管加压素后使用, 以降低药物所致痉挛区发生梗死的危险性。