定位检测阴茎勃起敏感区域,发现阴茎背侧局部电位阈值明显低于腹侧电位阈值,这些数据可有效的指导我们进行的手术部位。这种利用阴茎勃起后射精阈值的测定[9]提高了手术效率,并通过高选择性的阴茎背侧神经分支切除术,能有效降低阴茎的敏感度,并延长阴道内射精潜伏期,也提高性交满意度,达到有效治疗PPE的目的。同时,高选择性阴茎背神经分支切除术中我们保留了阴茎背神经主干,且利用显微镜精细分离分支,有效避免了术后阴茎头部感觉持久减退、神经分离术后水肿疼痛等并发症。

本研究证实该手术治疗安全有效,但其仍是局部有创性侵袭治疗,也存在与手术相关的一系列并发症及风险。因此,临床实践中应小心操作,进一步规范手术步骤。在本研究中,我们发现该手术对于PPE的短期治疗效果显著,为PPE的诊断和治疗提供了一定的理论依据。但在远期疗效上,还尚有待于进一步长期、密切随访。同时,术中神经分支切除数量、长短及切除方式等尚有待在后续临床实践中进行探索和总结。

参考文献:

[1] Salonia A, Sacca A, Briganti A, *et al*. Quantitative sensory testing of peripheral thresholds in patients with lifelong premature ejaculation: a case-controlled study[J]. J Sex Med, 2009, 6(6): 1755-1762.
[2] 许小林, 徐月敏. 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂治疗早泄的研究进展[J]. 中国男科学杂志, 2008, 22(2): 66-68.
[3] Aversa A, Rossi F, Francomano D, *et al*. Early endothelial dysfunction as a marker of vasculogenic erectile dysfunction in young habitual cannabis users[J]. Int J Impot Res, 2008, 20(6): 566-573.
[4] Tullii R E, Ferreira R, Vaccari R. Neurotomy: a new therapeutic technique for primary premature ejaculation [C]. Proceeding of the 4th Asia-Pacific Impotencea Meeting, 1993: 134-135.
[5] 薛珺, 汪静宇, 陈利生, 等. 早泄的研究进展[J]. 中华男科学杂志, 2007, 13(1): 65-68.
[6] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000: 68.
[7] Montague D K, Jarow J, Broderick G A, *et al*. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation [J]. J Urol, 2004, 172(1): 290-294.
[8] Lee Y S. Effect of dorsal nerve neurotomy in patients with premature ejaculation[C]. Programme & abstracts of China-Korea medical conference97. 1997: 380.
[9] 曹兴午. 男性阴茎勃起与射精的阈值[J]. 中国性科学, 2000, 9(2): 14-15.

(**收稿**:2010-12-09;**修回**:2010-03-10)
(编辑 吴培红)

文章编号:1000-5404(2010)11-1225-01

个案与短篇

经颈静脉途径介入溶栓治疗TIPS术后支架狭窄1例

李荣军,陈 磊,廖化禹,肖天利,汪荣泉,房殿春 (400038 重庆,第三军医大学西南医院全军消化病研究所)

[关键词] 介入溶栓;尿激酶;支架狭窄
[中图法分类号] R619 **[文献标志码]** B

1 临床资料

患者,男性,39岁。因"发现乙肝标志物阳性7年余,反复呕血、黑便6年余,再发黑便8 d."于2009年12月18日入院,诊断肝炎肝硬化失代偿期明确。2003年曾行"门静脉断流术+脾切除术"。急诊胃镜提示:食道胃底静脉重度曲张,红色征阳性,胃底也见多处团状蓝色曲张静脉,不宜行静脉套扎术,建议患者行经颈静脉肝内门体静脉分流术(transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS)。腹部CT血管成像提示:门静脉主干明显狭窄,见偏心性充盈缺损,肠系膜上静脉近段也可见充盈缺损,分支静脉扩张,食管静脉丛、胃冠状静脉曲张。肝静脉及下腔静脉充盈良好。考虑门静脉、肠系膜上静脉慢性血栓形成。完善术前准备后于2009年12月30日行TIPS术。置入8 mm×80 mm支架,准确释放;造影示支架通畅,安放位置正确。术后常规抗凝处理。术后8 d腹部B超提示:①TIPS术后,门静脉与下腔静脉之间可见支架回声,超声造影其内未见造影剂充盈,考虑血栓栓塞;②门静脉增宽,门脉主干及左支内减弱回声超声造影支持血栓诊断。考虑支架内血栓形成,于2010年1月7日行TIPS修正术,造影示支架中下段边缘不规则,支架中上段未见明显血流,考虑为支架内急性血栓形成(图1A);用30×10^4U尿激酶15 min内灌注后再持续2 h灌注尿激酶20×10^4U溶栓;溶栓后造影示支架各段血流通过改善,但支架边缘仍显不规则;先后用8 mm×40 mm和10 mm×40 mm球囊扩张支架后,手动减影示支架内血流较通畅(图1B),术后保留导管持续12 h灌注尿激酶60×10^4U,拔管后继续以低分子肝素抗凝,1周后复查B超:①门脉主干及左支内减弱回声,考虑血栓,管腔部分栓塞。②TIPS术后,门静脉与下腔静脉之间可见支架回声,其内可见血流信号充盈良好,考虑支架再通。患者出院后随访3个月,未再出现消化道出血。

(下转1234页)

[通信作者] 肖天利,电话:(023)68765188,E-mail:miker_x2003@yahoo.com

粥样硬化的无创性指标[7]，也是早期表现，并且早于粥样硬化斑块形成，IMT是较斑块更易获得定量测定值[8]，本研究观察发现糖尿病组IMT增厚合并颈动脉斑块发生率为82.35%，狭窄部多位于斑块好发部位，即颈总动脉分叉处，因此处血管剪刀叉较大，易形成涡流，所以易发生血管狭窄病变，而此处特殊的血流改变易导致斑块脱落，极易引起脑梗死。当轻度狭窄时（内径减少50%），血流动力学没有改变，狭窄处的峰值流速正常，血流量在正常范围；中度狭窄时（大于50%），血流速度明显增高，轻度狭窄与中度狭窄血流量有显著差异，中度狭窄与重度狭窄也有显著差异，重度狭窄时（大于70%）血流量约为正常的1/3，当血管闭塞时无血流充盈[9]。本研究结果表明年龄是动脉硬化的重要危险因素，随着年龄增加，各项危险因素暴露增加，动脉内壁负荷加重，导致内皮受损，进而发生动脉粥样硬化[10]。年龄越大，病程越长的患者在本组病例中，颈动脉内-中膜大多有不同程度的增厚，且多合并斑块形成。因此，糖尿病与颈动脉硬化密切相关，年龄越大、病程越长，血管病变的程度就越重[11]。

综上所述，彩色多普勒超声用于糖尿病颈动脉硬化的诊断有其独特的优越性，简便、廉价、无创、无危险而且重复性好，准确可靠，对预测和干预动脉粥样硬化性血栓性脑梗死和腔隙性脑梗死的发生有重要的临床意义。

参考文献：

[1] 廖二元，超楚生. 内分泌学[M]. 北京：人民卫生出版社，2001：1574.

[2] 蔡劲，刘生祥. 彩色多普勒检测糖尿病患者颈动脉硬化的应用价值[J]. 浙江医学，2009，31(6)：869－871.

[3] Osende J I, Badimon J J, Fuster V, *et al*. Blood thrombogenicity in type 2 diabetes mellitus patients is associated with glycemic control [J]. J Am Coll Cardiol, 2001, 38(5): 1307－1312.

[4] 卢瑞春，谭兰，宋敬卉. 糖尿病合并颈动脉粥样硬化性狭窄的研究进展[J]. 国际脑血管病杂志，2007，15(7)：530－553.

[5] 吴凤芸，张宇虹，苏本利. 高频超声检测糖尿病患者颈动脉粥样硬化的诊断价值[J]. 大连医科大学学报，2008，30(4)：360－362.

[6] 蔡劲，刘生祥. 彩色多普勒检测糖尿病患者颈动脉硬化的应用价值[J]. 浙江医学，2009，31(6)：870.

[7] 周永昌，郭万学. 超声医学[M]. 第5版. 北京：科学技术文献出版社，2006：564.

[8] Momjian-Mayor I, Baron J C. The pathophysiology of watershed infarction in internal carotid artery disease: review of cerebral perfusion studies[J]. Stroke, 2005, 36(3): 567－577.

[9] 杨帆，任艳蕾. 糖尿病患者颈动脉超声检测的价值评估[J]. 吉林医学，2009，30(12)：1162－1163.

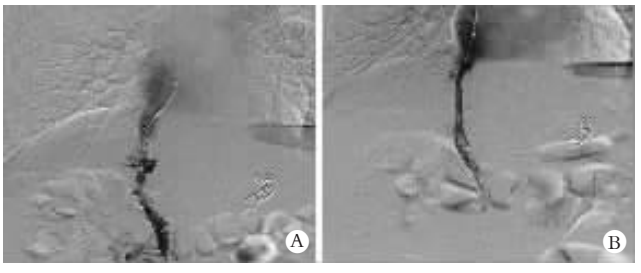
[10] 刘兰，黄岚. 心血管危险因素对颈动脉粥样硬化的影响及超声评价的意义[J]. 心血管病学进展，2007，28(1)：139－142.

[11] 任为东，唐力. 血管超声诊断基础与临床[M]. 北京：人民军医出版社，2005：99.

（收稿：2010-01-25；修回：2010-03-16）

（编辑　汪勤俭）

（上接1225页）



A：溶栓前；B：溶栓后

图1　TIPS修正术中肝脏正位造影数字减影截图

2　讨论

TIPS是治疗门脉高压症的介入放射学新方法，TIPS术后分流道的狭窄或闭塞是影响其中远期疗效的主要因素，狭窄或闭塞的处理直接关系到此类患者的预后[1]。据报道，TIPS术后狭窄或闭塞的发生率为7%～75%，国内报道再出血的发生率为7.6%～10.0%，分流道出现狭窄或闭塞的原因，在早期（3个月内）主要与操作技术和术后抗凝治疗不严格有关，见于术中支架定位不准确或支架释放后移位，分流道弧度较大且支架纵向柔顺性差导致支架与静脉壁成角，分流道内早期血栓形成，在中晚期，除血栓形成与血栓机化外，内膜过度增生，也是造成分流道狭窄或闭塞的主要原因[2]。

分流道狭窄或闭塞的处理应依据阻塞的类型采用不同的处理方法；对于分流道某一部位由于血栓或内膜增生引起的狭窄，原则上采取对狭窄段或闭塞段进行扩张处理，既往我们进行TIPS支架狭窄修正治疗主要通过气囊扩张或再在狭窄处加支架的方法[3]。本例患者因曾行脾切除术，术前就存在门静脉、肠系膜上静脉慢性血栓形成，TIPS支架置入后8 d即发现支架内急性血栓形成，考虑为术后抗凝力度不够有关，因为急性血栓形成，故采用经颈静脉途径于支架内局部灌注尿激酶溶栓，溶栓后造影示支架各段血流通过明显改善，再结合球囊扩张使支架达到完全再通，减少了患者潜在的消化道出血风险。

参考文献：

[1] D'Amico G, Luca A. TIPS is a cost effective alternative to surgical shunt as a rescue therapy for prevention of recurrent bleeding from esophageal varices[J]. J Hepatol, 2008, 48(3): 387－390.

[2] Gandini R, Konda D, Simonetti G. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt patency and clinical outcome in patients with Budd-Chiari syndrome: covered versus uncovered stents[J]. Radiology, 2006, 241(1): 298－305.

[3] Colombato L. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) in the management of portal hypertension[J]. J Clin Gastroenterol, 2007, 41(Suppl 3): S344－S351.

（收稿：2010-04-25；修回：2010-05-21）

（编辑　栾　嘉）