

## 介入治疗在急性动脉大出血中的应用价值

李忠学, 孙 松, 陆文彬, 张道春, 鲍兰芳

中图分类号: R815 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2007)03-0358-02

【摘要】 目的 探讨介入治疗在急性动脉大出血中的应用价值。方法 51例经内科保守治疗无法控制出血的急性动脉大出血患者, 急诊作动脉血管造影术, 根据术中出血原因和部位, 分别采用动脉内栓塞或缩血管药物灌注治疗。结果 共 51例, 其中行动脉内栓塞 48例, 止血率 100%; 单纯动脉内灌注缩血管药物 2例, 1例未再出血, 1例灌注止血 72h后再出血者剖腹探索, 手术证实为回盲部美克尔憩室; 1例空肠部血管畸形, 采用动脉灌注及栓塞治疗后止血。所有病例均未发生严重并发症。结论 介入治疗对急性动脉大出血多数可以通过栓塞或灌注止血, 栓塞止血效果佳, 灌注不能彻底止血者, 可为患者进一步治疗创造条件。

【关键词】 急诊; 介入治疗, 栓塞

急性动脉大出血是临床常见的急诊, 其出血量大, 常危及病人的生命, 内科保守治疗疗效往往不理想, 外科手术, 病人往往耐受性差, 尤其是已经处于休克或和近期已经做过一次或多次手术又再出血的病人。介入治疗快速、微创、高效等优点在急性动脉大出血急救方面显示出了其独特的优势, 现将我们经介入治疗的 51例急性动脉大出血的临床结果报告如下:

## 1 材料和方法

1.1 一般资料 本组 51例, 男 34例, 女 17例, 年龄 16~79岁。平均年龄 58岁, 鼻出血 2例, 大咯血 24例, 上消化道出血 3例, 腹腔积血 6例, 血尿 7例, 阴道流血 2例, 下消化道出血 4例, 盆腔积血 1例, 臀部流血不止 1例, 右侧大腿广泛皮下血肿 1例。患者均有明显的出血相关症状和体征。介入治疗前均经相关科室积极的保守治疗无效, 24h出血量 500~3 000ml 采用美国 GE公司 Advant LCV DLX A C型 DSA机, 美国 MEDRAD MARK V PLUS高压注射器。

1.2 方法 采用 Seldinger技术, 经股动脉穿刺插管, 导管超选择至相应血管行动脉造影, 明确病变部位、范围、供血特点、侧支循环以及血管解剖等情况。依据出血不同病因、部位, 进行选择性或超选择性插管, 将导管超选至出血动脉, 用明胶海绵和 或不锈钢圈栓塞出血动脉, 不适宜栓塞者将导管插至相应动脉内灌注垂体后叶素, 栓塞或(和)灌注结束后, 再次造影确认血管闭塞程度。

## 2 结果

栓塞治疗 48例。其中原发鼻咽癌出血及鼻咽癌放疗后颌内动脉出血各 1例; 支气管动脉破裂出血 25例, 单侧 16例, 双侧 9例; 右肝癌破裂肝动脉出血 3例; 胰头癌、胆道疾病术后大出血 5例, 其中 3例为胃十二指肠动脉出血, 2例为肝固有动脉出血(图 1 2); 外伤后脾动脉; 经皮肾镜取石术后肾动脉出血 1例, 外伤后肾动脉出血 4例, 肾血管畸形出血 1例(图 3

4); 宫颈癌膀胱癌术后放疗后子宫动脉出血 1例、膀胱癌术后放疗后膀胱下动脉出血 1例、产后子宫动脉大出血 1例、右股骨上段骨折伴旋股外侧动脉大出血 1例(图 5 6), 臀部刀刺伤臀上动脉出血 1例; 直肠动脉血管结构不良 1例, 均采用明胶海绵和 或不锈钢圈栓塞出血动脉, 止血率 100%。1例胃癌术后中结肠动脉出血和 1例出血原因不明, 造影显示回盲部血管紊乱, 行单纯动脉内灌注垂体后叶素治疗, 前者未再出血, 后者灌注止血 72h后再出血, 剖腹探索证实为回盲部美克尔憩室; 1例空肠血管畸形, 采用动脉灌注及栓塞治疗后止血。所有病例均未发生严重并发症。

## 3 讨论

急性出血过去主要采用保守治疗或外科急诊手术治疗, 保守治疗对小量出血可能有效, 急诊外科手术带有很大盲目性和高风险性, 因为许多大出血病人因低血容量性休克或出血动脉的部位不明确, 或因已作过手术导致周围组织粘连。急性动脉大出血因其出血量大, 常危及病人的生命, 医生是否能及时、准确地确定出血原因和部位是制约治疗和预后的关键因素。介入治疗, 由于其术前准备简单, 仅需局部麻醉, 技术操作快速、微创、高效等优点在急性动脉大出血急救方面显示出了其独特的优势。经导管动脉造影和栓塞技术用于急性动脉大出血, 其意义在于及时明确出血的血管及位置、发现异常血管及病灶, 在此基础上进行止血治疗, 达到诊断和治疗的目的。不同的出血采用不同的治疗方法。大咯血采用明胶海绵或明胶海绵加金属弹簧圈栓塞治疗。上消化道出血一般采用栓塞治疗, 对于肝癌破裂出血予以化疗栓塞治疗, 对于胆道大出血, 应选用明胶海绵微粒和弹簧钢圈双重栓塞, 有报道其治疗一次性止血优于单纯明胶海绵栓塞, 单用明胶海绵不能有效控制出血<sup>[1]</sup>, 下消化道出血一般首选止血药物灌注, 但复发率高, 本组灌注治疗 2例, 1例出血停止, 1例复发。102笔者认为对此类病变出血应在灌注止血的基础上积极予以抗休克治疗, 为因再出血外科手术治疗做好准备, 特别是对小肠肿瘤更应积极手术切除治疗, 对小肠血管畸形, 采用灌注加栓塞治疗, 在栓塞平面上一般认为准确定位在末级弓状动脉和一定范围内的直动脉栓塞不

作者单位: 浙江省台州医院放射科, 浙江 台州 317000

作者简介: 李忠学(1975~), 男, 主治医师, 从事介入放射学及影像诊断工作。

异常情况以及护理方法, 尤其是术中急救措施和术后并发症的处理。对于不同类型的肿瘤介入治疗, 要注意术后独特严重并发症的发生情况。例如进行支气管动脉化疗栓塞治疗的肺癌患者, 如果术后出现感觉、运动障碍和尿潴留等情况, 多提示出现了脊髓损伤, 应积极进行处理。心理护理贯穿全程, 给患者以热情、诚恳、可信的感觉, 使患者以最佳状态接受治疗。

## 参考文献:

- [1] 徐兵河, 李青. 去甲长春花碱为主方案治疗蒽环类药物耐药性晚期乳腺癌的疗效[J], 中国肿瘤临床, 2001 28(8): 602-604.
- [2] 王建平, 林文娟, 梁耀坚, 等. 心理干预对癌症患者免疫功能的影响[J], 中国肿瘤临床, 2002 29(12): 841-844.

(收稿日期: 2007-02-08)

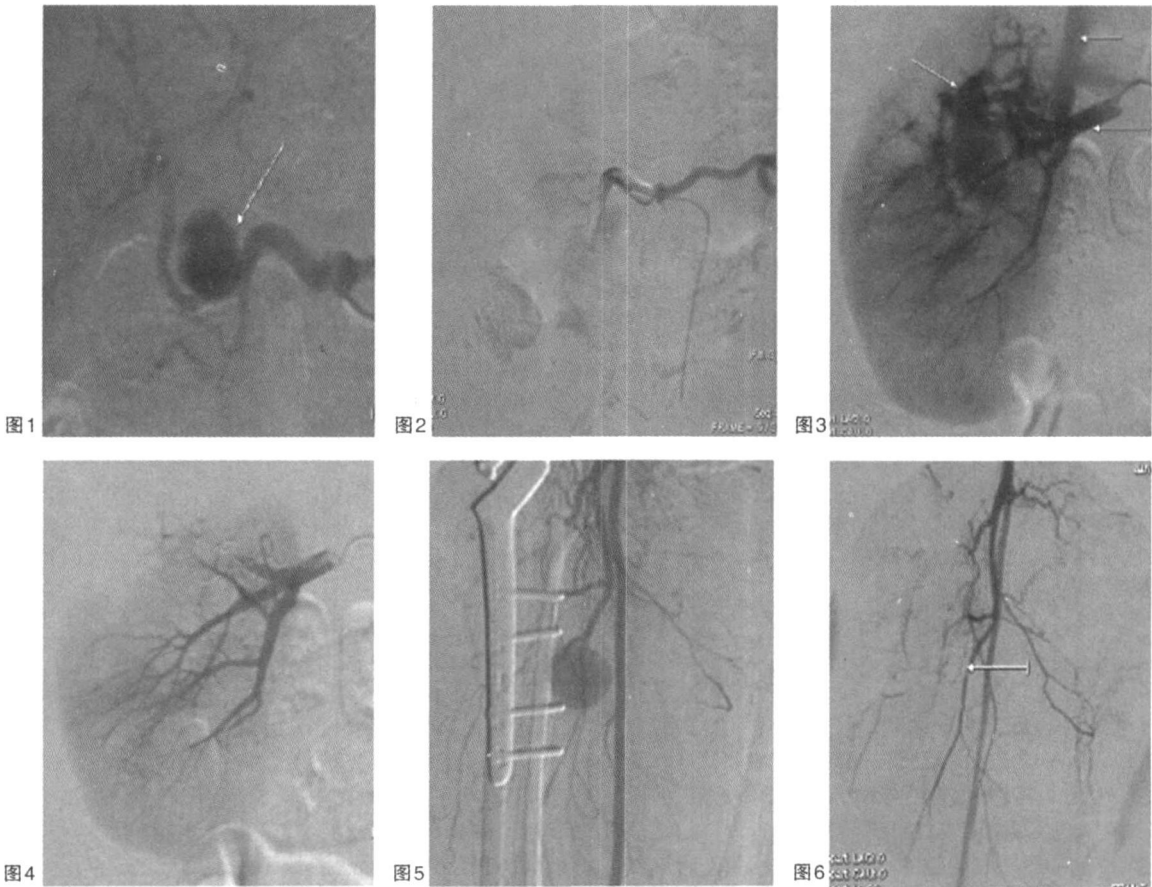


图 1 胆道结石术后上消化道出血腹腔动脉造影示肝固有动脉动脉瘤。图 2 超选择肝总动脉栓塞后, 供血动脉闭塞, 瘤腔未再显影。图 3 血尿患者右肾动脉 DSA 示: 右肾上极动静脉瘘, 右肾上极静脉及下腔静脉早显。图 4 超选择右肾上极动脉栓塞后, 右肾上极动静脉瘘闭塞。图 5 外伤患者, 超选择动脉造影示右侧旋股外侧动脉创伤性动脉瘤。图 6 超选择供血动脉栓塞后动脉瘤闭塞, 未影响正常血管。

会引起肠梗死, 但如出血部位为终末动脉供血, 侧支循环建立困难时, 考虑用栓塞来控制出血要特别谨慎, 防止栓塞后出现肠壁或器官的局部出血坏死<sup>[2]</sup>。对直肠下段的动脉出血, 由于有来自肠系膜下动脉及髂内动脉的双重血供, 栓塞一般不造成局部缺血坏死<sup>[2]</sup>, 本组直肠动脉血管结构不良出血 1 例, 予以明胶海绵颗粒 1.5mm×2mm 栓塞后彻底止血, 未发生并发症。盆腔脏器出血, 由于盆腔血供丰富, 存在广泛的血管吻合支, 一般选用明胶海绵颗粒行出血动脉远端近末梢栓塞, 对出血量大、范围广及肿瘤引起的患者, 则应对出血动脉主干或髂内动脉脏支予以加固栓塞, 本组 1 例宫颈癌放疗后阴道出血, 第 1 次予以超选择栓塞双侧子宫动脉后出血再发, 第 2 次采用弹簧圈栓塞双侧髂内动脉脏支得以止血。鼻出血采用明胶海绵栓塞出血动脉, 同时积极治疗原发病。

影响止血的主要因素: ①多支动脉参与供血, 特别是肿瘤所致的出血者, 因肿瘤的血供特点致使正常血流状态的改变, 易出现侧支血供, 栓塞时仅仅将优势血管堵塞, 术后非优势分支很快扩张, 形成侧支血管供血, 而达不到永久止血的效果<sup>[3]</sup>。还有肺结核所致的大咯血, 由于结核造成病变局部的肺血管床多数破坏、毁损, 造影未能显示全部供血动脉, 如两支以上的支气管动脉供血或肋间动脉供血, 治疗时因栓塞不全使止血失败, 所以当造影表现与出血量和临床体征不符的患者应注意潜在出血动脉的造影, 以防遗漏出血血管, 笔者认为对于肺结核大咯血患者, 术中用猪尾巴导管行主动脉弓处造影证实无明显血供后再拔管, 防止遗漏可能的出血血管。②出血动脉来自不同的血液循环系统, 如肝动脉栓塞后的门静脉的出血, 支气管动脉栓塞后的肺动脉出血等, 必要时另行穿刺分别栓塞。

栓塞时应注意的问题: 栓塞剂的选择取决于栓塞剂的特性、栓塞血管的粗细及流速、远端组织供血情况、闭塞时间的要求及当时得到的材料等。对于急诊介入栓塞, 一般选用明胶海绵为栓塞剂, 其特点是经济、易得、可以根据需要制成不同大小的颗粒或条状甚至粉末; 但其作为中效栓塞剂吸收后有再次出血的可能, 本组 1 例经皮肾镜取石术后出血的患者, 第 1 次单纯应用明胶海绵栓塞, 1 周后再次出血, 造影发现出血动脉再通, 应用明胶海绵加弹簧圈后得以止血。栓塞时不要一味强调超选择性栓塞而浪费抢救时间, 只要不涉及到可能引起严重并发症的血管, 宁可失去 1 条或 2 条未受累的动脉, 也不要因为超选择栓塞浪费时间和长时间的操作致动脉血管的痉挛闭塞而惋惜。另外涉及到为争取止血抢救患者生命的全脏器的栓塞或可能引起严重并发症的栓塞时应与患者及其家属和临床医师加强沟通协作, 以免引起医疗纠纷, 术中应加强生命体征和其他可能伴发损伤的监护。

总之, 介入治疗对急性动脉大出血多数可以通过栓塞或灌注止血, 栓塞止血效果佳, 灌注不能彻底止血者, 可为患者进一步治疗创造条件。

参考文献:

[ 1 ] 何敬东, 范谋海, 周义成, 等. 超选择双重栓塞治疗胆道出血 [ J ]. 放射学实践, 2001 16( 3 ): 166  
[ 2 ] 吴恩惠, 刘玉清, 贺能树. 介入性治疗学 [ M ]. 北京: 人民卫生出版社, 1999 238 - 242  
[ 3 ] 王宏, 刘春峰, 戳会琴, 等. 急性出血性病变的介入治疗 [ J ]. 医师进修杂志, 2004 27( 8 ): 49