

文章编号:1005-6947(2007)12-1208-02

· 临床报道 ·

骨盆骨折合并盆腔血肿的髂内动脉介入栓塞治疗

张崇高

(江苏省金湖县人民医院 放射科, 江苏 金湖 211600)

摘要:笔者采用明胶海绵或不锈钢圈栓塞双侧髂内动脉治疗骨盆骨折合并盆腔血肿7例,其中6例患者术前处于休克前期或休克期,血压低,出血明显,栓塞成功后,出血停止,血压回升,栓塞后2d血压恢复正常基础水平。提示:双侧髂内动脉栓塞对治疗骨盆骨折合并盆腔血肿效果明显,是一种有效的治疗手段。

[中国普通外科杂志,2007,16(12):1208-1209]

关键词:创伤和损伤/治疗; 栓塞,治疗性; 髂内动脉

中图分类号:R 683.3

文献标识码:B

随着交通事业的发展,交通事故日趋增多,骨盆骨折并发大出血是常见的急诊。因出血量大、发展快、病情凶猛,易发生失血性休克,可危及患者生命,病死率高达20%。有部分患者因非手术治疗无效,但因多种原因而又无法施行外科手术。2003—2006年我院对7例此类患者采用栓塞双侧髂内动脉取得了明显的效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男5例,女2例;年龄34~62岁,平均49.8岁。均为交通事故伤。患者均在受伤1h内入院,其中6例入院时血压较低,脉搏较弱,口唇紫绀,处于休克前期或休克期。经X线和CT诊断为骨盆多处骨折合并盆腔血肿。经过内科输血、补液、纠正休克等治疗,输血约2 000~3 000 mL,未见明显效果,生命体征脆弱。其中2例经外科手术剖腹探查无效,关腹后再行介入治疗。

1.2 介入治疗方法

7例患者中5例采用seldinger技术,经股动脉穿刺,置入6F导管鞘,2例因股动脉搏动极其微弱,手术切开动脉置入导管鞘。用6FCobra管先选择性地插入对侧髂内动脉,行动脉造影观察髂内动脉及其分支有无造影剂外溢、滞留,有无动脉中断、假性动脉瘤和动静脉瘘形成,再将导管撤回至同侧髂内动脉,采用成袢技术进行造影。经证实有造影剂外溢者行双侧髂内动脉栓塞。栓塞前分别注入2U加压素和8万U庆大霉素稀释液。栓塞剂用明胶海绵条(1 mm×10 mm~2 mm×10 mm)、明胶海绵颗粒(1 mm×1 mm~2 mm×2 mm)、不锈钢弹簧圈。每侧动脉栓塞后须再次造影,了解栓塞的效果。以髂内动脉栓塞平面以下及远端分支不再显影为要求标准。髂内动脉栓塞后还必须作髂外动脉造影,防止其分支出血。

2 结果

2.1 造影结果

本组7例患者栓塞前造影示:髂内动脉及分支毛糙、截断,有点状造影剂外溢征象,造影剂片状浓聚染色影,造影剂滞留影,动脉分支有假性动脉瘤影形成;血肿较大的在实质期造影剂染色形成充盈缺损^[1]。栓塞后造影示:髂内动脉栓塞平面以下及远端小分支闭塞、无造影剂外溢现象;无造影剂浓聚和滞留现象,原有假性动脉瘤不再显影。7例患者中髂外动脉造影均未发现异常。

2.2 介入治疗效果

7例患者均一次栓塞成功,栓塞后出血停止,血肿不再扩大,血压渐趋平稳,经输血、补液后血压逐渐回升,脉搏逐渐有力,栓塞后2d血压均恢复正常基础水平。失血性休克得到纠正,7例患者均获治愈。4例患者1周后再次接受其他相关的外科手术,情况良好。

2.3 并发症

7例患者中4例出现下腹部和臀部疼痛,给予消炎痛肛栓塞肛,2次/d,3d后好转。1例患者有呕吐症状,对症处理后好转。1例患者出现尿潴留,给予保留尿管后缓解。2例患者术后体温升高,未给特殊处理后自行好转。1例患者臀部皮肤颜色略有改变,经热敷和理疗后好转。2例患者下肢无力和隐痛不适,1周后自行好转。

2.4 术后随访

7例患者均获6个月随访,均未发现再次出血和并发症。

3 讨论

外伤后骨盆血肿因其出血量大,来势凶猛,危害较大。即使手术治疗往往因渗血较多,血肿较大,病情较重,不能承受,或因患者血压低,根本找不到出血部位和出血血管,盆腔血肿又难以切开引流减压,因为一旦血肿内压力降低,会加速出血。况且交通事故大多数是复合伤,非手术治疗难以达到止血的目的,且易发生DIC。

我院近10年骨盆骨折合并盆腔血肿行非手术治疗患者的病死率高达27.8%,而且住院花费很高,平均输血近

收稿日期:2007-04-03; 修订日期:2007-11-26。

作者简介:张崇高,男,江苏金湖人,江苏省金湖县人民医院副主任医师,主要从事血管介入治疗方面的研究。

通讯作者:张崇高 E-mail:jhzcg88@163.com

5 000 mL。外科手术成功率也较低,病死率达20%。而本组7例行髂内动脉栓塞治疗的患者均治疗成功,患者生命体征3 d内基本恢复正常,虽有一些并发症,但对生命无影响,而且1周内基本恢复。

盆腔的动脉主要为双侧髂内动脉、髂外动脉。髂内动脉短而粗,发出后斜向内下降入小骨盆,多支分布于盆腔内脏和盆壁。其脏支分为膀胱上动脉、膀胱下动脉、直肠下动脉、子宫动脉、阴部内动脉;壁支分为闭孔动脉、臀上动脉、臀下动脉。髂外动脉分为:腹壁下动脉、股动脉、股深动脉。其中股深动脉分为旋股内侧动脉、旋股外侧动脉、穿动脉^[2]。基于血管分布的特点,因此骨盆骨折有下列情况时应注意大出血的可能:(1)骨盆环2处以上骨折。(2)体格检查时发现骨盆骨折属不稳定性。(3)挤压损伤引起骨盆骨折。(4)骨盆环后半部发生骨折脱位^[3]。笔者注意到骨折部位与某些特殊血管损伤有密切关系,耻骨支骨折常累及阴部内动脉或闭孔动脉,臀上动脉损伤常见于后骶髂关节脱位,骨盆后环严重骨折时可以损伤髂总动脉或髂外动脉。因此对骨盆骨折合并骨盆血肿患者可采用双侧髂内动脉栓塞治疗。

本组主要采用明胶海绵和不锈钢弹簧圈行栓塞治疗,即可阻断动脉血流,降低出血区压力,又能避免栓塞末梢血

管,可避免造成局部组织缺血坏死。形成假性动脉瘤者选用明胶海绵条及颗粒,以栓塞出血分支末梢阻止侧支供血。

综上所述,除造影剂外溢是髂内动脉出血的最可靠的证据外,假性动脉瘤、动静脉瘘、动脉壁毛糙、不规则及动脉血管变细,均是动脉出血的有力证据。一旦发现应立即行靶血管栓塞,以达到有效止血和抢救患者生命的目的。栓塞双侧髂内动脉治疗骨盆骨折合并盆腔血肿应及早、及时。栓塞髂内动脉操作简单,易掌握,是一种治疗骨盆骨折合并骨盆血肿的有效的治疗方法。

参考文献:

- [1] 金泳波,刘一之,倪才方. 骨盆骨折后盆腔大出血急性性栓塞治疗[C]. 江苏省第5次介入放射学学术会议论文汇编,2005,73-75.
- [2] 葛彪,孙建,邵正玉. 介入栓塞治疗髂内动脉破裂大出血可行性探讨[C]. 江苏省第5次介入放射学学术会议论文汇编,2005,70-71.
- [3] 戴真煜,姚立正,李文会. 介入技术在急性大出血抢救中的临床应用[C]. 江苏省第5次介入放射学学术会议论文汇编,2005,59-60.

文章编号:1005-6947(2007)12-1209-04

· 经验与教训 ·

腹部闭合性损伤后持续性腹胀的临床分析

邵堂雷¹, 杨卫平¹, 马迪¹, 沈宇辉², 周文龙³, 彭承宏¹

(上海交通大学医学院附属瑞金医院 1. 外科 2. 骨科 3. 泌尿科, 上海 200025)

摘要:为探讨腹部闭合性损伤后出现的持续性腹胀的原因,笔者对收治的14例腹部闭合性损伤入院时无休克和腹膜刺激征且腹腔穿刺均阴性,但在保守观察过程中均出现不能缓解的持续性腹胀患者的临床资料进行回顾性分析。13例患者最终被分别确诊为迟发性脾破裂3例,十二指肠破裂2例,胰腺破裂2例,肠系膜损伤1例,结肠破裂3例,输尿管破裂2例;T₁₂胸椎骨折1例。均行手术治疗。10例治愈,4例死亡,病死率28.57%。提示:腹部闭合性损伤患者如观察过程中出现持续性腹胀时,虽生命体征平稳且无腹膜炎表现,但仍应积极寻找病因以免漏诊而延误治疗,必要时应考虑手术探查。

[中国普通外科杂志,2007,16(12):1209-1212]

关键词: 腹部损伤; 创伤,非贯通性; 持续性腹胀; 临床分析

中图分类号: R 656

文献标识码:

腹部闭合性损伤是腹部损伤最常见的一种类型,往往伴有腹内脏器的受损。近年来随着影像学技术的不断

发展,对腹部闭合性损伤的诊断率有所提高,但有些腹部脏器因其解剖位置和结构的特殊仍存在一定的漏诊率,而这些漏诊有时往往是致命的^[1]。因此对尚未确诊的腹部损伤患者除了密切观察其生命体征外,有些特殊的症状也不能忽视,因其往往对诊断有极其重要的意义。笔者就近6年来以持续性腹胀为主要临床表现的腹部闭合性损伤患者的临床资料进行回顾性分析,以期阐明其对诊断的重要性。

1 临床资料

1.1 一般资料

2000年1月—2006年1月我院共收治急性腹部闭合性损伤患者165例,其中14例入院后即行全面体检,均无休克或腹膜炎表现,腹腔穿刺阴性在保守治疗观察期间出现持续性进行性腹胀。男13例,女1例;年龄21~73岁。14例患者的致病原因、临床表现、实验室检查及影像检查见(表1)。

收稿日期:2007-04-06。

作者简介:邵堂雷,男,江苏无锡人,上海交通大学医学院附属瑞金医院副主任医师,主要从事门脉高压、甲状腺疾病方面的研究。

通讯作者:杨卫平 E-mail:shao_wh@hotmail.com