

复发出血,行再次 BAE 外,仅见不同程度的胸闷或/和胸痛、低热表现,经一般对症处理一周后症状消失。本组无一例发生截瘫(脊髓损伤),这与应用非离子型造影剂有关,无一例脑栓塞等误栓并发症,与选择栓塞剂和栓塞技术起着重要作用。

参 考 文 献

1 Stoll JF, Bettmann MA. Bronchial artery embolization to control

hemoptysis: a review. Cardiovasc Intervent Radiol, 1988, 11: 263.

- 2 柴春明摘. 用支气管动脉栓塞处理大咯血. 国外医学临床放射学分册, 1984, 2: 103.
- 3 郭季宣, 程钢, 陈玉平, 等. 大咯血及肺癌患者支气管动脉造影表现. 中华放射学杂志, 1994, 2: 85.
- 4 陈玉平. 选择性支气管动脉造影及栓塞术对咯血定位和控制大咯血的应用. 中华结核和呼吸系统疾病杂志, 1986, 9: 24.

• 临床经验 •

外伤性脾损伤的经导管动脉栓塞

李奋保 杨瑞民 梁秋东 李玉侠 李培兰

在腹部钝性伤中,脾脏创伤居腹内脏器损伤之首,脾损伤后的死亡率为 5%~25%,伴创伤性休克为 50%~60%,早期死亡多为严重的复合伤及出血性休克,其中 66% 是死于大出血及急性肾功能衰竭^[1]。我院自 1995 年以来共行经导管动脉栓塞(TAE)治疗脾损伤 12 例,现报道如下。

材料与方法

一、一般资料

本组病例中男 8 例,女 4 例,年龄 4~65 岁,平均年龄 38 岁。损伤原因有车祸伤、钝击伤、挤压伤、坠落伤。损伤程度 I 级 2 例,II 级 5 例,III 级 5 例。合并伤有肋骨骨折、脊柱、四肢、骨盆骨折、脑外伤。临床表现均有腹痛,合并休克 1 例,腹穿抽出不凝血 1 例。

二、方法

使用日立公司 1300mA 导管床,电视监视系统,美国 COOK 公司生产的 5F Cobra 导管,采用 Seldinger 法,在局麻下经皮右股动脉穿刺插管,选择到脾动脉造影,了解脾动脉分支及出血部位,然后将导管头端尽可能超出选择插入脾动脉的 2 级甚至 3 级分支,导管头端距出血部位越近越好,用消毒过的明胶海绵条 10mm×2mm 3~10 条,手工搓紧后,塞入装有造影剂的 2ml 注射器乳头内,与导管相连,在透视下推注,当出血区细小动脉分支减少或消失,造影剂在靶血管及其分支或出血区长时间滞留,表明栓塞成功。

结 果

12 例病人均 1 次脾动脉栓塞止血成功,效果确切,其中 2 例术后 1 周有发热,左上腹痛及恶心,1 例有左侧胸腔少量积液,对症治疗后消失。

讨 论

一、手术切除一直是治疗脾损伤的传统方法。随着医学的发展,人们认识到保脾的重要性^[2,3],对脾损伤的非外科

处置提到了研究与临床应用。

二、脾损伤的早期诊断是急诊的首要环节,B 超检查在诊断脾破裂和决定治疗方法中有一定意义。B 超与手术诊断符合率 96.42%^[4],可作为诊断腹部闭合性损伤的首选方法。特别对于血液动力学不稳定的病例更要多次重复随访。在病情允许时,可行 CT 扫描,CT 对脾创伤诊断的准确性达 96%^[5],有非常高的敏感性和特异性。凡无明显出血性休克趋向或休克已纠正,在积极治疗措施保证下,可行紧急血管造影,以明确损伤部位、范围、程度,并可行紧急介入性治疗,以抢救生命,为脾损伤诊断与治疗的有力手段。

三、在血管造影检查明确脾损伤后,根据临床情况,可行 TAE,主要应用明胶海绵行脾动脉栓塞术。根据损伤情况,栓塞有关分支,达到止血效果,可部分取代外科手术。对于以下情况可行 TAE: 1. Gall 和 Scheele 分级^[6] I~III 级; 2. 不合并腹内其他脏器损伤; 3. 生命体征平稳或休克已纠正; 4. 不能耐受外科手术者; 5. 手术治疗后有出血或多次手术后出血仍不止; 6. 脓毒血症为绝对禁忌证,对于巨大脾应慎重,因栓塞后有破裂危险。脾栓塞损伤小,安全性高,简便,疗效较好,有较少并发症和死亡率,而且可以尽可能地保留脾功能,是非外科治疗脾损伤的有效方法。笔者认为脾损伤经导管动脉栓塞术值得进一步推广与研究。

参 考 文 献

- 1 陈维鹏. 脾外科学. 济南: 山东科学技术出版社, 1989; 76~77
- 2 Ellison EC, et al. Complication of splenectomy etiology prevention and management. Surg Clin North Am 1983; 63: 1324
- 3 Posey DL, et al. Overwhelming postsplenectomy sepsis in children. Am J Surg 1983; 145: 316.
- 4 戴鹏云. 脾脏闭合性损伤的 B 超诊断. 现代诊断与治疗. 1997; 3: 190
- 5 Jeffrey RB, et al. Computed tomography of splenic trauma. Radiology 1981; 141: 729.
- 6 Gall FP, Scheele J. Differential indication der konservation und operativen behandlungsmöglichkeiten der milzruptur langenbecks. Arch Chir 1986; 396: 371.