

• 临床经验 •

腹部手术后消化道出血的介入诊断与治疗

王兴华 朱汉洲 李立

腹部手术后发生消化道出血,出血量大,部位不明确,病情危重。再次手术比较盲目,且患者手术耐受性差。我院自 1994 年 10 月~1999 年 12 月采用介入方法诊断和治疗这类消化道出血 14 例,效果良好,现报告如下。

临床资料

一、一般资料

本组 14 例,男性 10 例,女性 4 例,年龄 32~65 岁。其中 11 例因胃癌或胃溃疡行胃大部切除术,2 例为肝内胆管结石行肝叶切除术,1 例行阑尾切除术。发生出血时间为术后 6~72h。14 例均表现为急性消化道大出血,出血量 800~2000ml,血压下降,血红蛋白为 30~56g/L,6 例行急诊胃镜检查,2 例虽发现出血灶但未能止血。

二、血管造影方法和结果

采用 Seldinger 技术插入 6FRH 或 Cobra 导管,根据不同病情行选择性动脉造影,一般都作肝总动脉,胃十二指肠动脉和肠系膜上动脉造影。当 DSA 怀疑出血部位后,再手推造影剂后摄片证实,以排除因肠气或肠蠕动及患者不能很好合作时产生假阳性。除 1 例未能明确出血部位外,其余 13 例结果:1 例胆囊动脉破裂出血,9 例十二指肠动脉分支破裂出血,2 例肝动脉分支破裂出血,1 例肠系膜上动脉分支出血。出血的造影表现为造影剂外溢,造影剂进入胃腔,显示粘膜皱襞影或造影剂较长时间滞留。

三、介入治疗方法及疗效

1 例胆囊动脉破裂出血,2 例肝动脉分支破裂出血采用 2mm×2mm×2mm 明胶海绵颗粒栓塞末梢血管,栓塞后再造影复查,无造影剂外溢者为栓塞成功,栓塞后患者未再发生消化道出血。9 例十二指肠动脉分支破裂出血,1 例肠系膜上动脉出血,采用血管加压素灌注,剂量为 0.4U/min,持续 20min,造影复查未再发生出血,保留导管 24h,根据临床表现定时经导管注入垂体加压素,亦未再发生出血。1 例未能造影明确诊断的消化道出血,根据临床表现

综合分析,高度怀疑肠系膜上动脉出血,将导管头插至肠系膜上动脉,保留导管 24h,定时注入血管加压素,成功止血。

讨 论

随着选择性腹部血管造影在消化道出血诊断中的作用逐渐被人们所认识,腹部手术后发生消化道出血通过腹部血管造影,大部分均可明确出血原因和部位,其诊断阳性率高达 84.9%^[1]。本组除 1 例未能明确出血部位外,其余 13 例均发现造影剂外溢。说明超选择性腹腔动脉造影对腹部手术后消化道出血能作出明确定位诊断。其作用明显优于急诊胃镜。

二、消化道出血的药物灌注治疗,目前常用的是血管加压素。当药物注入该血管或其分支,其血流迅速下降而有效止血。国外文献报道^[2],血管加压素灌注治疗消化道出血有效率为 52%~91%,本组 11 例行血管加压素灌注止血均获满意效果。在治疗过程中,为防止灌注后再度出血,采用保留导管 24h,根据临床表现定时注入血管加压素,我们认为能进一步确保止血效果。血管栓塞对于控制出血有很好的效果,它能有效降低出血动脉内压力。明胶海绵的栓塞作用一般可维持 7~21 d,一般都成为永久性栓塞。我们认为这一治疗方法能及时有效地止血,抢救患者的生命。但也有可能引起肠缺血坏死。国外文献报道小肠出血栓塞 18 例,其中 4 例发生肠坏死^[3],因此对于肠系膜上、下动脉的栓塞要慎重进行。

总之,选择性腹腔动脉造影和经导管栓塞及灌注止血,对患者影响较小,能快速而有效地止血,特别对腹部手术后消化道出血的患者,更是一种安全、有效的处理方法。

参 考 文 献

1. 胡国栋,汪阳,洪澄,等.非门脉高压性上消化道出血的介入治疗.腹部外科杂志,1995,8:59.
2. Chalmers AG, Robinson PJ. Therapeutic embolization in small bowel hemorrhage. Clin Radiol, 1986, 37: 379.
3. Palmaz JC, Walter JF, Cho KJ. Therapeutic embolization of the small bowel arteries. Radiology, 1984, 152: 377.

(收稿日期:2000 06 05)