

## ·临床经验·

## 选择性动脉栓塞治疗妇产科难治性出血 16 例

印建国 刘晓红 杨艳 贾雄 郑曙光 赵汝珠

R71 B

妇产科难治性大出血是危及患者生命的重症。10 余年前,国内开始开展动脉栓塞治疗本病,现已逐渐被临床医师所接受,使之成为取代手术的微创治疗的首选方法。我院于 1996 年 5 月~2001 年 9 月共收治 16 例多种原因引起的妇产科大出血。

## 材料和方法

## 一、临床资料

子宫和阴道出血 16 例,年龄 6~60 岁,平均 33 岁。其中功能性子宫出血(功血)2 例,宫颈癌 4 例,产后出血 5 例,骨盆骨折阴道出血 2 例,宫颈管及宫体巨大横纹肌肉瘤出血 2 例,子宫内膜癌术后阴道残端出血 1 例。出血量 600~3 000ml,平均 1 800 ml。12 例处于休克状态,均经临床应用止血剂、宫缩剂、阴道填塞等综合治疗无效而急诊施行动脉栓塞治疗。

## 二、方法

采用 Seldinger 技术行股动脉穿刺后,置入 5~6F Cobra 导管或多侧孔导管于髂总动脉分叉上方,作盆腔动脉造影,以观察出血部位、范围、程度和供血动脉。然后对出血动脉进行超选择性插管,造影摄影或透视下“冒烟”证实选择无误后在电视监视下缓慢注入明胶海绵颗粒(2.0mm×2.0mm×2.0mm)加 60% 泛影葡胺若干毫升,栓塞至血流停滞为止。恶性肿瘤者为达到永久性栓塞,则常用明胶海绵颗粒加丝线线段。其中 1 例宫体巨大横纹肌肉瘤采用无水乙醇栓塞。若出血动脉超选失败或出血弥漫,则栓塞髂内动脉。栓塞穿刺同侧供血动脉或髂内动脉采用血管内成袢技术。栓塞后造影证实出血停止(无造影剂外溢)后拔管,穿刺部位加压包扎,平卧 12~18h。临床对症处理。

## 结 果

## 一、栓塞部位

双侧髂内动脉栓塞 5 例,单侧 1 例,双侧子宫动脉超选栓塞 10 例。

## 二、结果和随访

患者手术时即出血停止,少数有轻度盆腔部位缺血性疼痛,采用无水乙醇栓塞者症状相对较重,对症处理 3~5d 后缓解。7 例恶性肿瘤中,原有的肿瘤明显缩小,其中 3 例及时进行了放疗,1 例清宫治疗。

术后采用电话随访或定期来院门诊复查,随访 3~69 个月,平均 28 个月。仍健在的 5 例恶性肿瘤无一例再出血。

## 讨 论

## 一、栓塞治疗在妇产科难治性出血中的应用价值

妇产科大出血的常见病因有产后、剖宫产后、异位妊娠破裂、人流、外伤和肿瘤性大出血等。临床常采用止血药和阴道填塞,但往往难以奏效或止血不完全。此类患者体质状况差或伴有失血性休克,常难以承受手术。对于年青女性,切除子宫对身心健康常产生不良影响,肿瘤患者此时切除肿瘤几乎不可能。自从 1979 年 Brown 首先报道了经动脉栓塞治疗产后大出血病例后,国内外相继开展和报道了采用动脉栓塞法治疗各种原因引起的妇产科难治性大出血。资料表明,产后和剖宫产后大出血止血成功率 85%~95%,外伤和肿瘤大出血止血成功率 87%~100%<sup>[1]</sup>。显而易见采用此法止血效果肯定,创伤小,方便快捷。在肿瘤患者的止血中更具有优越性:通过造影不但能了解出血的部位和程度,还可显示肿瘤的大小、侵犯范围等,通过导管药物灌注和栓塞既达到止血又达到治疗的目的,同时为临床进一步放疗、清宫治疗创造了条件,个别使手术成为可能。

## 二、插管技术与栓塞材料的选择

插管技术是成功的关键。要达到出血动脉超选择性插管,必须具有娴熟的插管技术和合适的器材。选用较细而具有一定柔软度的导管,常采用 5~6F Cobra 导管,并要有相匹配的超滑小弯导丝相助,以便超选。最近我们采用 5F 专用子宫动脉导管,无需导丝相助利用其自然形态和良好的扭控力基本都

能顺利超选,成样显得更为方便。手术要尽量超选出血动脉,这样栓塞效果好,术后并发症少。在超选失败后可行髂内动脉栓塞,即使栓塞两侧髂内动脉,也不会造成盆腔器官和组织缺血坏死<sup>[2]</sup>。但应尽量避开臀上、下支动脉,减少术后疼痛。栓塞材料的选择我们认为产后、外伤等非肿瘤性出血采用明胶海绵颗粒即可达到很好的止血效果,本组 9 例非肿瘤性出血均采用此材料,无一例复发。肿瘤性出血复发可能较大,为达永久性栓塞常采用丝线线段或明胶海绵加丝线段。无水乙醇因剂量和注射速度难以控制和患者痛苦大而已较少用。本组 1 例宫体巨大横纹肌肉瘤经 2 次双侧子宫动脉酒精栓塞,肿瘤

从 5 个月胎儿大小缩小至腹部不能触及,阴道流血停止。一般不单纯采用不锈钢圈栓塞,除造价高外,主要栓塞较大动脉易引起侧支循环的建立而再出血或达不到肿瘤的有效栓塞。可在上述材料栓塞后加不锈钢圈栓塞以巩固疗效。

#### 参考文献

- 1 罗来华,何乾文.经导管子宫动脉栓塞术在妇科疾病治疗中的应用.介入放射学杂志,2001,10:381.
- 2 单鸿,罗鹏飞,李彦豪.临床介入放射学.广州:广东科技出版社,1997.233.

(收稿日期:2002-06-18)

## ·临床经验·

### 微导管栓塞术在部分脾栓塞中的应用

甄江涛 刘丙木 杨永英 刘艳茹 田春英 王国泉

R65 B

随着介入性治疗的普遍开展,部分脾栓塞术已是脾功能亢进治疗的首选方法<sup>[1]</sup>。脾动脉分支的超选择是治疗的关键。少数患者脾动脉走行过于迂曲,常规方法很难进行超选择。我们利用微导管成功地解决了这一问题。

#### 材料和方法

##### 一、一般资料

本组 8 例患者,男性 3 例,女性 5 例,年龄 32~54 岁(平均 48 岁)。术前经病史、B 超、CT 及骨髓检查,确诊为脾功能亢进。

##### 二、治疗方法

常规用 5F 导管行腹腔动脉造影。利用超滑导丝尽最大限度将造影导管送入脾动脉主干,将 3F 微导管经造影导管同轴送入脾下极动脉,拔出微导丝,造影了解脾血管的走行及分布。将明胶海绵用眼科剪剪成 0.5~1cm 长、极细的条形,将此明胶海绵条放入盛有稀释造影剂的注射器接头,将注射器与微导管相连,透视下用力推注,此过程会先有阻力后有减压感,证明明胶海绵条已被送入靶血管。明胶海绵条的用量根据具体情况而定。

#### 结 果

8 例患者均取得成功,2 例患者除进行了脾下极

动脉栓塞还进行了中极动脉栓塞,术中、术后无严重并发症发生。

#### 讨 论

超选择脾下极动脉栓塞治疗脾功能亢进已被广泛应用,此法并发症少,可有效地减轻左上腹疼痛和减少左侧胸膜反应、肺炎等并发症的发生,并能防止脾动脉分支短期再通<sup>[2]</sup>。因此,超选择是治疗的关键。

根据脾动脉造影,脾动脉走行可分为上弧、水平、上开、波浪、回旋和下弧形,其中波浪型和回旋型的超选择是十分困难的,不容易成功<sup>[1,3]</sup>。

微导管的特点是管径纤细,管壁柔软,表面光滑,配套有微导丝,可作走行迂曲的细小血管分支的超选择插管诊疗。对于波浪型和回旋型的脾动脉,微导管可发挥其特点,顺利地完成任务。微导管成功治疗的关键是明胶海绵条要制作得极细,不要太长。根据脾脏大小、靶血管粗细程度决定用量,如果单纯下极动脉栓塞仍达不到理想的栓塞面积,还可用微导管超选择至其他分支,同法栓塞,直至满意为止。

我们在实际工作中,利用上述方法栓塞脾动脉,效果非常满意,无一例发生严重并发症。

#### 参考文献

- 1 王建华,王小林,颜志平,主编.腹部介入放射学.上海:上海医科

作者单位:071000 河北省保定市第一中心医院

# 选择性动脉栓塞治疗妇产科难治性出血16例

作者: [印建国](#), [刘晓红](#), [杨艳](#), [贾雄](#), [郑曙光](#), [赵汝珠](#)  
作者单位: [730050, 兰州军区兰州总医院放射科](#)  
刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC PKU](#)  
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)  
年, 卷(期): 2002, 11(6)  
被引用次数: 2次

## 参考文献(2条)

1. [罗来华](#), [何乾文](#) [经导管子宫动脉栓塞术在妇产科疾病治疗中的应用](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2001
2. [单鸿](#), [罗鹏飞](#), [李彦豪](#) [临床介入放射学](#) 1997

## 引证文献(2条)

1. [郑美平](#), [王丹凤](#), [郑美芳](#), [李罗平](#) [胎盘早剥的早期诊断和处理](#)[期刊论文]-[现代中西医结合杂志](#) 2008(7)
2. [柯雪梅](#), [朱康顺](#) [盆腔血管性栓塞治疗的严重并发症分析](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2004(4)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200206020.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200206020.aspx)

授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: ede68bc0-7558-49bc-a857-9e38016bcfee

下载时间: 2010年11月24日