

骶腰部肿瘤术后出血的介入止血一例

李向平 陈勇 王江云 曾庆乐 潘雨亭 许小立

患者,男,17岁。因扪及左下腹部 $8\text{cm}\times 7\text{cm}$ 大小的质硬包块,伴疼痛不适,在当地医院检查报告为“腹膜后肿瘤,不能排除寒性脓肿”。行剖腹探查。术中见腹膜后紧贴腰大肌有一巨大肿物,切开后排出暗红色液体,组织活检病理报告为“良性间叶瘤”。术后创面大量渗血,血压下降。经保守治疗后,效果欠佳。术后第5d再次手术,见创面大量渗血,即用大量纱布块压迫止血,并行保守治疗13d后,病情不见缓解,血红蛋白持续下降,伴发热 39°C 。

1800ml^[1]。因此,目前多主张行术前栓塞治疗。本例患者,未行术前栓塞,以致于术后出现致命性大出血,经动脉造影和栓塞治疗后创面出血停止。笔者认为,对腹膜后巨大肿瘤,手术前应行血管造影,了解肿瘤血供状况,必要时行栓塞治疗,为手术切除打下基础^[2]。术后大出血,亦应及时行血管造影和栓塞治疗,挽救患者的生命,且为再次手术创造机会。介入栓塞治疗,止血成功率高,并发症少。

骶腰部腹膜后巨大肿瘤的血管造影检查,先应行腹主动脉

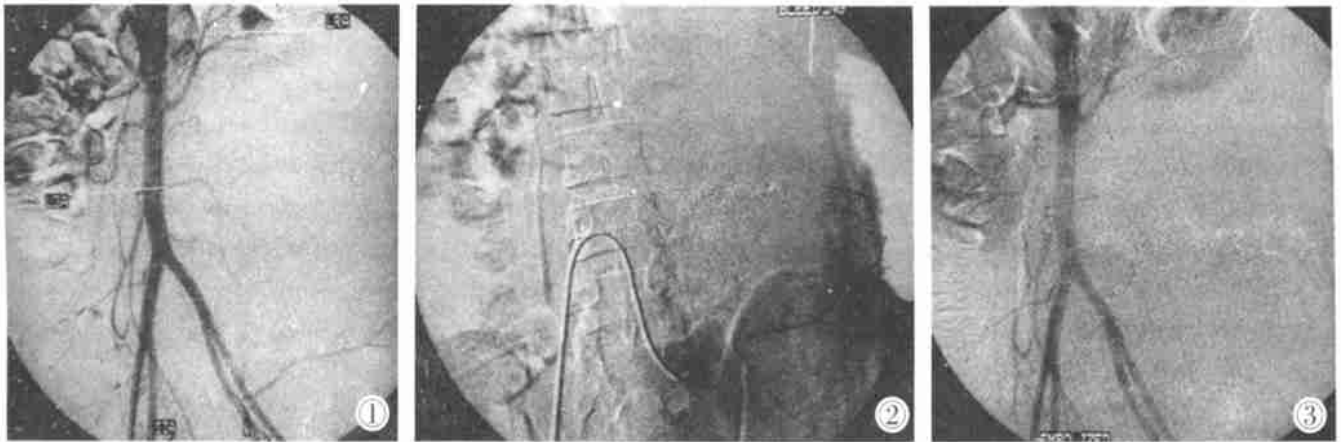


图1 腹主动脉造影显示腹腔动脉、左肾动脉和肠系膜上动脉被推压移位,肿瘤供血动脉主要为腰2-4动脉左支及左髂内动脉臀上支 图2 在臀上支动脉超选择造影见有造影剂外溢 图3 分别对左臀上支,腰2-4动脉左支栓塞后行腹主动脉造影示出血动脉已栓堵

行介入止血。经股动脉穿刺插管,行腹主动脉造影显示腹腔动脉、左肾动脉和肠系膜上动脉被推压移位,肿瘤供血动脉主要为腰2~4动脉左支及左髂内动脉臀上支(图1),再分别超选上述动脉造影,于左臀上支动脉见有造影剂外溢(图2)。分别对臀上支,腰2、3、4动脉左支超选后用明胶海绵和钢圈栓塞。栓塞后行腹主动脉造影示出血动脉已栓堵(图3)。术后,创面无渗血,血压回升。7d后患者康复出院。

讨论 骶腰部腹膜后肿瘤位置深在,解剖结构复杂,瘤体往往较大,血供丰富,来源复杂,多有多支动脉供血。手术切除时,易出现致命性大出血。术前未经栓塞治疗者,术中出血多有4000ml以上。术前供血动脉栓塞后,术中失血可减少到

造影,观察肿瘤血供状况。如有最大的脊髓前根动脉(Adamkiewicz)显示,则应避免插入该支动脉造影,更不宜行该支血管的栓塞治疗以免出现截瘫^[3]。除Adamkiewicz动脉外,其它所有的肿瘤供血动脉行超选择插管及栓塞治疗。术前栓塞剂多选择明胶海绵和钢圈,恶性肿瘤患者可行化疗性栓塞治疗。

参考文献

- 1 邢冲冲,张金山,崔志鹏,等.脊柱、骨盆肿瘤术前栓塞对减少术中出血的意义.中华放射学杂志,1996,30(4):237-239.
- 2 Gelled FE. Preoperation superselective arterial embolization: A new approach to enhance resectability of spine tumors. Neurosurgery, 1990, 27: 755.
- 3 蒋国民,赵进委,陈亚闲,等.选择性动脉栓塞治疗骶腰部肿瘤.苏州医学院学报,1998,18(6):627-628.

(1998-06-23 收稿)

528445 广东省,中山市三角医院放射科

后尿道球囊扩张是治疗儿童后尿道瓣膜的一种实用有效的治疗方法,因无需特殊器械,易操作适合在国内各级医院开展。此项治疗技术的广泛开展必将挽救更多的患儿。

参考文献

- 1 余亚雄.小儿外科学(第三版).人民卫生出版社,1995.199-200.