

急诊动脉栓塞治疗产后子宫大出血的临床应用

曹野, 陈华, 陈立岩, 黄新阶, 彭荣, 龚万庆

【摘要】 目的: 探讨产后子宫大出血急诊动脉栓塞的应用价值。方法: 本组 13 例产后子宫大出血患者平均出血量 2200 ml, 采用 Seldinger 法先行腹主动脉造影, 明确出血动脉后, 选择或超选择性插管, 经导管注入明胶海绵颗粒和真丝线段栓塞。结果: 13 例子宫大出血患者全部栓塞成功, 随访 3 个月仍无复发。结论: 急诊动脉栓塞治疗产后子宫大出血既安全、有效, 又无严重并发症发生, 值得临床推广使用。

【关键词】 栓塞, 治疗性; 产后出血; 子宫出血

【中图分类号】 R815; R714.461 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2004)08-0593-03

Clinical application of internal iliac artery embolization for acute primary postpartum hemorrhage CAO Ye, CHEN Hua, CHEN Li-yan, et al. Department of Interventional Radiology, the first People's Hospital of Yi Chang, Hubei 443000, P. R. China

【Abstract】 **Objective:** To evaluate the effectiveness of internal iliac artery embolotherapy (IIAE) for acute primary postpartum hemorrhage (APPH). **Methods:** 13 cases of APPH whose volume of bleeding ranged from 1500ml to 3600ml (mean 2200ml) were treated by IIAE with gelform and/or silk fragment. **Results:** Selective catheterization and embolotherapy were successful in all cases of APPH without any serious complications. Follow up for 3~4 months, no recurrent hemorrhage was observed. **Conclusion:** IIAE is a quick, safe and effective method for treatment of APPH without serious complication.

【Key words】 Embolization, therapeutic; Postpartum hemorrhage; Uterine hemorrhage

产后子宫大出血是产科常见的严重并发症, 是产妇死亡的主要原因, 而且死亡率由 1992 年的 33.3% 上升至 1994 年的 49.9%^[1]。以往这类病人一般临床上多采用子宫切除术来挽救患者生命。我们在 1998 年 8 月~2002 年 11 月采用动脉栓塞的方法治疗产后子宫大出血 13 例, 取得了较好的效果。

材料与方法

初产妇 10 例, 经产妇 3 例。年龄 21~34 岁, 平均 27 岁。13 例患者中剖宫产后子宫大出血 8 例, 胎盘种植 1 例, 子宫收缩无力 1 例, 胎盘残留清宫后大出血 3 例。出血量 1500~3600 ml, 平均 2200 ml。出血时间 5~35 h, 经输血、输液、止血、填塞纱条等保守治疗后无效, 急诊动脉栓塞术。

采用 Seldinger 法穿刺股动脉, 经导丝引入 5F 猪尾导管, 置于腹主动脉分叉处造影并行 DSA, 观察盆腔动脉走行方向、管径大小后, 更换 5F Cobra 导管, 并调整导管头分别进入两侧髂内动脉再次造影。当确认出血血管后, 超选择插管至靶血管, 用 0.2 mm×0.2 mm×0.2 mm 明胶海绵颗粒和真丝线段栓塞, 若病情危急或导管无法进入靶血管者, 亦可于髂内动脉进行栓塞, 但应缓慢、多次注入栓塞物, 且须全程透视监视, 直至栓

塞满意后方停止。造影复查栓塞效果。双侧动脉栓塞后观察 1h, 若无出血, 血压稳定, 取出宫内填塞凡士林纱条, 再次观察 30 min。确认无出血后拔管, 加压包扎。在介入治疗过程中应输液、输血, 保持血压稳定, 并密切观察生命体征。

结 果

1. 造影表现及栓塞治疗

本组 13 例均为子宫动脉出血, 其中腹主动脉分叉造影对比剂外溢 8 例, 8 例中 1 例对比剂外溢与子宫内对比剂弥漫成片状并存(图 2a), 其余 5 例阴性。后者再行选择性髂内动脉造影后, 5 例均见直接出血征象, 其中 3 例可见对比剂外溢, 2 例子宫内对比剂弥漫成片状。13 例中有 3 例超选择子宫动脉栓塞, 其余 10 例均在髂内动脉段栓塞。栓塞治疗平均时间为 45 min。

2. 栓塞效果

13 例产后子宫大出血动脉内栓塞即刻停止出血(图 1、2), 血压稳定。术后 1~4 d 阴道有少量暗红色液体流出, 为宫腔内滞留陈旧性血液。所有患者血压稳定, 贫血貌改善, 栓塞 10~15 d 后行清宫术, 痊愈出院。本组病例随访 3~4 个月均未再出血。

3. 并发症的处理

作者单位: 443000 湖北, 宜昌市第一人民医院介入放射科

作者简介: 曹野(1957-), 男, 河南人, 主任医师, 主要从事肿瘤及外周血管介入诊断及治疗工作。

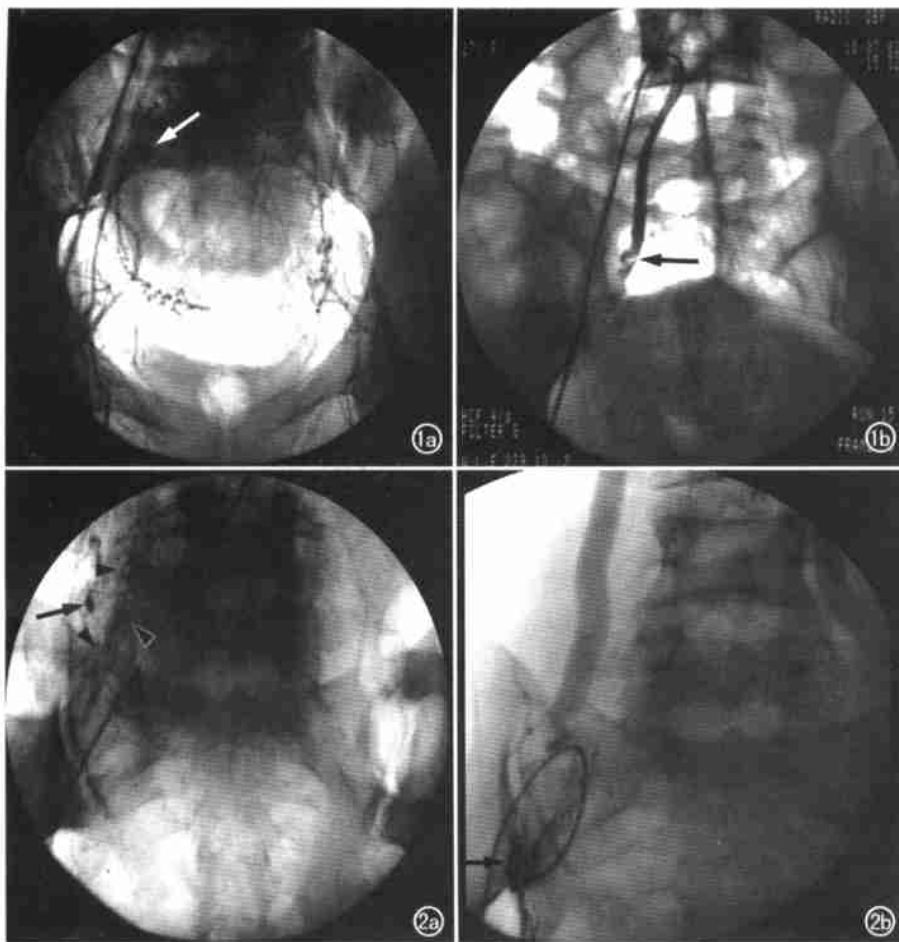


图 1 a) 盆腔动脉造影, 右侧子宫动脉分支对比剂外溢呈团状(箭); b) 行右侧髂内动脉栓塞后复查造影, 出血动脉不显影(箭)。图 2 导管置于腹主动脉下端, 盆腔动脉造影, 动脉流空后右侧子宫动脉仍见外溢的点片状对比剂(箭), 并见散在的对比剂分布(箭头); b) 行右侧子宫动脉栓塞后出血停止, 仅见子宫动脉主干显影(箭)。

本组 13 例有 4 例栓塞后第 2 天出现臀部胀痛, 2 例下肢烧灼感, 但足背动脉搏动良好。经用止痛药物或局部给予热敷, 低分子右旋糖苷静脉滴注, 改善血液循环, 6~7 d 后症状消失, 无严重并发症。

讨 论

1. 产后子宫大出血治疗方法的选择

产后子宫大出血表现为阴道大出血及血压下降。由于出血较多, 常导致感染率增加, 使出血更难控制。以往这类病人保守治疗无效后, 常采取子宫切除来挽救患者生命。倪方才等^[2]报道采用髂内动脉栓塞术治疗产后大出血, 靳海英等^[3]报道子宫动脉栓塞术治疗产后大出血均取得了非常好的治疗效果。该方法被认为是挽救患者生命的唯一最有效方法^[4]。近年来已逐渐成为治疗盆腔大出血的主要方法, 为产科大出血提供了一个有效的止血手段。

目前导管技术和 DSA 的熟练应用可大大缩短介入治疗时间, 本组栓塞治疗平均时间为 45 min。凡通过非手术方法不能控制的产后大出血均可首选用导管动脉栓塞术。病情危重者更应首选。

2. 栓塞方法和栓塞物的应用

由于产后大出血主要源自髂内动脉的分支, 它们有丰富的侧支循环和动脉吻合, 所以可行双侧髂内动脉栓塞。如患者条件允许, 应尽可能超选择至出血动脉如子宫动脉行栓塞治疗, 但如患者失血较重则不强调超选择性, 更能争取时间, 易于操作。倪方才等^[2]报道一组 6 例经髂内动脉栓塞, 有 2 例发生臀部胀痛。靳海英等^[3]报道子宫动脉栓塞术, 有 1 例发生臀部疼痛。本组 13 例, 有 4 例发生臀部疼痛, 2 例下肢烧灼感, 均为早期治疗的病例。在以后的病例中于髂内动脉栓塞时避开臀上动脉, 栓塞后缓慢试注对比剂, 均未再发生。笔者认为, 产后子宫大出血来势凶猛, 病情危急, 抢救患者生命至关重要, 所以不必强调超选择性插管, 当导管进入髂内动脉, 避开臀上动脉后即可进行栓塞。在复查栓塞效果时, 应缓慢推注对比剂, 以防栓塞剂返流入髂外

动脉。本组有 2 例少量栓塞剂返流入髂外动脉, 造成下肢烧灼感, 幸未造成局部坏死。

栓塞物的选择: 常用的栓塞物有明胶海绵、真丝线段、弹簧钢圈等。明胶海绵取材方便, 可吸收, 10~20 d 大多数血管可再通, 而出血的血管则因血栓形成而修复。真丝线段是永久栓塞物, 它可造成血管内血栓形成, 与明胶海绵交替使用能加强栓塞效果, 而不易再次出血; 弹簧钢圈用于较大血管的栓塞效果较好。但对青年妇女应尽可能恢复首选非永久性栓塞剂, 如明胶海绵, 以保证止血术后尽可能恢复女性子宫卵巢功能, 减少相关不良反应或并发症(如卵巢功能早衰)。

此外, 借助高压注射器行盆腔动脉造影一方面可作为出血动脉的初步筛选, 为超选择提供路径图从而缩短手术时间, 另一方面可能也是大部分病例(本组 13 例中有 8 例)未行超选择造影即发现出血征象的原因。

3. 并发症

一般栓塞后多有不同程度发热, 多为低热。部分患者出现臀部疼痛及下肢烧灼感, 给予对症处理后症状消失。在盆腔动脉栓塞时只要导管避开臀上动脉, 栓塞后缓慢试注对比剂多可避免发生臀部和下肢栓塞的并发症。

总之, 产后子宫大出血行导管内动脉栓塞术可避免子宫切除, 保留生育功能, 从心理上解除患者的痛苦。该法不仅能迅速止血, 而且具有创伤小、安全有效、并发症少、能保留脏器功能等优点, 应大力推广使用。

用。

参考文献:

- [1] 全国孕产妇死亡监测研究协作组. 全国孕产妇死亡监测结果分析[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 12(9): 514.
- [2] 倪方才, 刘一文, 邵国良, 等. 急诊髂内动脉栓塞术治疗产后大出血[J]. 现代医学影像学, 1998, 7(2): 99-100.
- [3] 靳海英, 金征宇. 急诊子宫动脉栓塞术治疗产科大出血[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(2): 114-115.
- [4] 颜小琼. 妇产科学影像学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1992. 330-331.

(收稿日期: 2003-06-04 修回日期: 2003-12-16)

• 病例报道 •

右侧先天性膈疝及副叶异位肝一例

王玉敏

【中图分类号】R816.4 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2004)08-0595-01

病例资料 患者, 女, 39 岁, 体检胸透发现右下肺野肿块影 2 个月。无明显呼吸、循环及消化系统症状。否认胸腹部外伤史。专科查体: 右下肺叩诊呈浊音, 右下肺呼吸音减弱, 无其它阳性体征, 实验室检查无异常。

X 线胸片示右下肺野心缘旁见一椭圆形块影, 右侧位片示病灶主要位于右肺中叶, 范围约 $11.0\text{ cm} \times 9.0\text{ cm} \times 11.0\text{ cm}$, 密度均匀, 边缘清晰、光滑, 下缘以锐角与膈相连; 纵隔无移位(图 1)。X 线诊断: 右肺中叶良性肿块。外院胸部 CT 平扫提示: 右下肺巨大团块影。

手术探查: 膈肌右心缘旁有大小约 $10.0\text{ cm} \times 3.0\text{ cm}$ 的缺损, 右肝膈顶处有大小约 $12.0\text{ cm} \times 8.0\text{ cm}$ 的多叶肝, 呈不规则形, 并由缺损疝入右侧胸腔, 压迫右肺中叶, 右肺中叶明显萎缩。遂行膈疝修补术。术后诊断: 右侧先天性膈疝, 副叶异位肝。

讨论 肝膈疝分先天性和后天性, 后者常为创伤所致, 多在左侧; 前者很少见, 多系膈肌发育不全或潜在性缺陷及肝的裸区部分发育畸形所致, 多发生在胸骨旁裂孔。副叶肝, 即肝脏多叶畸形中多余的肝叶, 因膈肌纤维束过分压迫肝脏或肝包膜异常伸入肝实质所致, 大小不一, 形态各异, 一般较小, 多呈半圆形或卵圆形, 好发于肝右叶的后面或膈面, 可疝入肺底, 易误诊为肺肿瘤而手术^[1]。

本例肝膈疝与副叶异位肝合并出现, 且副叶巨大, 极为罕见。对本病认识不足导致术前误诊。X 线胸片定位、定量及定形准确, 但忽视了膈下病变的可能性。外院 CT 平扫检查因层

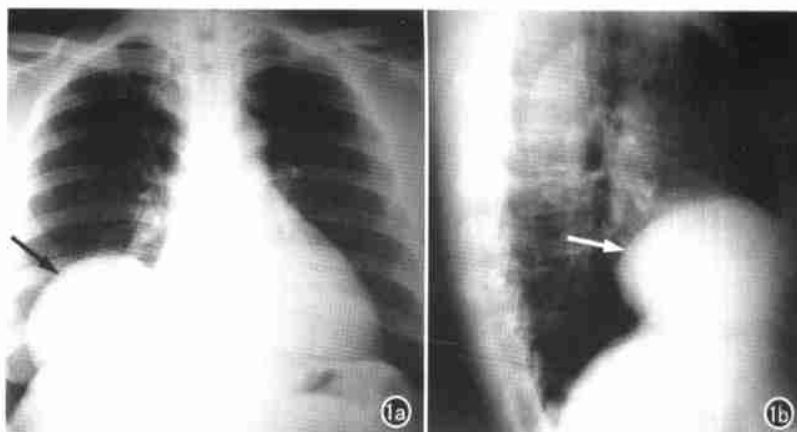


图 1 X 线胸片示右下肺野心缘旁见巨大椭圆形块影(箭), 密度均匀, 边缘清晰、光滑, 以锐角与前膈相连。a) 正位片; b) 侧位片, 示块影占据右肺中叶。

面不足, 也未分辨出肿块与膈肌的关系。本病主要应与肺部肿块鉴别, 术前应明确诊断以决定手术方案。有学者认为诊断性气腹、胆系造影及肝血管造影有助于鉴别诊断^[1]。笔者认为诊断性气腹可显示膈肌与肝膈面的关系, 对排除性诊断和有疝囊病例的诊断有价值, 但属有创性检查。超声可显示膈肌与肝膈面的界面且无创, 但远场回声衰减, 故对部分病例有效。CT 可测出肿块 CT 值并与肝组织对照, 矢(冠)状位重建可显示肿块来源; 若与胆系或肝血管造影结合, 诊断更明确。MRI 定位、定量、定形及定性均较好, 有利于明确诊断, 但价格较贵。总之, 发现肺部肿块与膈肌明显相连, 应想到本病可能, 根据实际情况选择影像手段, 以明确诊断。

参考文献:

- [1] 吴惠恩. 肝胆胰脾影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986. 283.

作者单位: 441700 湖北, 谷城县人民医院 CT 室
作者简介: 王玉敏(1964-), 女, 湖北谷城人, 主治医师, 主要从事 CT 诊断工作。

(收稿日期: 2004-04-13)