

## · 病例报告 ·

## 球囊封堵治疗插管引起的髂外动脉出血一例

徐霖 党书毅 周选民 李小力 彭贵海

患者 男, 52 岁。因胸骨中下段针刺样疼痛 15 d 入院。临床诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛, 常规治疗和准备后拟行冠状动脉造影及内支架置入术。选择右侧股动脉穿刺, 引入导管时感觉有阻力, 经导丝引导插管后顺利完成冠状动脉造影和内支架置入术。术中患者一般状态稳定, 术后盆腔 B 超未发现明显血肿或出血。但患者于术后 3 h 出现恶心、大汗淋漓、肢体湿冷, 呕吐。血压 65/40 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)、心率 70 次/min, 右下腹有轻压痛。经扩容治疗血压升至 89/69 mm Hg, 症状缓解。疑诊为腹部大出血, 随即进行腹部 CT 扫描和造影复查。

CT 示右侧盆腔自右侧髂窝至肾旁间隙腹膜后广泛团片状等、高密度影, 形态不规则, 范围约 25 cm × 16 cm; 膀胱和部分肠管向左前侧推移。增强扫描显示右侧髂窝部软组织密度影内有高密度对比剂分布, 似与髂外动脉下段直接相连 (图 1)。经右侧股动脉保留鞘管行 DSA, 显示右髂外动脉外段距离股动脉穿刺口约 8 cm 处髂动脉后外侧壁破裂, 裂口约 1 mm, 对比剂经此直接溢出到血管周围, 膀胱明显左移变形 (图 2)。经鞘管引入直径 5 mm 球囊导管, 于髂外动脉裂口上方封闭右侧髂外动脉血流, 每隔 5 min 经鞘管侧臂注射对比剂复查, 20 min 后髂外动脉出血停止, 局部血管直径较细 (图 3), 血压、心率稳定。继续保留球囊 30 min, 观察血压、心率恢复至正常后拔除球囊和鞘管, 患者未再发生出血。

讨论 血管损伤是血管内介入术中常见的并发症之一, 多引起内膜损伤和夹层, 个别情况下也可造成致命性的大出血<sup>[1-2]</sup>。本例髂外动脉出血可能是插管时强力插入导丝直接

穿通血管壁, 加之冠状动脉内支架置入术中使用大量抗凝剂, 导致血液凝固性降低, 致使血管细小裂口持续性开放、血肿扩散。介入手术所致的血管损伤重在预防, 严格执行操作规范, 尽量使用柔软度大的导管和柔软段较长的导丝; 超选择性插管时, 导丝进入不能太深; 插管时阻力异常增大或导管 (导丝) 超过血管分支范围时, 应及时推注少量对比剂观察是否在血管内, 调整导管位置和方向后再行插管。

小血管的损伤, 若非供养重要脏器, 可进行栓塞治疗, 大的血管损伤一般需要采取带膜支架封堵, 严重者需紧急手术修补<sup>[3-4]</sup>。本例血管损伤较轻, 当时没有合适的覆膜支架, 只好采取球囊暂时性封堵的办法。术中若球囊直接置于漏口处, 将可能造成漏口进一步扩大, 且不利于随时造影复查。因此, 将球囊置于漏口上方阻断动脉血流, 当时只是希望能暂时减缓出血速度, 以利于情况较为稳定后外科手术修补, 但恰好封堵后细小裂口血栓形成封闭了漏口, 说明细小的裂口在特殊情况下可以试用这一方法, 以便及时抢救患者。

## 参 考 文 献

- [1] 徐霖. 现代介入放射学基础与临床应用. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2005: 40-42.
- [2] 廖政贤, 张开鄂, 曾国斌. 介入治疗中的并发症. 介入放射学杂志, 2001, 10: 239-240.
- [3] 蔺曜, 朱本银, 易勇. 介入术后假性动脉瘤治疗方法的疗效观察. 海南医学, 2007, 18: 132-133.
- [4] 崔然, 郭媛利, 李占全, 等. 介入术后假性动脉瘤的早期诊断及治疗. 临床心血管杂志, 2003, 19: 693.

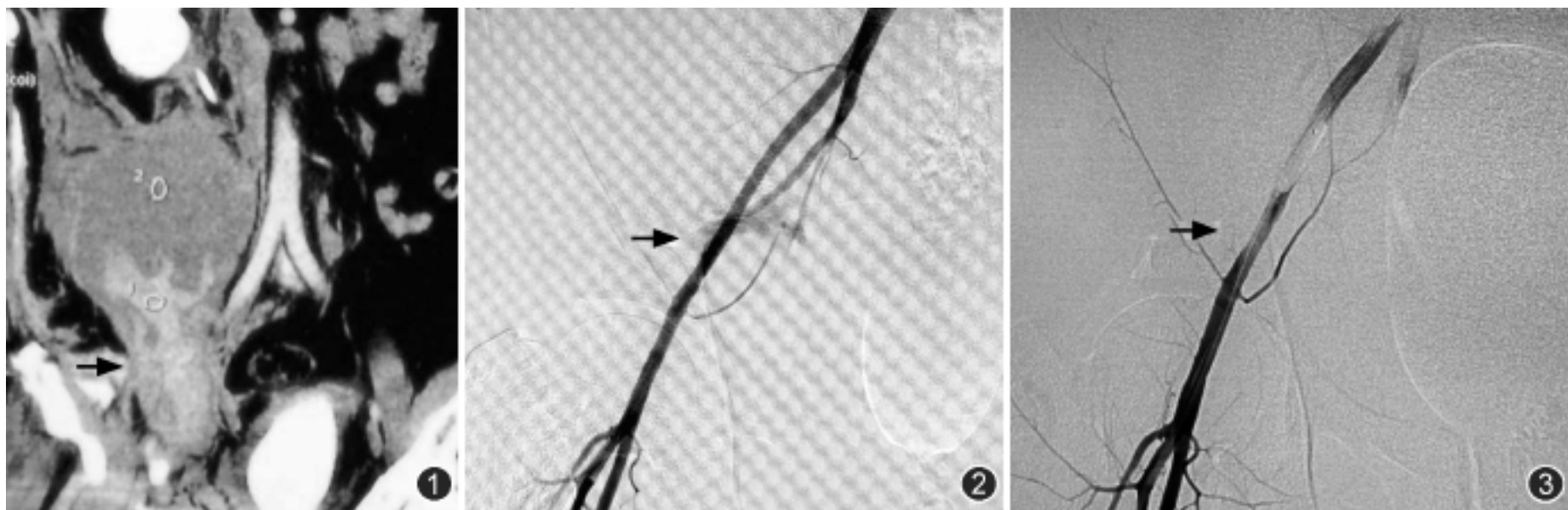


图 1 CT 增强扫描示右侧髂窝至肾下腹膜后软组织团块, 对比剂自底部进入 (箭), 但髂外动脉漏口未能显示 图 2 经股动脉鞘管注入对比剂时见对比剂经髂外动脉下段溢到软组织内, 呈不规则片状 (箭) 图 3 髂外动脉置入球囊 (箭) 20 min 后, 出血停止, 局部血管变细

(收稿日期: 2007-08-28)

(本文编辑: 张晓冬)