DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.04.027

用不锈钢图钉控制术中骶前大出血1例

黄显凯 张胜本 （大坪医院 普外科）

患者男、51岁，因交替腹泻便秘、便血3个月入院。经直肠指诊及镜检：截石位距肛缘5cm5～8点处有—3×2.5×2.5cm³菜花状包块，较固定，表面坏死、溃烂。活检为管状腺癌。经术前准备后在持续硬膜外麻醉下行经腹会阴直肠切除、乙状结肠腹壁造口术。术中未见肝、腹主动脉及肠系膜下动脉周围淋巴结转移，肿瘤位于腹膜反折下3cm处，骶前静脉迂曲增粗，其中有2条直径达4mm、管壁菲薄，盆底直肠骶骨筋膜显著增厚、粘连，分离困难。在分离盆底右侧直肠骶骨筋膜时发生大量出血，在迅速以纱布填塞压迫止血时不慎擦破骶前静脉，出血更为迅猛，15min内约出血2000ml。在压迫止血、大量输血的同时，切断乙状结肠下段，将远端肠管牵向前面，吸净血后，又见血液由2mm直径的骶骨孔涌出，系骶椎体静脉出血。缝扎及钳夹止血均告失败，遂改用3枚定制的不锈钢图钉加垫明胶海棉揿压，出血迅速停止，继续完成手术。术后3天盆腔负压吸引，每日仅吸出淡红色液体30～50ml，恢复顺利，痊愈出院。

讨 论

直肠切除术并发骶前出血的真正原因尚未完全阐明，一般认为系损伤骶前静脉丛及骶椎体静脉引起。如未采取及时有效的处理，容易造成患者死亡。曾采用了诸如纱布填塞、缝扎、银夹钳夹、骨蜡填充、捣碎骶骨等止血措施，但由于出血种类、部位、来源血管等各异，各种处理措施均不尽满意。

本例为骶椎体静脉及骶前静脉出血，由于两处血管均粗大，故出血较迅猛，经采用缝扎、钳夹止血等均告失败。原因是破损的骶前静脉粗大、管壁菲薄且紧贴骶骨，缝合困难且结扎时易使血管再破损。骶椎体静脉出血由骨孔涌出，根本不能通过缝扎及骶夹止血。而图钉头部将破损血管紧紧压迫在骶骨上从而有效地闭合了血管破口，图钉与骶骨间加垫明胶海棉可帮助止血和密和作用而加强止血效果。此法操作简捷，止血迅速可靠，对骶椎体静脉出血及骶前静脉出血无法用缝扎等方法止血者具有独特效果。

（收稿：1988.7.5；修回：1989.6.20）

肾血管平滑肌脂肪瘤2例报告

丁仕义 王其源 （西南医院 放射科）

肾血管平滑肌脂肪瘤的名称甚多，有肌脂肪瘤，肌血管瘤，良性动脉平滑肌瘤，错构瘤和血管平滑肌脂肪瘤等，1951年后常用血管平滑肌脂肪瘤。本病较少见，占肾肿瘤的1～12.7%[1]。复习国内外文献，自1880年Bourneville首先报告到1986年国外报道了602例[2]，国内[1][3][4]也有100例左右。因本病很少遇到，认识不足，误诊率极高。张仁元等[4]报告44例，竟无一例术前明确诊断，甚至病理检查仍有近50%误诊。近些年来，由于本病逐渐地被认识和重视以及B超和CT等影像技术的发展，其诊断水平已有明显提高[2][3]。

我院所遇到的两例临床表现较特殊，且均为左肾巨大肿块伴瘤内出血和坏死等，都是比较少见的。

例1：男性，26岁。因左腰部持续性剧痛3天，高烧2天入院。晚间发病，疼痛不向它处放射。2个月前同样疼痛发生过1次。入院后体温在37～38℃之间。体格检查见左侧腹部膨隆，压痛明显，左肾区叩击痛。化验尿常规（－）。血常规：红细胞2.07×10^{12}/L，血红蛋白62g/L，白细胞19.8×10^{9}/L，中性96%，淋巴4%。血沉150mm/h。

静脉肾盂造影

左肾上极轮廓不清，上方可见一软组织块影。左肾显影略有延迟。上肾盏未显影。中盏细长，肾盂被推压下移并有变形，但境界清晰。

胸片

左侧膈肌较对侧高5cm，肋膈角缩小模糊，

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net