

胸部鈍傷合併胸部假性動脈瘤在急診的新治療處置

文/急診醫學部 葉兆斌 副教授

前言

胸部鈍傷若造成主動脈破裂會導致大部分病人當場死亡。只有9%至20%的病人尚能轉送到達創傷中心繼續治療。創傷機制主要是因為高速撞擊造成的剪力，其造成主動脈壁橫向撕裂傷。

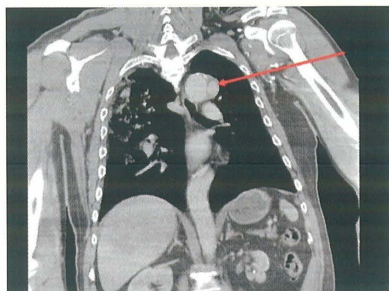
因為血管內支架置入術對於治療創傷性主動脈破裂已有廣泛的運用，所以急診醫師與心臟外科醫師團隊合作下可以快速地診斷和治療，以提高生存率。自從1991年Parodi醫師首次發表血管支架置放治療動脈瘤技術之後，此項微創手術（Endo-grafting）在國外發展至今已有多十年之久，為值得參考治療方向之一。

案例分享

一個59歲男性因為車禍(被機車撞擊)而經由救護車送至急診室，他是半昏迷狀態(semi-coma)，生命徵象不穩定：體溫35.2℃，心跳每分鐘66次，呼吸速率每分鐘19次，血壓58/35毫米汞柱，血氧飽和濃度95%和格拉斯哥昏迷指數（GCS）9分。

在輸液治療後病人血壓漸趨穩定，急診醫師安排了一系列的影像檢查包括胸部電腦斷層，發現病人右脛骨近端骨折，右邊第2到第6肋骨骨折，右鎖骨骨折，右肺挫傷和創傷性動脈瘤合併縱隔腔積血(圖一)。

因此會診心臟外科醫師使用緊急血管內支架置放進行胸主動脈修補手術(圖二)並在加護病房繼續治療，並後續觀察26天後出院。



圖一：箭頭處指主動脈弓假性動脈瘤

討論

胸部主動脈鈍傷是威脅生命的情況，需要高水平的臨床經驗才能診斷。利用血管內支架置入術來治療創傷性主動脈破裂近來已成為主流之一，因為所需施打的肝素劑量較低，低侵入性和更低的偏癱風險。

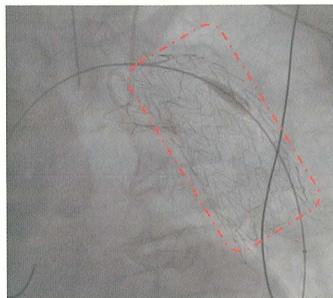
急診醫生快速決策與安排胸部電腦斷層和心臟外科醫師早期手術介入或血管內胸主動脈修補，可以拯救病人性命。此外，藉由血管內支架置入術更可以減少病人開胸的風險及併發症。

結論

本院為一級外傷醫學中心，對於重大外傷如胸部鈍傷合併胸部假性動脈瘤，血管內支架置入術對於高風險的創傷性主動脈破裂但血行動力學穩定的病人是一可行方法，藉由血管內支架置入術可取代傳統開胸手術以立即降低死亡率，是更安全且有效的治療方式之一，但仍須經由急診醫師及心臟外科醫師謹慎評估其可行性。

References

1. Hoornweg LL, Dinkelman MK, Goslings JC, et al. Endovascular management of traumatic ruptures of the thoracic aorta: A retrospective multicenter analysis of 28 cases in the Netherlands. *J Vascular Surg.* 2006;43:1096-102.
2. Rodriguez-Caulo E, Velazquez CJ, Perez-Duarte E, Garcia-Borbolla M, Ramirez B, Barquero JM. Management and endovascular treatment of traumatic aortic rupture. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:102-3.
3. Azizzadeh A, Keyhani K, Miller III CC, Coogan SM, Safi HJ, Estrera AL. Blunt traumatic aortic injury: initial experience with endovascular repair. *J Vasc Surg.* 2009;49:1403 - 8.
4. Parmley LF, Mattingly TW, Manion WC. Nonpenetrating traumatic injury of the aorta. *Circulation.* 1953;17:1086-101.
5. Avery JE, Hall DP, Adams JE, Headrick JR, Nipp RE. Traumatic rupture of the thoracic aorta. *South Med J.* 1979;72:1240-5.



圖二：血管內支架