

结 果

一、造影

25 例中, 假性动脉瘤 20 例, 其中 3 例伴有动静脉瘘。假性动脉瘤最大 $13.3\text{cm} \times 11\text{cm}$, 最小 $0.3 \times 0.4\text{cm}$ 。动静脉瘘 4 例, 其中 2 例伴有静脉瘤。大动脉离断 1 例。

二、栓塞治疗

17 例无法行手术切除的假性动脉瘤位于主要动脉干上, 用球囊导管经血管腔内阻断血流后再行手术切除假性动脉瘤、血管再植术, 使手术获得成功。8 例在假性动脉瘤的远侧端供血不受影响的情况下, 用可脱球囊闭塞了载瘤动脉。

25 例患者均获得了满意的效果, 无并发症。由于介入放射学的应用, 不但保住了生命而且还保存了肢体, 无一例致残。

讨 论

创伤性假性动脉瘤与动静脉瘘及大血管损伤大出血并不多见, 但由于大出血情况危急, 须采用紧急有效的止血措施才能挽救生命, 传统的止血法是手术行供血动脉结扎, 但当病变部位深在(如颅底、盆腔等), 或解剖结构复杂, (如锁骨下动脉, 髂动脉及

腹主动脉等), 手术无法直接达到病变部位。由于介入放射学的发展, 为此对上述血管性病变大出血的治疗提供了良好的方法, 不仅控制了大出血, 而且较彻底的处理病灶。本组病例全部治愈, 无一例出现并发症或致残。通过本组病例, 我们认为, 这种方法简便、安全、可靠, 因此凡遇此类假性动脉瘤、动静脉瘘及主要大血管破裂出血在抢救时应予首选。本组有 1 例患者开始也是按照传统的方法造影确诊后行手术切除假性动脉瘤, 当手术分离至胸大肌时, 伤口弥漫出血不止而被迫停止手术, 试用气囊导管从血管腔内阻断血流后再行手术, 待血管再植完后拔出气囊导管。由于气囊导管的使用, 使手术获得成功, 保存了肢体, 挽救了生命。

通过本组的病例不难看出介入放射血管内治疗将在创伤外科领域中起到越来越重要的作用。

参 考 文 献

1. 魏崇健, 王颂章, 乔英. 巨大假性动脉瘤术前气囊导管阻断血流的价值(附三例报告). 中华放射学杂志, 1992, 26: 466.
2. 汪忠镐, 刘民友, 朱预, 等. 97 例周围动脉瘤的诊治经验, 中华心血管病杂志, 1986, 14: 230.
3. 冯友贤. 血管外科学. 第 1 版, 上海科学技术出版社, 1979, 287-321.

• 病例报告 •

遗传性出血性毛细血管扩张症鼻出血介入治疗

李子祥 孙成建 高守乐 孟庆海 李娜

患者女, 51 岁。因反复发作鼻出血 20 年、加重 7 天入院。鼻出血无明显诱因, 双侧鼻腔交替出血, 反复发作, 出血量最多达 500~600ml。因其母和两个妹妹和一个弟弟均有鼻出血症状, 因此曾诊断为遗传性出血性毛细血管扩张症, 并给予药物及鼻腔填塞等治疗, 但效果不佳。本次出血量大, 达 500~600ml/次, 发作频繁, 2~3 次/天。全身皮肤、粘膜苍白, 呈重度贫血貌, 精神萎靡不振, 检查出凝血机制和肝肾功正常, 血压不高。临床诊断: 遗传性出血性毛细血管扩张症合并鼻出血。在行双侧鼻腔凡士林纱布填塞无效后行急诊 DSA 检查, 显示双侧颌内动脉增粗, 以右侧为著。双侧

蝶腭动脉、眶下动脉、腭降动脉及上齿槽动脉分支区血管网增多、增粗, 并见小的斑片状血管湖, 右侧面动脉亦轻度增粗, 末梢血管网稍多, 同时见双侧面颊部分毛细血管网增多。由于双侧鼻腔有纱布填塞, 因而未见造影剂外溢。造影诊断: 符合遗传性出血性毛细血管扩张症。将造影导管更换成 4F 超滑导管及 3F 微导管, 分别行左右颌内动脉栓塞。右颌内动脉用纯 NBCA 胶 0.5ml 栓塞, 左颌内动脉用微弹簧圈栓塞, 栓塞后造影示双侧颌内动脉完全栓塞。取出鼻腔填塞物后未见出血。栓塞治疗后 2 个月鼻出血复发(右), 但量不多, 生活不受影响, 激光治疗 1 次后 8 个月未再出血。

作者单位: 266003 青岛大学医学院附属医院