

临床经验

外伤性颈内动脉海绵窦瘘介入治疗

杨本生 赵伯端 谭社练

颈内动脉海绵窦瘘(CCF)是颈内动脉海绵窦段的动脉壁或该段的分支破裂,导致与海绵窦之间形成异常的动、静脉沟通。其最常见的原因因为颅脑损伤引起的颅底骨折,损伤海绵窦段颈内动脉或其分支。其治疗目的是以闭塞瘘口,消除颅内杂音,改善脑供血,保存视力为原则。最理想的治疗方法是既闭塞瘘口又保持颈内动脉通畅。最近作者应用介入神经放射治疗技术,可脱性球囊栓塞术,成功地治愈 2 例患有外伤性颈内动脉海绵窦瘘的患者。现报告如下。

临床资料

例 1:患者为男性,37 岁。因车祸头部外伤昏迷而入院。治疗后病情恢复正常但伤后 2 月出现右侧搏动性眼球突出,球结膜充血水肿,右侧第Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ对脑神经麻痹,右眼眶、颞部可闻及收缩期血管杂音,复视,脑血管选择性造影显示为右侧颈内动脉海绵窦瘘,瘘口在颈内动脉海绵窦段,向右侧眼静脉、岩上窦回流。行右侧颈总动脉压迫试验(Mata's 试验),1 周末出现脑缺血症状。在神经安定麻醉下行血管内治疗:可脱性球囊栓塞术。术中经右股动脉插管,以 Magic-BD 微导管将 BAL T2 号球囊 2 枚分别送达右侧颈内动脉海绵窦瘘口内,球囊内注入等渗造影剂(Omnipaque 200mg %)使其充盈后分别脱离球囊。栓塞后颈内动脉造影显示右侧颈内动脉海绵窦瘘消失,右侧颈内动脉通畅。术后右侧球结膜充血立即消失,复视改正,眼球活动良好,右眼眶、颞部杂音消失。

例 2:患者为男性,41 岁。因车祸头部损伤 2 月多,右眼搏动性突出,复视 3 周而入院。右眼睑肿胀,球结膜红肿,眼球突出,外展不能,右眼眶部可闻吹风样杂音,诊断为右侧外伤性颈内动脉海绵窦瘘。行右颈总动脉压迫试验 1 周可耐受。脑血管选择性造影证实诊断,瘘口位于颈内动脉前床突段,约 0.3cm 大小。且同时行可脱性球囊栓塞术:将 BAL T2 号球囊经同轴导管送入瘘口,注入等渗造影剂 0.3ml,充盈之造影示瘘口消失,保留颈内动脉,且杂音消失,解脱之。但术后 10 小时,患者再度出现颅内杂音,X 光片示球囊泄漏,球囊标记在原地。在 1 周后再行血管内治疗:将 BAL T3 号球囊送入瘘口,充盈 0.5ml 等渗造影剂,造影示瘘口消失,颈内动脉通畅,解脱球囊。患者头部制动 4 天,症状完全消失,右眼功能恢复正常,痊愈出院。

结果与讨论

颈内动脉海绵窦瘘多为外伤性,是颈内动脉海绵窦段受到直接或间接的损伤所致。导致搏动性眼球突出,颅内杂音,眼球活动障碍和视力障碍。较传统的治疗方法是手术治疗,自从 70 年代开始应用可脱性球囊技术治疗颈内动脉海绵窦瘘,这种方法不断发展和完善,导管制作、插管技术、脱离球囊的方法和充填球囊物质等均有良好改进。随着微导管可脱性球囊技术的发展,由于它具有方法简单,并发症少,死亡率低,且颈内动脉保持通畅率高等优点,因此它有取代手术趋势,成为本病的首选治疗方法。

颈内动脉海绵窦瘘可脱性球囊栓塞术,除常规应注意事项外,我们体会还应注意:1. 行球囊栓塞术前,必须行患侧颈总动脉压迫试验(Mata's 试验)至少 1 周,使 Willis 环建立良好代偿循环,防止栓塞过程中患侧颈内动脉闭塞而出现并发症。并在造影时了解 Willis 环侧支循环是否有良好,并必要时作颈内动脉闭塞试验。2. 栓塞前仔细检查及试验球囊乳胶阀有无松弛,避免栓塞过程中球囊脱落而使颈内动脉及其远端血管栓塞而出现并发症。3. 瘘口大,可向海绵窦内投放多个球囊,但多个球囊脱离进入海绵窦内会增加窦内压力,不利于眼外肌麻痹的恢复且有的可引起海绵窦综合征,故向球囊注入等渗造影剂要适当使球囊填充合适。即使这些症状出现,通常经治疗后几周因球囊缩小而消退。4. 根据瘘口的大小,选择适合的球囊,使球囊达到理想的充盈量,以防止球囊因充盈量不足致球囊颈压力不良引起球囊里造影剂泄漏栓塞失败。5. 栓塞术后要头部制动 3~5 天,防止骨折片刺破球囊或球囊移位致栓塞失败。总之,可脱性球囊导管血管内治疗外伤性颈内动脉海绵窦瘘完全可靠,创伤少,能达到治疗目的,是目前最佳治疗方法。

参考文献

1. 余泽,等. 外伤性颈内动脉海绵窦瘘治疗方法探讨. 中华神经外科杂志,1992,8:195.
2. 马廉亭. 神经外科血管内治疗学. 北京:人民军医出版社,1994. 127.
3. 王忠诚,等. 颈动脉海绵窦瘘 60 例治疗回顾性分析. 中华神经外科杂志,1993,6:313.

作者单位:529000 广东省江门市人民医院神经外科