

# 创伤性血管瘤的介入治疗(附 3 例分析)

冯健麟

创伤性血管瘤是一种假性血管瘤,可以发生于任何部位,不同部位对机体的影响亦不同,临床表现各有不同<sup>[1-9]</sup>。介入疗法对一些部位的创伤性血管瘤疗效较好,甚至可达到治愈的结果。

## 资料与方法

### 一、资料

我院 1997 年至 1999 年收治的瘤体最大径超过 10cm 的创伤性血管瘤 3 例,均为男性青壮年,年龄分别为 18 岁,24 岁,46 岁。2 例为股动脉假性血管瘤,1 例为髂内动脉假性血管瘤。1 例股动脉假性血管瘤为手枪走火自身误伤,另 2 例为尖刀刺伤。最早的伤后 14 天,晚的 1 个月,病人发现局部搏动和发热,患肢麻、胀、痛感觉渐行性加重,都能触及到搏动性包块,而且有明显增大。动脉造影均显示创伤部位的不同形状假性动脉瘤,有 2 例可见到涡流表现,都有动脉的受压移位及局部动脉变细,局部肌间脂肪线推移等征象。

### 二、治疗方法

3 例均使用 Seldinger 技术,从对侧股动脉入路,进行介入检查和治疗。髂内动脉假性血管瘤,是将导管插入瘤内灌注明胶海绵和凝血酶的混合物,使瘤内形成血栓,经试注复查,血管瘤确实完全闭塞后才拔管。刀伤的股动脉假性血管瘤采用相同的方法,但是栓塞物中加入了 4 号丝线段,该病例 5 天后外科手术清除凝固的假瘤,局部血管无需修补。枪伤的股动脉假性血管瘤,在造影和试注中发现瘤内涡流太湍急,血管瘤口太大,约有 1.5cm 宽。未找到大的钢圈,所以没有栓塞。在股动脉导管内灌注加压素后,外科手术切除假瘤并做血管修补。

## 结 果

2 例经介入栓塞治疗,术后 3 个月 B 超复查未见假瘤复发。其中 1 例手术证实损伤血管已自行修复。为避免误栓,未做栓塞的病例,虽然用加压素进行了处理,手术中仍然出血量大。由于血管损伤部

位较宽,手术修补也相对困难。

## 讨 论

一、动脉破裂后,首先在软组织中形成血肿,继而血肿内血栓形成,当血肿内压低于动脉压时,血栓溶解脱落,便产生了假性动脉瘤,这是经过动物实验的推论。创伤时,由于组织反应,创口处于高凝状态,血肿很容易形成血栓而阻止出血。数日后,组织反应消失,恢复正常的溶栓能力,血栓溶解脱落,此时血肿-动脉压的关系便会改变而形成假性血管瘤。

二、诊断创伤性血管瘤,一般都在创伤 1 周后。临床上有搏动包块,局部有血管杂音,软组织肿胀、疼痛,肢体缺血等。多普勒超声可以探及涡流信号和往复像,动脉造影可观察血管瘤的大小、形态及周围动脉的关系,也能客观地反映出涡流的情况。

三、创伤性血管瘤的治疗方法,要视假瘤的原因、部位、瘤体和血管的具体情况而定。创伤的早期探查时如发现伤及血管时,应及时修补血管,这是预防假性血管瘤的最佳方法。在介入治疗问世前,假性动脉瘤以外科治疗为主。外科治疗的缺点,是损伤较大,出血较多。介入治疗则以栓塞为主,栓塞物应根据瘤口的情况而定。钢圈虽说是较好的栓塞物,但是瘤口大,涡流湍急的,栓子会随血流通过瘤口造成误栓。不能确定栓塞物时,可以用球囊阻断血流后进行外科治疗。现在有带膜的血管内支架,将支架置于血管瘤口部位,可以封闭瘤口,达到闭塞血管瘤的目的。当遇上不能栓塞的假性动脉瘤,使用带膜内支架进行治疗,不失为一种好办法。

总之,创伤性血管瘤的治疗,首选介入的方法,此法创伤小,直观性好,安全性高,基本能够做到诊断和治疗一次完成。当无法栓塞和放置带膜内支架时,还应配合外科进行治疗。

## 参 考 文 献

1. Sauerbier M, Krimmer H, Muller L, et al. Compression of the ulnar nerve in Guyon's canal by a traumatic aneurysm. A case report. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 1998, 30:303.
2. Morioka T, Takeshita H, Nishio S, et al. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery in an elderly patient. *Neurosurg Rev*, 1997, 20:278.



3. Sakuta Y, Arai S. Penetrating brain injury and traumatic aneurysm caused by a mail gun. No Shinkei Geka, 1997, 25:357.
4. Goulier B, Mairy Y, Etiennier PY, et al. Late diagnosis of a traumatic pseudo-aneurysm of the subclavian artery. J Belge Radiol, 1996, 79:26.
5. 史水信, 钟红, 周芯. 彩色多普勒超声在创伤性假性动脉瘤形成过程中的变化特征. 中国超声医学杂志, 1997, 13:4.
6. 章亚东, 侯树勋, 王子彬, 等. 四肢霰弹伤的致伤特点和外科处理. 中华外科杂志, 1999, 37:25.
7. 王颂章, 魏崇健, 曾晓华, 等. 假性动脉瘤的介入治疗. 中华放射学杂志, 1994, 28:310.
8. Reidy JF, Qureshi SA. Interlocking detachable platinum coils, a controlled embolization: Early clinical experience. Cardiovasc Intervent Radiol, 1996, 19:85.
9. 张皓, 金方法, 张柏根, 等. 假性动脉瘤的诊断和治疗. 上海第二医科大学学报, 1994, 14:353.

(收稿:1999-07-22)

## 临床经验

### 介入性治疗技术在急诊中的初步应用

朱应合 唐振良 徐克

随着介入技术的应用和发展,部分治疗技术已应用于急救医学领域,并发挥着重要作用。现将我们将使用介入方法治疗的 37 例急诊病人报告如下。

#### 材料和方法

##### 一、病例资料

在 1995 年至 1998 年使用介入性技术治疗急诊病人共 37 例,其中静脉性上消化道大出血 17 例,支气管大咯血 8 例,急性肢体动脉血栓形成 5 例,急性脑梗塞 2 例,同期与心内科合作行急性心肌梗死抢救治疗 5 例。这些病人均有明显的临床症状体征,均通过急诊科或相关科室临床确诊。消化道大出血和咯血病人均曾经内科保守治疗效果不佳或出现反复者,急性脑梗死和急性心梗病人除临床症状体征外还分别经 CT 和心电图检查确认。

##### 二、方法

不同的病变类型采用不同的方法进行治疗。静脉性上消化道大出血病人采用两种方法进行介入治疗,14 例采用经颈静脉肝内门腔静脉内支架分流术(TIPSS)+胃冠状静脉栓塞术(SEEV),3 例行经皮肝穿刺胃冠状静脉栓塞术(SEEV)+部分脾栓塞术(PSE);支气管大咯血采用 Cobra 导管插至病变支气管动脉,用明胶海绵颗粒进行栓塞;急性心肌梗死病人,将专用的冠状动脉导管插入至病变冠状动脉,缓慢注入大剂量尿激酶进行溶栓;急性脑梗死病人是通过将微导管超选择插管至血管阻塞近端,缓慢

注入尿激酶溶液进行溶栓,直至病变血管完全或大部开通;对于急性肢体动脉血栓形成,经健侧股动脉穿刺插管,将导管头部送至患侧动脉血栓近侧或直接插入血栓内,缓慢推注尿激酶至血栓完全溶解。

#### 结 果

37 例病人病情均得到显著改善。17 例食管静脉曲张破裂出血病人中,15 例术后出血即刻停止,2 例术后 8 小时出血完全停止,其止血效果无方法上的差别,随访期无再出血征象。支气管大咯血 8 例病人中 7 例术后出血即刻停止,1 例术后 12 小时停止,5 例急性肢体动脉血栓形成于溶栓治疗 1~2 小时内血管完全或大部开通,患侧肢体颜色转红,表面温度升高,疼痛减轻或消失。仅 1 例于血管开通后 12 小时出现急性脑栓死症状,行内科治疗(该病人年龄大,心电图显示有心房纤颤,考虑溶栓治疗使左心房血栓脱落造成脑栓塞)。2 例脑梗死中分别于发病后 4 小时和 8 小时开始溶栓治疗,阻塞血管均得到完全开通,前者术后症状体征完全消失,后者仅遗留轻度肢体活动障碍。5 例冠状动脉均完全开通,心功能衰竭症状得到控制,3 例残留轻度 T 波和 S-T 段异常改变。

#### 讨 论

介入治疗是一种新兴微创性治疗技术,它通过穿刺技术将导管等器械送至病变局部进行治疗,因而有更好的效果和更高的安全性。本组结果亦显示了这一点。我们的经验是对于血管栓塞性病变,该疗法将导管插到闭塞血管局部进行溶栓,局部药物

作者单位:046000 山西长治医学院附院放射科(朱应谷、唐振良);中国医科大学附属第一医院放射科(徐克)