

神经根及椎间盘痛觉感受器的刺激,使症状减轻以至消失,获得部分类似手术直接减压的效果^[3]。影像学检查可大致明确病变类型,从而推测其 PLD 术后疗效。

参 考 文 献

1 边杰,陈丽英,马小磊.经皮穿刺腰推间盘切割术及疗效观察.介

入放射学杂志,1992,1:20-22.

2 滕皋军,郭金和,何仕诚,等.利用自制电动旋切式椎间盘拆除器行经皮腰椎间盘摘除术.中华放射学杂志,1994,28:237.
3 Choy PS. Percutaneous laserdisc decompressor(LDD); 12 years experience with 752 procedures in 518 patients, J Clin Laser Med Surg, 1998, 16:325.

(收稿日期 2002-09-03)

·病例报告·

血管内栓塞治疗椎动脉动静脉瘘并神经纤维瘤一例

张琰 刘建民 许奕 洪波 赵文元 黄清海 张鑫 周晓平

患者男,38岁。因四肢麻木无力2个月加重20d入院。在外院行MRI诊断为“椎管内肿瘤”。入院体检:双上肢肌力1级,双下肢肌力0级,肌张力高。双上肢皮肤浅感觉减退,腰背部感觉麻木。躯干四肢、左眶多发散在1~3cm大小皮肤肿块,质中,活动,无红肿、无压痛。

入院后行颈椎MRI示“颈椎管内血管畸形并C₄至C₇平面脊髓重度受压变形(图1)。于2003年2月21日行双侧椎动脉、甲颈干、肋颈干及双侧颈总动脉造影检查,左椎动脉造影可见C₆水平椎动脉动静脉瘘(图2),瘘口大小约1.5cm,静脉扩张成球,位于椎管内,静脉经椎旁静脉和颈静

脉引流,椎动脉近瘘口处自身扩张迂曲,直径约8mm。左侧甲颈干造影未见异常。行右侧椎动脉造影可见右椎动脉—基底动脉—左椎动脉—C₆水平瘘口注入静脉球内的脑盗血影像,可更清晰显示瘘口(图3)。余血管造影未见异常。

0.035英寸导丝引导下5F造影管越过瘘口达左椎动脉C₃水平,予COOK公司游离纤毛钢圈作瘘口远心端椎动脉内栓塞,来自对侧椎动脉血流阻断。再将造影管退至瘘口近心端椎动脉内,分别用4枚钢圈将血流阻断。左锁骨下动脉及右椎动脉造影示瘘口消失,静脉完全不显影,结束治疗(图4)。

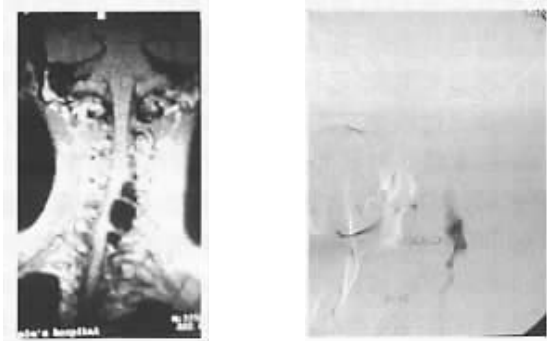


图1 MRI显示椎动脉瘘压迫 图2 左椎动脉造影显示瘘口脊髓

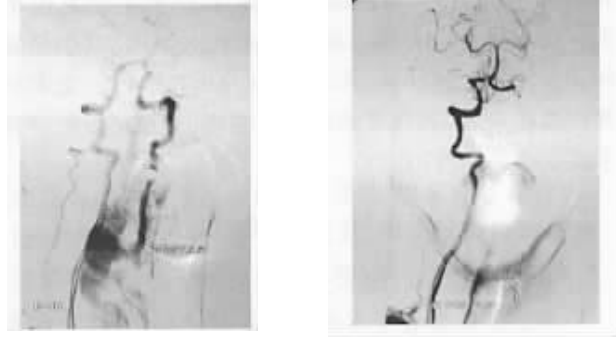


图3 右椎动脉造影右椎动脉—基底动脉—左椎动脉—C6水平瘘口 图4 术后右椎动脉造影静脉完全不显影


手术过程中,栓塞瘘口远心端,患者即感左上肢感觉恢复,查体可见双上肢肌力从1级恢复到3级。栓塞结束后双上肢肌力均达到3级以上,腰背部感觉恢复,原双下肢呈痉挛性屈曲,膝关节不能伸直,术毕肌张力已降低,双膝能伸直。双下肢肌力由0级恢复至2级。

讨论 椎动静脉瘘较少见,本例患者还并发神经纤维瘤。本例患者症状的产生主要是瘘口及动脉化的静脉球搏动性压迫脊髓导致。因此在栓塞过程中,随着血流的减少,症状立即缓解。此外由于脊髓引流静脉回流受阻,使椎管内

静脉压力增高、循环减慢形成椎管内静脉高压综合征。椎管内静脉高压综合征的早期诊断及治疗非常重要,延误治疗可能造成患者某些神经功能的永久缺失。采用微创介入治疗,创伤小。对于所有动静脉瘘,都应闭合瘘口,但术中切不可将扩张迂曲的正常引流静脉栓塞。在栓塞材料的选择上,本例患者瘘口较大,直接闭塞瘘口困难且风险大,选用带纤毛钢圈作瘘口孤立,手术达到“立竿见影”效果。

(收稿日期 2003-03-24)

血管内栓塞治疗椎动脉动静脉瘘并神经纤维瘤一例

作者：[张琰](#)，[刘建民](#)，[许奕](#)，[洪波](#)，[赵文元](#)，[黄清海](#)，[张鑫](#)，[周晓平](#)
作者单位：[200433, 上海, 第二军医大学长海医院神经外科](#)
刊名：[介入放射学杂志](#) 
英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年，卷(期)：2003，12(3)
被引用次数：1次

引证文献(1条)

1. [孙志超](#). [董伟华](#). [肖湘生](#). [董生](#). [贾宁阳](#). [张电波](#). [彭辽河](#). [许立超](#). [I型神经纤维瘤病并发左颈横动脉瘤出血栓塞治疗一例](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2007(11)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200303031.aspx

授权使用：西安交通大学(xajtdx)，授权号：ef685620-3d99-469b-81bd-9e4100cf6364

下载时间：2010年12月3日