

可脱离球囊栓塞术在外伤性颈动脉海绵窦瘘的 治疗方法中的比较

郭晓华 袁坚列

颈动脉海绵窦瘘是颈内动脉和海绵窦之间直接交通而引起的血流短路,多数由外伤所引起。患者年龄较轻,主要症状有头痛、血管杂音、搏动性突眼及颅神经麻痹等。我院近几年收治了外伤性颈动脉海绵窦瘘(TCCF)患者 4 例,先后采用颈动脉放风筝术,颈动脉间歇压迫术,明胶海绵栓塞术,可脱离球囊栓塞术等治疗手段,疗效不一。结合临床疗效及国内外文献报道,认为目前以可脱离球囊栓塞术治疗颈动脉海绵窦瘘为最佳,现予以初步探讨。

临床资料及治疗方法

例 1 男 26 岁,车祸后出现持续性颅内杂音和搏动性凸眼两个月入院。主要体征:左侧搏动性凸眼,外展神经麻痹,眼眶及额部耳后均可闻及杂音,压迫该侧颈总动脉杂音消失。行左颈总动脉造影见动脉早期左侧海绵窦显影,造影剂流入增粗的眼静脉。初步诊断为颈动脉海绵窦瘘(CCF)。在局麻下行颈总动脉作一切口,行颈动脉放风筝术,放入 4.0 尼龙线用银夹标记的肌栓,随血流在加压,冲水的压力下把肌栓送入瘘口。术中颅内杂音即消失,2 周后凸眼消失,术后一个月复查脑血管造影,海绵窦瘘瘘口已闭合,颈内动脉通畅,远端颅内血管显示良好。

例 2 男 28 岁,因车祸出现左眼外凸近二十天入院,主要体征:右搏动性凸眼,眼眶及耳后均可闻及血管性杂音。行颈总动脉造影揭示右侧 CCF,采用上述放风筝法,放入带线银夹标志的肌栓二次,术中杂音明显减弱,次日颅内杂音又复增强,二月后经 DSA 数字减影血管造影,见右侧颈内动脉 C₂ 段有二个瘘口,远端颈内动脉完全不显影。在局麻下行右股动脉插管可脱离球囊栓塞术,用球囊将颈内动脉 C₂ 段二处瘘口堵塞,术后患者颅内杂音消失,凸眼消退,栓塞后二个月造影,见瘘口已完全堵塞,颈内动脉通畅,远端显示清晰。

例 3 男 26 岁,因车祸致头痛、左眼视力下降三十余天入院,主要体征:左眼球突出,结膜充血水肿,眼眶

周围可闻及血管杂音。DSA 造影揭示颈内动脉早期造影剂流入海绵窦经海绵窦流向眼上静脉,诊断为 CCF。在局麻下行股动脉插管,由于插管难度大,瘘口直径与供血动脉口径比例大于 4:1,遂决定行明胶海绵栓塞术,将明胶海绵搓成雪茄状,经导管注入,并密切注意患者的活动反应情况,造影剂冒烟时见瘘口已大部闭塞,便停止注入明胶海绵,术后血管听诊,杂音明显减轻,一个月后行 DSA 造影见瘘口已基本闭塞,颈动脉通畅,远端显示清晰良好。临床症状基本缓解。

例 4 男 35 岁,因车祸致昏迷半天入院,急诊 CT 示急性硬膜外血肿。血肿清除后,发现连日来左眼不断外凸,眼眶及额部耳后均可闻及杂音,经 CT 增强扫描显示为左海绵窦密度增高。DSA 揭示左颈内动脉 C₂ 段有一瘘口,宽 2cm,诊断为左 CCF。在局麻下行可脱离球囊栓塞术,先经瘘口在海绵窦内放置两枚球囊,再置一只球囊恰好在瘘口处,栓塞后造影见瘘口完全堵塞,颈内动脉通畅,远端显示清晰,临床症状完全缓解改善。

讨 论

一、外伤性 CCF 的治疗目的与治疗原则

CCF 是一种危险性较小的疾病,除极少数病例可因颅内出血或大量鼻衄而致死外,一般不威胁生命。治疗目的在于保护视力和防止脑缺血等^[1],故治疗要求死亡率及病残率低,理想的办法是既能以最简单可靠的方法封闭瘘口,同时保持颅内动脉的血流畅通。

二、治疗方法的比较

随着介入放射学治疗的开展,早期用结扎颈总动脉方法治疗 CCF,但效果不可靠,且可能造成脑缺血,现已不予采用。结扎颅内及颈部 ICA 的孤立术,效果虽较可靠,但患者需遭两刀之苦,阻断颈内动脉可引起脑缺血,在静脉充血严重的情况下,开颅术还可能损伤脑组织,也不应用。

1968 年 Arutiunor^[1]用放风筝术治疗 CCF 取得较好效果,我们 2 例采用此方法(病例 1 及病例 2),一

作者单位:321000 浙江省金华市中心医院

例成功,此方法操作简单、安全,但需切开颈部皮肤,肌肉,血管,患者遭受一定的痛苦。另外,动脉腔内永久保留一根线,有可能导致血栓形成或脑栓塞,且 CCF I 型不适合于此方法。

经导管由岩上窦或眼上静脉进入瘘管部位进行栓塞。此手术技术难度及损伤程度均较高,仅在国外有少数几例报道。另外,较小的瘘管还可试行颈动脉间隙压迫法,以减少动脉血流和降低静脉压力,促使瘘管血栓闭合。但此法疗效不确切,常易致脑缺血发生,因此应用较少。

明胶海绵是一种中效栓塞剂,能够吸收,常用于病灶的小血管床,促进继发性血栓形成,以及用于临时用的栓塞^[2]。对于口径较大的动静脉瘘或血管主干的栓塞,常将明胶海绵搓成“雪茄状”,经导管注入病变部位,本文病例 3 就是采用此法;但此技术要求较高,危险性与并发症也较多,具有一定的盲目性与随机性,还可能引起栓子脱落,误栓脑血管。故目前治疗 CCF 已被可脱离球囊栓塞术代替。

1974 年 Serbmenk 等^[3]首先用同轴导管可脱性球囊栓塞术治疗 CCF。与传统的栓塞物相比,用可脱离球囊又有诸多优点,现在导管的制作、插管技术、脱离球囊的方法及充填球囊物质等方面均有较大的改进和发展,应用极为广泛。我们使用的 Mogic-BD 双腔管直接脱管球囊技术,在 DSA 系统的监视下,可以准确地将球囊放在瘘口处,瘘口小的,往往一次栓塞成功,如本文例 2。瘘口较大的,可以向海绵窦瘘口内放置多个球

囊,最后栓塞瘘口,如本文病例 4,患者痛苦小,可以在短时间内完成操作。除动脉途径外,还可以经静脉途径。而且颈内动脉通畅率高达 80%^[4]。当然,该技术也存在一些并发症,如假性动脉瘤、脑栓塞、颅神经瘫痪等,也不能适用于所有类型的 CCF,必要时还需直视下修补瘘口等是其不足之处。^[5,6]

综上所述,结合国内外文献报道,我们体会使用可分离球囊栓塞术技术优越,不但能堵塞瘘口,保持颈内动脉的通畅,而且患者痛苦小,并能在紧急和 Willis 环侧支不良的情况下可以施行,是目前治疗 CCF 比较理想的方法。

参考文献

1. Arutiunov AI, et al. surgical treatment of carotid cavernous fistulas, *progr Brain Res* 1968;30:441.
2. 陈星荣,等著. 介入放射学,第一版,上海:上海医科大学出版社. 1989;33.
3. Serbinenko FA et al. Balloon Catheterization and occlusion of major cerebral vessels, *Neurosurg* 1974;41:125.
4. Hakuba A surgical approaches to the cavernous sinus; repair of ac-c fistula art the Cs portion of the internal carotid arterg, *Neurol Surg (Tokyo)* 14:601.
5. 凌峰. 颈内动脉海绵窦瘘血管内治疗(附 27 例报告). *中华神经外科杂志* 1989;5:224.
6. 余泽,等. 外伤性颈动脉海绵窦瘘治疗方法探讨. *中华神经外科杂志* 1992;8:195.

选择性支气管动脉灌注化疗药物治疗中晚期肺癌 ——附 15 例报告

王金林 马继融 金 涛

选择性支气管动脉灌注化疗药物治疗中晚期肺癌,对失去手术机会的患者是一种较为满意的姑息治疗手段。我院 1993 年 7 月至 1994 年 6 月共治疗 15 例中晚期肺癌患者,取得了明显的近期效果,现报告如下。

资料与方法

本组 15 例中,男 12 例,女 3 例。年龄 41~74 岁,平

均 55.4 岁。

确诊手段及病理:纤支镜证实 11 例,胸水找癌细胞 2 例,痰查癌细胞 2 例。其中鳞癌 7 例,腺癌 4 例,未分化癌 2 例,不能定型者 2 例。

15 例患者中,伴胸腔积液 5 例,阻塞性肺不张 6 例,(分布在右上叶 4 例,右中叶 1 例,右下叶 3 例,左上叶 4 例,左下叶 3 例)。

按 1987 年 ULCC 肺癌 TNM 病期分类^[1]属 I 期 1