.个案报告.

经股动脉介入术后致假性动脉瘤2例

宋　平　罗　明　王　远　黄从刚　李继强　丁　伟　王孟阳　段发亮

【关键词】介入治疗;股动脉;假性动脉瘤
【文章编号】1009-153X(2018)04-0304-01　【文献标志码】B　【中国图书资料分类号】R 815.2

随着心脑血管及神经介入的发展和普及,股动脉穿刺是各种介入诊断和治疗的常见路径之一,对股动脉的损伤难以避免,如局限血肿、动静脉瘘、假性动脉瘤等。如处理不当,会产生严重的后果甚至危及病人生命。本文报道2例经股动脉介入术后并发股动脉假性动脉瘤(femoral artery pseudo-aneurysm,FAP)。

1 病例资料

病例1:女,72岁。因突发头晕4 h入院。入院后MRA示基底动脉末端结节样膨隆,动脉瘤可疑。经右股动脉穿刺行全脑血管造影术,示基底动脉上段左侧小脑上动脉起始可见一约6 mm×4 mm大小结节状突起。3 d后,全麻下经右股动脉穿刺采用双微导管技术辅助弹簧圈栓塞动脉瘤。手术顺利,拔除长鞘后右腹股沟穿刺处局部形成血肿,压迫止血半小时无活动出血后加压包扎后返回病房。随后,腹股沟区穿刺处出现10 cm×10 cm皮下血肿,并进行性增大,出现中度贫血。右侧股动脉彩色多普勒超声检查示右侧腹股沟区异常回声,考虑假性动脉瘤形成可能;复查示瘤体扩大明显。全麻下行右股动脉动脉瘤切除并瘘口修补术。术中发现皮下大量凝血块位于大腿内上侧,清除血肿时见有活动性出血自血肿腔向外喷射,探查见股总动脉一针眼样瘘口活动性出血,压力较高,用橡皮带控制股总动脉,暂时夹闭股动脉近端,以6-0无损伤缝合线8字缝合瘘口。术后股动脉搏动良好,原瘘口亦无出血,右下肢足背动脉搏动良好,腹股沟区皮肤张力下降,右下肢活动无受限,右侧腹股沟区皮肤青紫瘀斑逐渐好转,半月后皮肤拆线病情好转后出院。

病例2:女,70岁,因头晕1个月余入院。外院颅脑CTA等检查示前交通动脉动脉瘤。经右股动脉穿刺,采用支架辅助弹簧圈栓塞动脉瘤。手术顺利,术后左侧肢体活动好,右侧肢体肌力稍差,股动脉穿刺点给予血管缝合器封堵后返回病房。但术后逐渐出现右侧腹股沟穿刺处有搏动性皮下肿物,经彩色多普勒超声检查证实为假性动脉瘤,经局部压迫、制动等对症处理后,病灶未见明显扩大。病人经严格卧床休息及股动脉加压器压迫右下肢制动,超声复查假性动脉瘤未见明显扩大,后逐渐好转出院。

2 讨　论

FAP一旦发生,就有破裂出血、血栓栓塞、压迫周围组织结构、组织坏死等的风险,必须及早正确诊断、及时处理。FAP一般发生在术后24~48 h,病人自觉穿刺部位疼痛,穿刺部位出现进行性增大的搏动性肿块,可触及收缩期震颤、闻及收缩期血管杂音,常伴发疼痛、局部压迫、出血及感染等症状。FAP影像学检查多样,彩色多普勒超声因无创,较MRI及DSA简便、快捷、经济,可反复检查且能准确诊断多类血管疾病,有较高的敏感性,能够显示肿块有无搏动,肿块的形态、内部回声、血流状况及与股动脉的关系,从而可以清晰地显示假性动脉瘤的形态、判断其有无瘘管、破口大小、瘤体大小的变化,目前已成为FAP的首选检查。DSA是血管疾病诊断的金标准,能清晰显示破口、瘤体与载瘤动脉关系,动态显示对比剂外溢情况,同时可以对破口进行封堵,但DSA检查有导致瘤体破裂大出血风险,且为有创性检查,操作复杂,在FAP诊断中有一定限制。

FAP的治疗方法目前主要两种:保守治疗(加压包扎和超声引导下加压治疗)和手术(假性动脉瘤切除、动脉修补术、动脉吻合或血管移植等)。保守治疗的关键是找到瘤颈,压迫力量适中,压迫时间30min左右(支架抗凝病人需延长压迫时间),从而形成血栓达到治疗目的。但我们认为,一旦诊断明确,仍以早期修复为佳,因为多数假性动脉瘤不能自愈,并有不断长大而伴发或压迫症状加重、栓塞甚至破裂出血风险。因此一旦确诊应积极处理,早期干预有助于减少和避免相应的并发症和后遗症。

(2017-01-18收稿,2017-04-30修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.04.030
作者单位:430022,武汉市第一医院神经外科(宋　平、罗　明、王远、黄从刚、李继强、丁　伟、王孟阳、段发亮)
通讯作者:段发亮,E-mail:duanfaliang@126.com