.个案报告.

桡、股动脉联合入路治疗锁骨下动脉近端完全闭塞1例

张晓杰 于 谦 刘 岩 袁绍纪 罗 宁 李 涛 辛国强

【关键词】锁骨下动脉闭塞;血管内治疗;桡动脉入路;股动脉入路
【文章编号】1009-153X(2020)09-0655-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743; R 815.2

1 病例资料

46岁男性,因发现血压升高12年、间断性头晕5个月入院。既往高血压病史12年,最高达230/86 mmHg,未规律服用降压药物。近5个月出现间断性头晕,抬高左侧上肢后头晕加重,口服拜阿司匹林、氯吡格雷、阿托伐他汀钙治疗后症状无改善。住院期间检测双上肢血压不对称,双侧收缩压差值约40 mmHg,神经系统查体未见明显异常。头颅MRI示多发缺血灶。血总胆固醇12.20 mmol/L、低密度脂蛋白4.62 mmol/L,血常规、尿常规、肝肾功能正常。综合考虑为左侧锁骨下动脉狭窄。DSA证实左侧锁骨下动脉近端完全闭塞;双侧颈总动脉闭塞,前交通动脉、后交通动脉均开放良好(图1A~D)。行左侧锁骨下动脉球囊扩张和支架成形术治疗。Seldinger技术置入8F动脉鞘,左侧桡动脉穿刺置入6F桡动脉鞘,并全身肝素化。将5F单弯导管在超滑导丝指引下经桡动脉鞘置入左侧锁骨下动脉,在路途下将超滑导丝由锁骨下动脉远端向近端探查,多次尝试后超滑导丝通过锁骨下动脉闭塞段至主动脉弓。再将5F单弯在超滑导丝的指引下通过主动脉弓;将另一5F单弯导管经股动脉鞘置于主动脉弓左侧锁骨下动脉开口处,尝试经超滑导丝由主动脉弓置于左侧锁骨下动脉,多次尝试后超滑导丝无法到位(图1E~H)。选用美国波士顿5 mm/20 mm球囊,由左侧桡动脉鞘在超滑导丝的引导下置于左侧锁骨下动脉原闭塞处,多次扩张。将4F多功能导管置于8F导引到管内,在超滑交换导丝的指引下置于主动脉弓左侧锁骨下动脉开口处,再将多功能导管在超滑交换导丝指引下多次尝试通过左侧锁骨下动脉闭塞远端,撤出多功能导管,选用美国雅培9 mm/30 mm支架,经超滑交换导丝指引下于左侧锁骨下动脉起始闭塞处扩充释放支架,复查造影,支架成形良好。最后造影颅内后循环显影良好(图1I~L),且左侧锁骨下动脉盗血现象消失。术后半小测血压,左侧袖带压由术前215/125 mmHg降为180/100 mmHg。术后头晕症状好转,主动脉弓造影显示锁骨下动脉内支架术后血流通畅,左侧锁骨下动脉盗血症状消失。术后1个月随访,未再发生头晕等情况。

2 讨 论

锁骨下动脉近端完全闭塞时行血管内治疗的关键在于导引导管建立操作通道,此时选择合适入路至关重要。绝大多数的锁骨下动脉完全闭塞可经股动脉入路成功进行治疗,但本文病例锁骨下动脉近端完全闭塞,单纯经股动脉入路行血管内治疗尤其困难,不宜探查原左侧锁骨下动脉通道。本文病例术中曾尝试单纯股动脉入路治疗,由于左侧锁骨下动

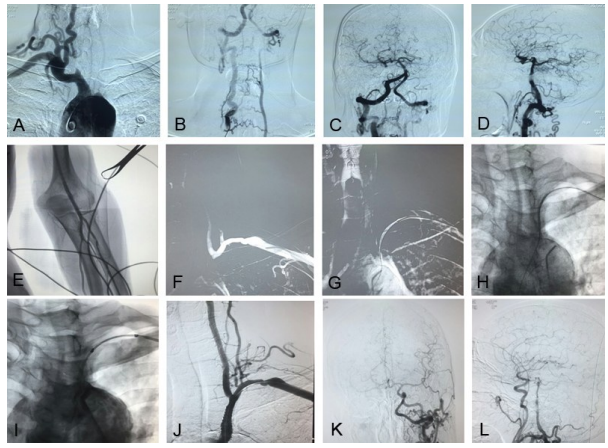


图1 锁骨下动脉近端完全闭塞桡、股动脉联合入路治疗前后影像

A. 术前DSA示左侧锁骨下动脉近端完全闭塞,合并双侧颈总动脉闭塞;B. 术前右侧椎动脉造影示通过基底动脉向左侧椎动脉盗血;C. 术前右侧椎动脉颅内正位造影,通过前后交通代偿双侧大脑半球;D. 术前右侧椎动脉颅内侧位造影;E. 术中DSA,左侧桡动脉穿刺点局麻穿刺,置入6F桡动脉鞘;F. 术中DSA,5F单弯导管在超滑导丝指引下经桡动脉鞘置入左侧锁骨下动脉并路途;G. 术中DSA,将另一5F单弯导管经股动脉鞘置于主动脉弓左侧锁骨下动脉开口处,路途下尝试经超滑导丝由主动脉弓置于左侧锁骨下动脉;H. 术中DSA,经左侧桡动脉鞘在超滑导丝的引导下将超滑导丝置于左侧锁骨下动脉原闭塞处,拟行球囊扩张;I. 术中DSA,选用美国波士顿5 mm/20 mm球囊于左侧锁骨下动脉原闭塞处,多次扩张;J. 经超滑交换导丝指引下于左侧锁骨下动脉起始闭塞处扩充释放支架,复查造影,支架成形良好;K. 术后左侧锁骨下动脉颅内正位造影,通过前后交通代偿双侧大脑半球;L. 术后左侧锁骨下动脉颅内侧位造影

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.09.031
作者单位:261061 山东潍坊,阳光融和医院脑科中心(张晓杰、于谦、刘 岩、袁绍纪、罗 宁、李 涛、辛国强)
通讯作者:辛国强,E-mail:1107845970@qq.com

脉起始部残端较小，导引导管支撑力欠佳，术中采用多种导丝、导管的配合均未成功。鉴于桡动脉入路已成功用于心脏介入治疗，且该病人经桡动脉至主动脉弓血管残端大，导管支撑力强，遂选用经左侧桡动脉入路联合右侧股动脉入路。我们认为锁骨下动脉近端闭塞病人，经桡动脉入路联合右侧股动脉入路行血管内治疗是安全、可行的。

（2018−12−03收稿，2018−12−30修回）

原发性肝癌硬脑膜外转移1例

马迎辉　胡　胜　吕华荣

【关键词】硬脑膜外转移癌；原发性肝癌；
【文章编号】1009−153X(2020)09−0656−01　【文献标志码】B　【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1+1

1 病例资料

28岁男性，因发现头部包块15年入院。15年前无意间发现右侧顶部一黄豆大小质软包块，活动度差，无压痛，未予特殊处理。近一年来，自觉包块较前增大，无压痛，活动度差，入院前1周在外院行头颅CT平扫检查示右侧颞顶叶占位、颅骨侵蚀明显。入院体格检查：神志清楚，右侧顶部可及大小约6 cm×6 cm肿物，质软，活动度差，无压痛。入院后检查示乙型肝炎病毒表面抗原、e抗原、核心抗原阳性，肝功能正常。头面部CT平扫+重建示右顶部见大小约6 cm×7 cm团块状稍高密度影，其内见条状钙化影，右侧顶骨见多发骨质破坏，考虑恶性脑膜瘤可能，右侧脑室受压变窄，中线结构左移。头颅增强MR示右侧顶部占位，其内信号不均匀，邻近脑组织受压，侵蚀右侧顶骨及头皮下组织软组织，增强后明显强化，考虑肿瘤性病变：恶性脑膜瘤？在全麻下行右顶部肿瘤切除+颅骨病损切除+颅骨成形术，术中见肿瘤位于右侧顶部，血供丰富，侵蚀头皮及颅骨；颅骨呈虫蚀样改变，局部增厚，与肿瘤组织界限不清，硬脑膜完整。术后病理检查示（右侧顶部）转移性肝细胞癌。术后腹部增强CT示肝内多发稍低密度占位，肝癌可能。血清甲胎蛋白>1 000 IU/ml（参考值0~5.8 IU/ml）。术后头部伤口拆线后家属拒绝进一步检查治疗出院。

2 讨 论

原发性肝癌发展到中后期易侵犯门静脉分支，形成肝内转移，肝外转移最常见于肺，其次为局部淋巴结、骨、肾上腺等，脑转移较少见。脑转移瘤的分布与各区域血流量有关，大约80%脑转移瘤发生在大脑半球（大脑中动脉供血区域），15%在小脑，5%在脑干。肝癌脑转移部位多位于大脑半球、顶叶及枕叶，这是因为瘤栓易在脑灰白质交界处的血管转折点处停留。目前，尚未见硬脑膜外转移相关文献报道，这与癌细胞栓子易进入大脑中动脉分支有关。本文病例比较特殊：①病人年轻，病程长，有15年头皮包块病史，近一年包块明显增大；②病程中无神经系统及原发性肝癌症状；③术前头颅CT及增强MRI检查示肿瘤与硬脑膜界限清，颅骨及皮下软组织侵蚀明显，与恶性脑膜瘤极难鉴别；④本文病例转移瘤血供主要来自颈外系统，与常见肝癌脑转移血供不同。

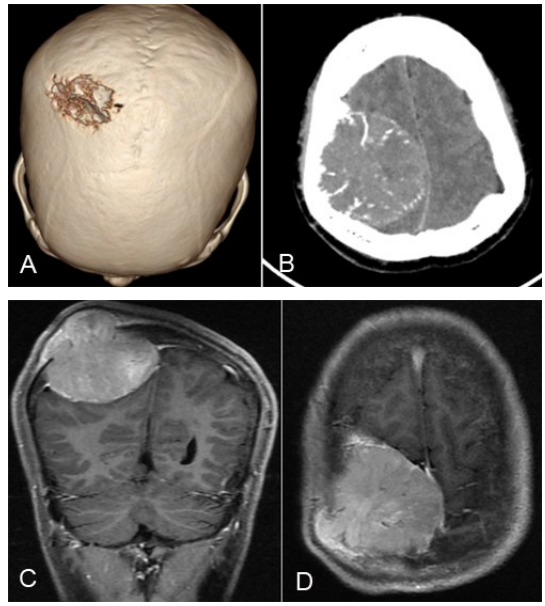


图1 原发性肝癌硬脑膜外转移影像学表现
A、B. 头颅CT示右顶叶占位，右顶骨骨质破坏；C、D. 头部MRI增强示有顶部占位，侵蚀右侧顶骨及头皮下软组织

（2020−04−10收稿，2020−04−26修回）

doi:10.13798/j.issn.1009−153X.2020.09.032
作者单位：435000 湖北黄石，鄂东医疗集团市中心医院神经外科（马迎辉、胡　胜、吕华荣）
通讯作者：吕华荣，E−mail：593197280@qq.com