

球囊导引导管阻断并抽吸技术在床突旁复杂动脉瘤 夹闭中运用 1 例

张庭保 戴璇 冯雨 熊南翔 陈劲草 赵文元

【关键词】 颅内动脉瘤;床突旁动脉瘤;球囊导引导管;夹闭术;复合手术
【文章编号】 1009-153X(2021)02-0143-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 743.9; R 651.1²

1 病例资料

68 岁男性,因右眼视物模糊 2 年、加重并左眼视物模糊 1 年入院。入院体格检查:右眼视力仅光感;左眼视力 0.2,颞侧视野缺失。MRI 示鞍区及鞍旁占位性病变,T₂像可见病变明显流空信号(图 1A)。CTA 示右侧颈内动脉床突段巨大动脉瘤,动脉瘤大小 26.75 mm×22.75 mm,瘤颈宽 11.83 mm(图 1D、1E)。行球囊导引导管(balloon guide catheter, BGC)阻断并抽吸技术辅助下动脉瘤显微夹闭术。手术在复合手术室进行,先预置 BGC 在右侧颈内动脉 C1 水平段,测定阻断压力(图 1B、1C)。然后,行翼点入路开颅动脉瘤夹闭术。Dolenc 入路显露颈内动脉床突段,显露动脉瘤上下极。先阻断动脉瘤远端载瘤动脉,然后充盈球囊阻断动脉瘤近端载瘤动脉,经 BGC 抽吸动脉瘤腔内残留血液,进一步降低动脉瘤囊内张力,完全游离动脉瘤,取多枚瘤夹塑形夹闭动脉瘤。经荧光造影及 DSA 证实夹闭完全,无载瘤动脉狭窄(图 1F)。术后即刻左眼视力 0.4,右眼视力 0.15,视野缺损明显改善。

2 讨论

床突段复杂动脉瘤的手术仍充满挑战,血流导向装置的临床运用,使其成为该疾病的首选治疗方案,但对于一些特别巨大,术前视力严重受损者,不能接受抗血小板治疗或经济难以承受者,手术治疗特别是复合手术作为一种新的治疗手段具有明显优势。BGC 已广泛用急行血管闭塞性疾病的取栓治疗,能有效的降低血栓事件的发生。随着复合手术的开展,球囊阻断技术在复杂脑血管病复合手术治疗中运用越

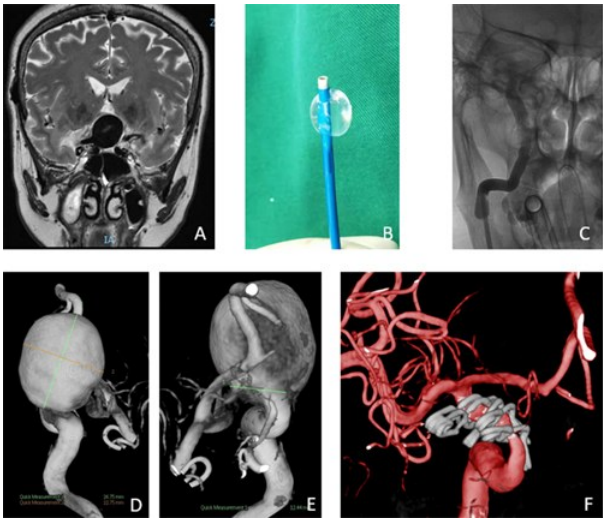


图 1 球囊导引导管阻断并抽吸技术辅助夹闭术治疗床突旁复杂动脉瘤前后影像
A. 术前 MRI 示鞍区异常流空影;B. 球囊导引导管;C. 球囊预阻断实验;D、E. 3D-DSA 示右侧床突旁巨大动脉瘤,瘤体 26.75 mm×22.75 mm,瘤颈宽 11.83 mm;F. 球囊导引导管阻断并抽吸技术辅助下多枚瘤夹塑形成功夹闭动脉瘤

来越广,有文献报道球囊封堵动脉瘤瘤颈再夹闭动脉瘤,在我们的实践中对于瘤颈过于宽大者,术中球囊易疝入动脉瘤腔导致载瘤动脉阻断失败。本文病例通过改进,运用 BGC,从阻断瘤颈,改为阻断载瘤动脉近端血流,同时通过导管抽吸进一步降低动脉瘤腔内张力,为动脉瘤夹闭提供空间。此技术能有效的降低手术难度,减少出血,缩短手术时间,避免颈部血管暴露与控制等,显示了复合手术在复杂脑血管病治疗中的优势。可见,BGC 辅助阻断并抽吸技术在床突段复杂动脉瘤复合手术治疗中优势。

(2021-01-06 收稿,2021-01-26 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.02.030
作者单位:430030 武汉,武汉大学中南医院神经外科(张庭保、戴璇、冯雨、熊南翔、陈劲草、赵文元)