



. 专家笔谈 .

刘承基教授教我做颅内动脉瘤开颅动脉瘤颈线扎术 ——纪念刘承基教授百年华诞

马廉亭 马生辉

【关键词】 颅内动脉瘤;瘤颈线扎术;瘤颈夹闭术

【文章编号】 1009-153X(2021)06-0494-03 【文献标志码】 C 【中国图书资料分类号】 R 743.9; R 651.1⁺2

1 刘承基教授帮带手术概况

我是中国人民解放军中部战区总医院(原武汉军区总医院、后改为广州军区武汉总医院)的神经外科医生,1978 年原武汉军区司令员杨得志上将、曾思玉中将等领导关心医院建设,军区投资 57 万美元为医院购买了德国 Siemens 公司研制的双 C 臂带影像增强与 AOT 快速换片机的血管造影机(GegentosE 型),在当时国内大多数医院缺乏先进大型医疗设备情况下,为医院能够开展心脑血管造影提供了设备条件。为此,我们 1978 年就开展了“经皮穿刺股动脉选择性全脑与脊髓血管造影”的新技术,通过血管造影诊断并收治了一些脑血管病病人,如脑动脉瘤。但我们不会做脑动脉瘤的开颅动脉瘤夹闭术。当时,国内可做此种手术的仅有史玉泉、王忠诚、朱桢卿、薛庆澄、蒋大介、段国升、易声禹、刘承基等几位老专家,而且我们医院缺乏手术显微镜,没有颅内深部照明设备,没有动脉瘤手术器械,如动脉瘤夹与持夹器械等。为了解决这一难题,我们请来了脑血管外科有丰富经验的刘承基教授。他乘船逆水而上从南京经 2 d 劳累到达武汉,下船到医院就看病人,检查术前准备、全麻要求等,稍事休息后,就为曾发生蛛网膜下腔出血并经全脑血管造影证实的 1 例左侧颈内动脉后交通动脉瘤与 1 例右侧椎动脉 V4 段动脉瘤病人,进行了开颅动脉瘤颈编织丝线结扎

术。术中解剖出动脉瘤瘤颈,用自制可弯曲、前端带孔可穿线的银质剥离子,从动脉瘤瘤颈深部穿过把编织线带过去,编织线一端跨过瘤颈后,将此线端固定,再原位退回剥离子,把 10 号真丝编织线从动脉瘤瘤颈前方穿过,在瘤颈后方缓慢打结收紧、结扎,并打外科结三个,从而将动脉瘤瘤颈结扎。然后,用细针抽吸动脉瘤腔残存血液,见动脉瘤腔塌陷不再隆起,证明瘤颈结扎完全、阻断可靠。顺利结束手术,术后 2 例病人均康复出院。他不辞劳苦,而且不收取劳务、会诊、手术费,全心全意为病人服务,并毫无保留地给我们传授颅内动脉瘤围手术期处理及手术技术。

2 帮带手术病例报告

病例 1:李某美,男,33 岁,四川籍,因自发性蛛网膜下腔出血稳定后转来我院,全脑血管造影诊断为左侧颈内动脉后交通动脉瘤(图 1A、1B)。病人经气管插管全麻后,取右侧卧位、头抬高 15°,经额颞入路、带颞肌骨瓣开颅,骨窗大小 10 cm×10 cm。牵引暴露左侧颈内动脉虹吸段,见床突上颈内动脉发出后交通动脉下方突起的小囊,大小约 6 mm×6 mm×7 mm,局部有纤维粘连,瘤颈约 4 mm。解剖、分离出瘤颈,用银剥离子将 10 号真丝编织线穿越瘤颈前方,在瘤颈后方先打一结,慢慢收紧丝线将瘤颈扎牢,再补扎两结将瘤颈完全结扎牢靠。再用细针抽吸瘤腔内残余血,见动脉瘤囊不再隆起,证明结扎完全牢靠。彻底止血关颅,结束手术。术后病人恢复良好。复查造影见动脉瘤消失(图 1C、1D)。术后 4 年再发蛛网膜下腔出血,再次入院经全脑血管造影证实左侧颈内动脉后交通动脉瘤未显影,发现

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.06.033

作者单位:430070 武汉,中国人民解放军中部战区总医院神经外科/中国人的解放军神经外科研究所/国家级重点学科神经外科(马廉亭、马生辉)

基底动脉瘤顶端又新发生一个动脉瘤(图 1E、1F)。再次开颅行动脉瘤夹闭术,术中见动脉瘤大小约 4 mm×4 mm×5 mm,瘤颈 3 mm,局部有纤维粘连,仔细分离解剖出瘤颈,用动脉瘤夹将瘤颈夹闭,彻底止血后关颅。术后复查造影显示基底动脉动脉瘤消失(图 1G、1H)。

病例 2: 马某凤, 女, 39 岁, 河南安阳市人, 因自发性蛛网膜下腔出血稳定后转入我院, 经全脑血管造影诊断为右侧椎动脉 V4 段动脉瘤(图 2A、2B)。气管插管全麻、坐位, 取枕下后正中入路开颅, 暴露右侧椎动脉 V4 段, 见 V4 段发出右侧脊髓前动脉上方 0.5 cm 处有一从椎动脉突起的小囊, 大小约 6 mm×6 mm×5 mm, 局部有纤维粘连, 瘤颈约 3 mm, 解剖分离出瘤颈, 用银剥离子将 10 号真丝编织线穿越瘤颈前方, 在瘤颈后方先打一结, 慢慢收紧丝线将瘤颈扎牢, 再补扎两结将瘤颈完全结扎牢靠, 用细针抽吸瘤腔内残余血, 见动脉瘤囊不再隆起, 证明结扎完全牢靠, 然后彻底止血关颅, 结束手术。术后病人恢

复良好, 复查脑血管造影证实右椎动脉 V4 段动脉瘤消失(图 2C、2D)。出院时, 病人可正常生活、工作。28 年后 67 岁时因脑梗死去世。

3 刘承基教授教我学做开颅动脉瘤瘤颈编织线结扎术

在刘教授做了两例病人成功后, 我们不仅学到了刘教授的开拓创新思想及工作认真细致、一丝不苟的作风, 更学到了刘教授精湛的手术技术及围手术期的处理经验。此后, 我们开展了颅内动脉瘤的瘤颈线扎术, 后来又开展了动脉瘤瘤颈夹闭术。先做较容易的颈内动脉后交通动脉动脉瘤, 继而又逐步到难度较大的前交通动脉动脉瘤与基底动脉顶端动脉瘤。不仅在本单位做, 还帮助其他医院开展了脑动脉瘤颈夹闭术, 均取得满意疗效。1987 年, 我们在《武汉医学杂志》发表了论文《颅内动脉瘤直接手术的体会》(图 3)^[1], 共治疗 26 例颅内动脉瘤, 其中颈内动脉后交通动脉动脉瘤 21 例, 前交通动脉动脉瘤 3 例, 椎动脉动脉瘤 1 例, 基底动脉顶端动脉瘤 1

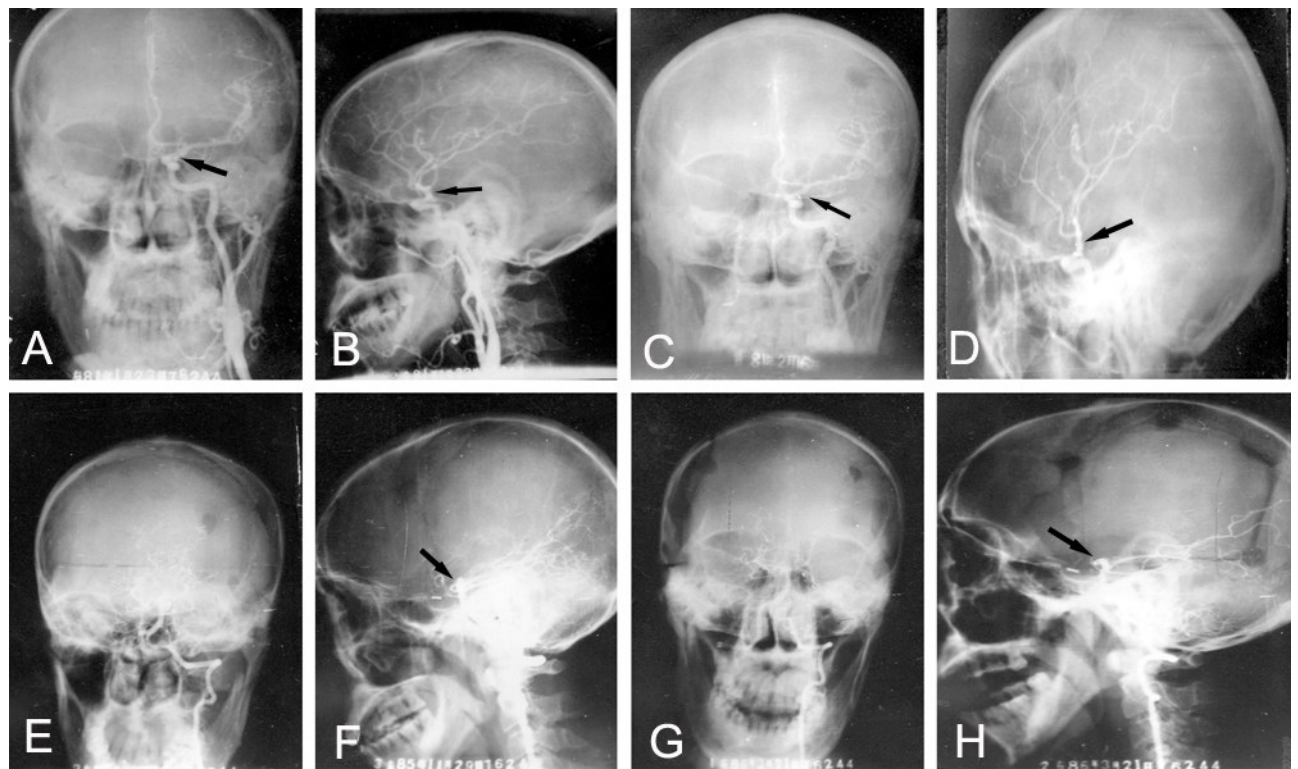


图 1 左侧颈内动脉后交通动脉动脉瘤线扎术及基底动脉顶端动脉瘤夹闭术前后造影
A. 左侧颈内动脉后交通动脉动脉瘤线扎术前正位, ↑ 示动脉瘤; B. 左侧颈内动脉后交通动脉动脉瘤线扎术前侧位, ↑ 示动脉瘤; C. 左侧颈内动脉后交通动脉动脉瘤线扎术后正位, ↑ 示动脉瘤消失; D. 左侧颈内动脉后交通动脉动脉瘤线扎术后侧位, ↑ 示动脉瘤消失; E. 基底动脉顶端动脉瘤夹闭术前正位; F. 基底动脉顶端动脉瘤夹闭术前侧位, ↑ 示动脉瘤; G. 基底动脉顶端动脉瘤夹闭术后正位; I. 基底动脉顶端动脉瘤夹闭术后侧位, ↑ 示动脉瘤消失



图2 右侧椎动脉V4段动脉瘤线扎术前术后造影

A. 术前正位, ↑ 示动脉瘤; B. 术前侧位; C. 术后正位; D. 术后侧位, ↑ 示动脉瘤消失

颅内动脉瘤直接手术的体会

马廉亭 李玖珠 张积志
余 洋 李元光 陈志成

我院自1981年以来共行颅内动脉瘤直接手术26例,其中颈内动脉后交通动脉瘤21例,前交通动脉瘤3例,椎动脉瘤1例,基底动脉下未端动脉瘤1例。除1例颈内动脉后交通动脉瘤术前破裂行急诊手术,术中再次破裂行夹闭术,术后死于脑血管痉挛外,余皆存活。25例存活病例,术后22例行脑血管造影,显示20例动脉瘤完全治愈消失,2例夹闭不全,但动脉瘤缩小、造影剂变淡。我们早期手术治疗颅内动脉瘤取得的优异成绩是向刘承基教授学习、刘教授带教培养的结果。在此,我们再次感谢刘承基教授,并祝福他百年华诞期颐寿“福如东海,寿比南山!”我们更期

待再给刘承基教授庆贺“茶寿(108岁)”寿诞。

颅内动脉瘤直接手术的体会

马廉亭 李玖珠 张积志
余 洋 李元光 陈志成

我院自1981年以来共行颅内动脉瘤直接手术26例,其中颈内动脉后交通动脉瘤21例,前交通动脉瘤3例,椎动脉瘤1例,基底动脉下未端动脉瘤1例。除1例颈内动脉后交通动脉瘤术前破裂行急诊手术,术中再次破裂行夹闭术,术后死于脑血管痉挛外,余皆存活。25例存活病例,术后22例行脑血管造影,显示20例动脉瘤完全治愈消失,2例夹闭不全,但动脉瘤缩小、造影剂变淡。我们早期手术治疗颅内动脉瘤取得的优异成绩是向刘承基教授学习、刘教授带教培养的结果。在此,我们再次感谢刘承基教授,并祝福他百年华诞期颐寿“福如东海,寿比南山!”我们更期

图3 1987年发表的颅内动脉瘤手术论文

例;术中1例动脉瘤破裂、术后死于严重脑血管病;25例存活病例中,术后22例行脑血管造影,显示20例动脉瘤完全治愈消失,2例夹闭不全、但动脉瘤缩小、造影剂变淡。我们早期手术治疗颅内动脉瘤取得的优异成绩是向刘承基教授学习、刘教授带教培养的结果。在此,我们再次感谢刘承基教授,并祝福他百年华诞期颐寿“福如东海,寿比南山!”我们更期

待再给刘承基教授庆贺“茶寿(108岁)”寿诞。

【参考文献】

[1] 马廉亭,李玖珠,张积志,等. 颅内动脉瘤直接手术的体会[J]. 武汉医学杂志,1987,24(1):17-18.

(2021-05-15收稿)