文章编号:1000-5404(2009)07-0649-02

经验交流

逆向抽吸减压法治疗颅内大型及巨大型动脉瘤

赵　军[1],刘相轸[2],张　军[1],康铁江[1]　([1]齐齐哈尔市第一医院脑外分院,黑龙江 齐齐哈尔 161006;[2]哈尔滨医科大学附属第一临床医院神经外科,哈尔滨 150001)

颅内大型动脉瘤是指直径大于 1.5 cm 的动脉瘤,而巨大动脉瘤直径则≥2.5 cm,治疗难度大[1]。我院 2000 年 3 月至 2008 年 7 月分别采用逆向抽吸减压法和直接夹闭法治疗了 56 例颅内大型及巨大型动脉瘤患者,现将疗效报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

根据手术方法分为 2 组,采用逆向抽吸减压法(A 组)21 例,男性 13 例,女性 8 例,年龄 38 ~ 69 岁,平均 54.5 岁;采用直接夹闭法(B 组)35 例,男性 16 例,女性 19 例,年龄 39 ~ 66 岁,平均 49.9 岁。Hunt-hess 分级为 0 ~ 3 级。术前均行脑 CT 和全脑血管造影检查,CT 显示 32 例蛛网膜下腔出血,6 例脑积水。DSA 显示 65 枚动脉瘤(其中 9 例多发动脉瘤)。动脉瘤位于眼动脉 15 例,垂体上动脉 3 例,前交通动脉 8 例,后交通动脉瘤 20 例,大脑中动脉 10 例。动脉瘤 15 ~ 24 mm 者 39 例,≥25 mm 者 17 例。31 例行 CTA 检查,18 例有瘤内血栓形成。

1.2　手术方法

56 例患者均采用气管插管全麻。A 组需要显露患侧颈部,头部常规翼点入路,显露动脉瘤与载瘤动脉的关系后,颈部切口显露颈内动脉。静点脑保护剂(20% 甘露醇 + 地塞米松 20 mg),临时阻断载瘤动脉远端,再阻断颈部颈内动脉,孤立动脉瘤。颈内动脉腔内置套管针,回抽血液,动脉瘤塌陷张力降低进行夹闭。对于逆向抽吸后动脉瘤张力下降不明显的,考虑瘤内血栓较大,则行瘤体切开,去除瘤内血栓再行夹闭及载瘤动脉重建或重塑型,夹闭满意后取出临时断夹。B 组应用常规翼点入路,充分显露动脉瘤与载瘤动脉的关系后,阻断载瘤动脉近端,分离瘤颈,直接应用动脉瘤夹进行夹闭。

2　结果

A 组 21 例采用标准的翼点入路联合颈内动脉逆向抽吸顺利夹闭,1 例由于有侧支动脉回流造成大出血(4.76%)。全组没有因手术操作而导致的死亡。B 组 35 例采用常规翼点入路直接夹闭动脉瘤,8 例发生不可控性大出血(22.86%)。术后 4 例死亡,复查头部 CT 显示大面积脑缺血,考虑为术中出血误夹载瘤动脉。2 组术中大出血发生率差异有统计学意义($P < 0.05$)。56 例患者术中 5 例进行了载瘤动脉重塑型(图 1),术后 36 例复查 DSA 检查(图 2)。

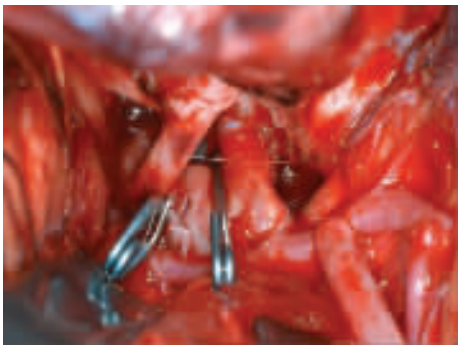


图 1　应用逆向抽吸减压法夹闭动脉瘤后载瘤动脉重塑型

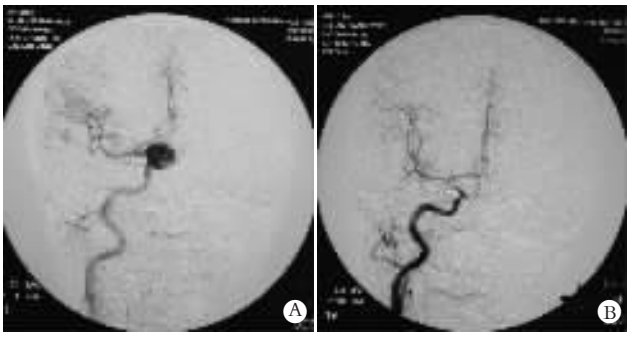


图 2　应用逆向抽吸减压法夹闭动脉瘤术前(A)及术后(B)DSA 检查

3　讨论

3.1　治疗方法的选择

颅内大型及巨大型动脉瘤属于难治性、复杂性动脉瘤,目前主要采用手术技术及血管内技术。手术包括瘤颈夹闭术、动脉瘤切除术或动脉瘤排空及血管重建术;血管内技术包括球囊孤立、近侧载瘤动脉闭塞和 GDC 栓塞。对这种动脉瘤的栓塞,很难做到致密填塞。Tamatani 等[1]研究发现随着动脉瘤体积的增大,弹簧圈占动脉瘤体积的比率减小,有时很难达到动脉瘤体积的 20%。其次栓塞后复发率非常高,有报道栓塞复发率高达 60%,而且再次治疗后复发率仍然非常高[2]。我们认为手术仍是动脉瘤的最佳选择,因为夹闭后即可将动脉瘤排除在循环之外。

作者简介:赵　军,男,黑龙江省齐齐哈尔市人,硕士,主治医师,主要从事脑血管病手术治疗方面的研究。电话:(0452)2459266,E-mail:limudian@163.com

通信作者:刘相轸,E-mail:liuxiangzhen0451@163.com

收稿日期:2008-10-27;**修回日期**:2008-12-10

3.2 手术难点

与一般动脉瘤相比,大型及巨大动脉瘤手术难点为:①瘤颈宽大,壁厚且硬;②瘤体大,难以暴露完全;③和周围组织没有间隙,剥离困难;④瘤腔内有血栓,血栓脱落可引起远隔部位栓塞;⑤术中载瘤动脉的重建及重新塑型。一些特殊的手术技术往往被应用来解决上述难点。有学者联合应用手术和血管内治疗(球囊辅助技术)进行治疗,术前将带内套管的球囊导管置于颈内动脉处,术中充盈球囊经内套管逆向抽吸导管远端的动脉内血液,瘤内压下降后夹闭瘤颈[3,4]。缺点是需要较高的设备条件,也有增加并发症的危险。有研究报道采用直接穿刺动脉瘤顶,然后通过静脉输液管回输患者体内的方法。但直接穿刺动脉瘤顶容易影响手术操作,且达不到持续减压的目的。我们通过颈内动脉逆向抽吸减压的方法治疗颅内大型及巨大动脉瘤,效果理想。

3.3 逆向抽吸减压法的优缺点

优点:手术中动脉瘤变瘪,张力下降,减少破裂机会,降低手术难度,减少手术风险。不足:不能实时造影,以便检验夹闭后载瘤动脉是否通畅和遗有残颈。对于有粥样硬化的患者,颈内动脉穿刺过程中可造成动脉损伤和远端栓塞等严重并发症。

关键词:逆向抽吸减压;动脉瘤;显微技术
中图法分类号:R739.41 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Tamatani S, Ito Y, Abe H, *et al*. Evaluation of the stability of aneurysms after embolization using detachable coils: correlation between stability of aneurysms and embolized volume of aneurysms [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2002, 23 (5): 762 - 767.

[2] Sluzewski M, Menovsky T, van-Rooij W J, *et al*. Coiling of very large or giant cerebral aneurysms: long-term clinical and serial angiographic results [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2003, 24 (2): 257 - 262.

[3] 刘宏毅, 马 骏, 常 义,等.血管内介入辅助巨大型颅内动脉瘤夹闭手术相关问题探讨[J].临床神经外科杂志,2007,4(3): 97 - 99.

[4] Parkinson R J, Bendok B R, Getch C C,*et al*. Retrograde suction decompression of giant paraclinoid aneurysms using a No. 7 French balloon-containing guide catheter. Technical note [J]. J Neurosurg, 2006, 105(3): 479 - 481.

(编辑 张 维)

经验交流

文章编号:1000-5404(2009)07-0650-02

腹腔镜下4种子宫切除术效果评价

黄 静 (重庆市巴南区人民医院妇科,重庆 401320)

目前,子宫切除术是妇科最常进行的手术。20世纪90年代之前主要有2种术式,其中75% ~80%经腹进行,25%是阴式子宫切除[1,2]。自1988年Reich医师施行首例腹腔镜下子宫切除术以来,现腹腔镜子宫切除术已成为妇科医师的第3种选择,由于其具有开腹手术无法比拟的优越性,近年来发展迅速。根据在子宫切除过程中使用腹腔镜完成手术步骤的不同,可以将腹腔镜子宫切除术分为以下4种术式:腹腔镜下子宫次全切除术(laparoscopic super cervical hysterectomy, LSH)、腹腔镜下筋膜内子宫切除术(classic intrafascial SEMM hysterectomy, CISH)、腹腔镜下全子宫切除术(total laparoscopic hysterectomy, TLH)、腹腔镜辅助阴式子宫切除术(laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, LAVH)。为了评价这4种术式的临床效果,对我院2006年3月至2008年3月进行的120例腹腔镜下子宫切除术进行回顾性研究。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2006年3月至2008年3月在本院行腹腔镜下子宫切除术患者120例,术前诊断为子宫肌瘤81例,子宫腺肌症29例,功血10例。

1.2 术前准备

病例术前均做TCT排除宫颈恶变可能,术前准备同一般开腹,估计盆腔粘连者术前3 d开始肠道准备。麻醉方式与体位:全麻与膀胱截石位。

1.3 手术方法

腹腔镜下子宫次全切除术(LSH):双极电凝常规处理圆韧带、卵巢固有韧带及输卵管,分离阔韧带前后叶,打开膀胱子宫反折腹膜,下推膀胱,分离宫旁组织暴露子宫动静脉并予以电凝切断。用电动组织粉碎器分次旋切宫体组织,将切成条状的组织经左下腹穿刺孔取出。经腹缝合宫颈残端。关闭后腹膜。

腹腔镜下筋膜内子宫切除术(CISH):子宫血管及以前处理步骤同LSH。经阴道置入直径5 mm穿引杆,经宫颈管到达子宫底固定,将切割器(有大、小号之分)套入穿引杆,紧贴宫颈外口中心部,旋转切割器,切割掉宫颈柱状上皮及转化区及宫颈管组织。经阴道间断缝合宫颈阴道部。同LSH经左下腹穿刺孔取出标本。经腹缝合宫颈残端。关闭后腹膜。

腹腔镜下全子宫切除术(TLH):子宫血管及以前处理步骤同LSH。双极电凝后切断主韧带及骶韧带,经阴道在阴道前穹窿部上顶,经腔镜切开前穹窿,环切阴道穹隆,经阴道完整或者

作者简介:黄 静,女,重庆市人,主治医师,主要从事妇科方面的研究,发表论文5篇。E-mail: huangaijing0275@qq.com

收稿日期:2008-07-04;修回日期:2008-08-25