DOI:10.16016/j.1000-5404.1982.02.014

椎动-静脉瘘（附1例报告）

第二附属医院 张可成 熊德佐 刘欲团

椎动-静脉瘘较为罕见，自1893年 Matas R首次报导以来，至1974年仅报导79例[1]，国内尚未见到此项报导，本文报告1例并结合文献进行讨论。

病 例 介 绍

患者赵××，男，28岁，工人，住院号31658，患者于1980年6月30日左颈部被尖刀刺伤，在当地医院进行清创缝合，切口一期愈合，但愈后1周发现伤处有1.5cm³大小包块，有压痛，包块逐渐增大，左肩发麻，偶有轻度头痛、头晕，于1980年8月25日住入我院，入院时检查：一般情况良好，心肺正常，左侧颈部下颌角下方有1个8×7cm³大小搏动性包块，触诊有震颤，以近枕部为明显，颈动脉被包块向前向外推移、气管向右偏，听诊：有连续性机器样杂音，且向颈后方传导，压迫后枕部震颤处，杂音明显减弱，但包块未缩小。9月3日行左颈总动脉造影，包块与颈动脉无关，于9月29日又经股动脉插管行左椎动脉造影，诊断为左椎动-静脉瘘，假性动脉瘤。于10月29日在全麻下手术，拟经椎动脉用肌肉片填塞瘘口。于左锁骨上作横切口，切断胸锁乳突肌锁骨头，显露左椎动脉起始部直到颈Ⅵ横突孔处。术中再次造影，证实是左椎动脉-静脉瘘，瘘口清晰显影。将左椎动脉近心端结扎，远端暂时阻断，切开血管壁，用一根顶端封闭的钝头硅胶管，在其末端固定一块带银夹的肌肉片，将硅胶管插入血管内，送至瘘口部，再听诊时血管杂音消失，将硅胶管留置血管内并与血管结扎，露出血管外多余部份的硅胶管予以切断，切口内放引流条一根后缝合伤口，术后给予抗菌素，切口一期愈合；但术后并发有患侧霍纳氏症候群，于11月8日出院。术后5月，左颈部包块、杂音及震颤完全消失。于1982年4月18月再次随访，患者已恢复重体力劳动10个月，霍纳氏症候群基本消失。

体 会 和 讨 论

一、原因问题：椎动-静脉瘘少数为先天性血管发育异常，大部为外伤所致。外伤中，除严重颅脑伤、颈部穿透伤、前入路颈椎间盘手术及颈椎前融合术引起之外，经皮穿刺行椎动脉造影亦可引起[2][3]，本例为锐器刺伤所造成。

二、诊断问题：单纯依靠症状体征诊断难以明确瘘口部位及引流的静脉，故椎动脉造影是诊断本病必不可少的检查措施。本例最初经左颈总动脉造影未发现病变，后经股动脉穿刺插管法行左椎动脉造影始得以确诊。造影注意事项是：注药及摄片时间要快，最好是利用电视透视，可直接看见造影剂流经的途径。本例在造影时，首次注射造影剂后立即摄片，已为时过晚未能显影，后在电视透视下，见造影剂很快进入假性动脉瘤经瘘口回流入静脉，影像瞬间即逝，经此试验后改为注药同时摄片，始得以成功。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

三、治疗问题：除了经皮穿刺行椎动脉造影引起的椎动-静脉瘘部份病例有自行关闭的可能外[1]，绝大部份病例均须手术治疗。否则可能产生破裂出血、假性动脉瘤、栓塞、基底动脉供血不足以及回心血量增加导致心力衰竭等并发症。直接手术由于静脉动脉化出血汹涌，动-静脉瘘往往合并假性动脉瘤，影响操作，暴露、显露横突孔内椎动脉不易，均使手术进行相当困难，故晚近均多用间接手术处理椎-动静脉瘘口，使手术较为安全易行。间接手术又有经椎动脉起始部及经股动脉两种途径。经椎动脉起始部途径其操作主要步骤已如病例所述，不过当正常暴露找不到椎动脉时要考虑到椎动脉位置异常，椎动脉畸型的可能性[4]。阻塞瘘口的方法有多种[2][3][5]，本例阻塞瘘口的方法是用1根与椎动脉内径相似，尖端封闭的钝头硅胶管，在其末端用丝线固定一个带银夹的肌肉块、经椎动脉放入来达到阻塞瘘口的目的，此法无需特殊设备，操作容易，阻塞有效。至于判断瘘口阻塞是否确实其指标亦多[3]，本例仅采用了震颤、杂音消失这一简单的判断方法，经术后观察亦颇可靠。还值得一提的是：阻塞了瘘口远近端椎动脉后，不必担心会发生脑基底动脉供血不足；相反，由于健侧椎动脉血逆流至瘘口的现象已终止，基底动脉供血反会有增加。至于假性动脉瘤术后的转归、数月以后血肿机化吸收，会有明显缩小以致慢慢消失，本例术后随访亦证明了这一判断。

四、术后并发症：胸膜、膈神经、胸导管损伤，脑、肺栓塞及感染等并发症，本例均未发生；但本例确有患侧霍纳氏综合症候群，分析其原因：可能是游离椎动脉时，损伤了横跨椎动脉的交感神经纤维所致[6]。

参 考 文 献

(1) Kornmesser TW, et al: 'Anatomic control of vertebral arteriovenous fistulas. Surgery 75(1):80, 1974

(2) Buscaglia LC, et al: Vertebral artery trauma. The American J of Surgery 138(2):264, 1979.

(3) Некипелов ЕФ: О хирургическом лечений фистул между позвоночной артерией и венами шей. Вопросы нейрохирургий (6):34 1978

(4) Beesinger DE: Vertebral arteriovenous fistula associated with an anomalous arterial vessel. Surgery 85(2):230, 1979.

(5) Binkley FM: A new technique for obliteration of cerebrovascular arteriovenous fistulae. Arch Surg 106:524, 1973

(6) Edwards WH: The Surgical approach to significant stenosis of vertebral and subclavian arteries. Surgery 87(1):26, 1980.

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net