



滨州市中心医院复杂脑血管病血运重建科研团队

拆除颅内炸弹 重建生命通道

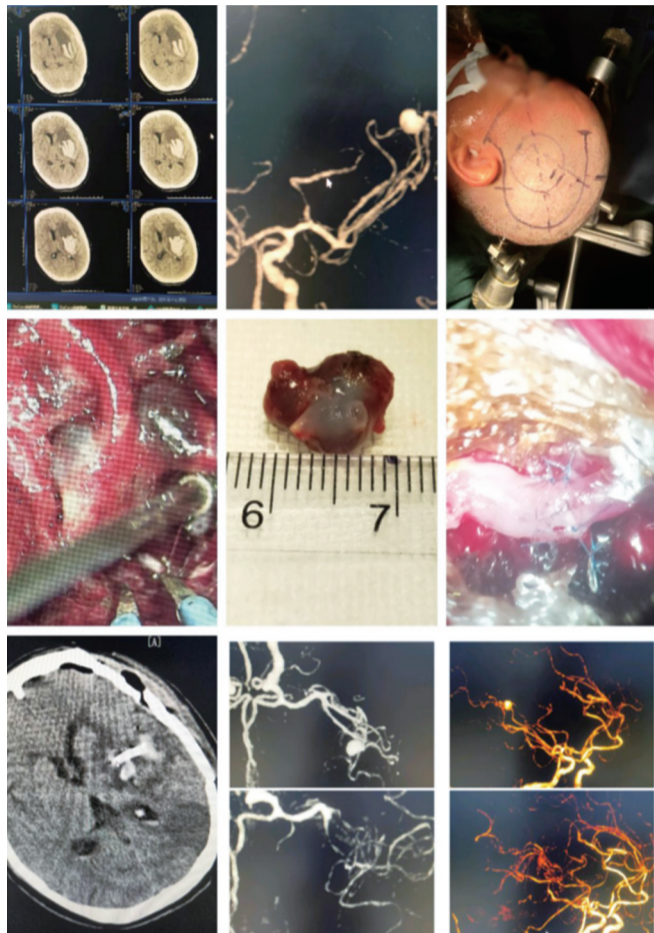
近日,滨州市中心医院复杂脑血管病血运重建科研团队独立完成一例大脑中动脉M3段大动脉瘤破裂导致脑出血患者的颅内血肿清除+动脉瘤切除+血管吻合术,并保留患者颅骨,避免患者二次手术的痛苦。

术后患者恢复良好,复查吻合血管通畅,此例为医院首例动脉瘤切除术+血管吻合术治疗复杂脑血管疾病手术,且为全市范围内首例报道的此类型手术。

患者为中年女性,入院后完善辅助检查提示:左侧脑出血破入蛛网膜下腔,大脑中动脉M3段动脉瘤破裂,李书清副主任医师、王志强副主任医师讨论后,即刻给予全麻下颅内血肿清除术+动脉瘤开颅夹闭术治疗,如夹闭不能,给予动脉瘤切除+血管吻合术治疗,术中动脉瘤约10mm大小,载瘤动脉为直径大约1mm血管,动脉瘤内血栓形成,形状不规则,无法塑形夹闭,显微镜下清除颅内血肿约80ml,游离动脉瘤周边,孤立动脉瘤,切断动脉瘤远近端,显微镜下在直径1mm血管上吻合8针。

术后患者复查显示,颅内血肿清除干净,吻合血管通畅。患者术后能够言语,右侧肢体肌力3级,逐渐恢复中。

动脉瘤被称为“颅内不定时炸弹”,普通颅脑CT不能够发现及诊断,有时出现微出血引起“前哨性头痛”,人们不够重视而错过治疗机会,一旦破



裂,形成急性颅内压增高或梗阻性脑积水,导致患者昏迷。破裂动脉瘤的治疗方式目前以血管内介入治疗及开颅手术治疗为主,血管内介入治疗又根据使用材料不同,分为弹簧圈裸栓、支架或者球囊辅助弹簧圈栓塞、密网支架植入术及最新的瘤内扰流装置植入术。

开颅手术治疗一般用于大脑中动脉瘤及存在动脉瘤占位及颅内血肿占位的患者。对于一般动脉瘤可行动脉瘤夹闭术治疗,而对于复杂动脉瘤存在占位效应或者无法介入治疗及单纯动脉瘤夹闭,则必须行动脉瘤切除+血管吻合术治疗。对于血管吻合方式:目前以端端吻合、端侧吻合、

侧侧吻合等为主,如按照供血动脉流量可分为高流量搭桥及低流量搭桥技术。

目前血管搭桥技术成为处理复杂脑血管疾病的主要治疗方式。不仅仅对于复杂出血性脑血管病,对于缺血性脑血管病,如烟病、无法介入开通的前循环及后循环缺血疾病,可行颞浅动脉—大脑中动脉吻合术、枕动脉—小脑后下动脉吻合术、颈外动脉—椎动脉吻合术等多种可变的血流重建方式。对于颅底侵袭血管的肿瘤,也可行血运重建后进行肿瘤切除,既能够避免因术中血管破裂造成的脑组织缺血,又能够尽可能全切肿瘤组织,避免肿瘤复发。

滨州市中心医院复杂脑血管血流重建科研团队由神经外科、神经内科多名高级职称医师组成,团队成员均为各科室骨干人员,各有所长。团队自创建以来,不断共同学习国内外前沿理论及技术,加强神经内科、神经外科团队合作、融合,竭力为复杂脑血管病患者带来一个美好的未来。

滨州市中心医院复杂脑血管病血运重建团队成员

王志强:团队负责人。医学博士,副主任医师,神经外科主诊组组长。师从著名神经外科脑血管病及颅脑解剖专家,天津医科大学附属环湖医院佟小光院长。前往北京三博脑科医院、山东大学齐鲁医院神经重症监护室进修学习、参加国家卫健委神经介入

高级培训班并取得合格证书。发表SCI论文5篇,核心论文10余篇。擅长:复杂脑血管病的介入及手术治疗,尤其是血流重建的治疗、颅内肿瘤的内镜联合显微镜治疗及颅脑损伤重症患者的监护治疗。

孔令华:神经病学硕士,副主任医师,神经内科二病区副主任,滨州医学院兼职副教授,先后前往北京大学人民医院、山东大学齐鲁医院、山东省立医院、千佛山医院进修学习,参与国家级科研1项、主持山东省卫生科技发展计划课题1项、市级科研成果1项。擅长:脑血管病、神经免疫等常见病及疑难病的诊治,长期致力于缺血性脑血管病的防治和介入治疗工作。

李延可:医学硕士,副主任医师,神经介入科副主任,在首都医科大学北京宣武医院国家神经疾病研究所脑血管重建中心进修神经介入技术1年。在医院较早开展脑血管造影术、颈动脉支架置入术、椎动脉支架置入术、急诊机械取栓术。迄今独立完成千余台次。

贾强:医学硕士,副主任医师,曾前往齐鲁医院神经介入组进修学习脑血管病的介入治疗,治疗缺血性脑卒中及颅内动脉瘤出血等病例已有8年余,积累一定经验,可独立完成全脑血管造影手术,可独立完成动脉取栓及支架植入手术,共参与神经介入手术200余例。

(滨州市中心医院)

脑动脉瘤究竟是个啥东西

市民陈某在做头颅磁共振检查时发现了一个脑动脉瘤,她感觉天要塌了。这难道真是一个肿瘤?带着疑问,她前往医院就诊。

一、什么是脑动脉瘤

脑动脉瘤并非肿瘤,而是脑动脉血管先天异常或后天损伤等因素导致的局部血管壁损伤,在血流长期冲击下逐渐扩张形成的异常膨出,就是脑动脉管壁鼓出了一个“血泡”,类似于轮胎上面鼓出了一个包,鼓出的部分血管壁为薄弱部分,随时出现破裂出血,被称为“不定时炸弹”。

脑动脉瘤根据形状,最常见的是“浆果样”囊状动脉瘤,像挂在血管上的小葡萄;其次是整圈血管均匀扩张形成类似梭子形状的梭形动脉瘤。因此,颅内动脉瘤不是肿瘤。

二、为什么会形成这个“包”

人体有很多动脉,为什么动脉瘤常见于颅内呢?因脑动脉壁度仅为身体其他部位同管径动脉的2/3,脑血管周围缺乏诸如骨骼、肉和结缔组织的支撑,脑动脉管壁在血管分叉处缺乏中层弹性纤维,因此脑动脉分叉处最易受到血流冲击形成动脉瘤。常见的病因有:

1. 血管壁先天缺陷:中层弹性纤维缺失或内弹性层断裂。
2. 动脉硬化:高血压、糖尿病、血脂异常使管壁弹性下降。
3. 血流动力学冲击:血管分叉处受力最大,容易鼓包。
4. 其他:感染(真菌性动脉瘤)、外伤、结缔组织病(如马

方综合征)等。

三、脑动脉瘤会带来什么症状

1. 未破裂期——“沉默的大多数”

小型动脉瘤通常无症状,仅在体检做CTA/MRA时偶然发现。大型或生长中的动脉瘤可压迫邻近结构出现症状,如后交通动脉瘤压迫动眼神经导致一侧眼皮下垂、瞳孔散大;前交通动脉瘤压迫视交叉可出现双颞侧视野缺损。少数可能会出现“哨兵头痛”,是由于动脉瘤壁少量渗血所致,常被误认为偏头痛,却可能是破裂前的预警信号。

2. 破裂期——“爆炸的瞬间”

颅内动脉瘤一旦破裂,80%以上表现为突发剧烈的头痛,有患者说是“一生中最高

的头痛”,伴有恶心、呕吐、颈项强直,甚至意识障碍、癫痫发作等,医学上称为“蛛网膜下腔出血”,病死率高达50%,约15%的患者会发生再出血。再出血死亡率极高。颅内动脉瘤破裂后可能还会出现脑血管痉挛、失语、植物状态等并发症。因此,动脉瘤一旦破裂应及时治疗。

四、如何早期发现

小动脉瘤早期基本无症状,部分大的未破裂动脉瘤也可无症状,多数在体检或其他原因行脑血管影像学检查中可发现。影像学筛查可选择MRA(磁共振血管成像),具有无创、无辐射,适合体检或高危人群筛查,但对3mm以下脑动脉瘤的灵敏度有所下降;或选择CTA(CT血管成像),具有快速、分辨率高,一般作为

急诊首选;DSA(数字减影脑血管造影)是有创的侵入性检查,但其是诊断脑动脉瘤的“金标准”,同时可做介入治疗。

五、如何拆除“引信”——日常预防要点

1. 健康生活方式:戒烟限酒,低盐低脂饮食,适当运动锻炼,充足睡眠。
2. 控制血压、血糖:家用电子血压计每日自测,高血压患者需规律服药;糖尿病患者注意监测血糖,规律服药。
3. 情绪管理:保持心情愉悦,避免情绪激动、负重憋气。
4. 警惕头痛:突发爆炸样头痛立即拨打120,不要自行服用止痛药后“硬扛”。

(南宁晚报)