

夹层动脉瘤性蛛网膜下腔出血 2 例报告

颜时超¹, 黄天清^{2*}, 罗求云², 田勇², 梁承财²

1. 吉首大学医学院, 湖南 吉首 416000

2. 湘西自治州人民医院, 湖南 吉首 416000

DOI: 10.16636/j.cnki.jinn.2018.05.012

自发性蛛网膜下腔出血 (subarachnoid hemorrhage, SAH), 主要病因为颅内囊性动脉瘤破裂, 约占 80% 以上, 其次是颅内动静脉畸形破裂。而颅内夹层动脉瘤 (Intracranial Dissecting Aneurysm, IDA) 破裂所致的 SAH, 比较少见, 有报道^[1] 颈动脉系统夹层发病率在 2.5/10 万左右, 而椎-基底动脉系统夹层发病率为 1/10 万左右。我科 2017 年确诊并成功地治疗了 2 例 IDA 破裂的 SAH 患者, 报道如下。

1 病例资料

病例 1: 患者, 女, 48 岁, 因突发意识障碍伴恶心呕吐 16 小时于 2017 年 1 月 2 日转入我院。患者发病后立即到当地县医院住院, 诊断为 SAH。住院后发生呼吸停止, 行气管插管辅助呼吸后转入我院进一步治疗。既往体健, 无外伤史。查体: T: 38.0 °C, BP: 135/104 mmHg, 中度昏迷, 双瞳孔等大等圆, 直径约 3 mm, 对光反射迟钝, 左眼玻璃体出血, 颈有抵抗感, 克、布征及病理征阴性。心肺无异常, 肝脾不大。化验血常规、血糖、血脂及肾功能及凝血功能均正常。颅脑电子计算机断层扫描 (Computed Tomography, CT): 鞍上池、环池、前后纵裂及双侧大脑半球脑沟内见线状高密度影, 右侧脑桥有明显积血、受压。脑室扩大、内可见小片状类似高密度影 (见图 1)。颅脑 CT 血管造影 (CT angiography, CTA) 未见异常 (见图 2)。入院诊断: SAH, 动脉瘤性? Hunet-Hess 分级 IV 级。入院后予以氨甲环酸止血、尼莫地平防治脑血管痉挛、甘露醇脱水。

醇脱水、脑脊液置换等处理后第二天, 患者意识障碍减轻, 呈嗜睡状态。体查: 颈有抵抗感, 克、布氏征阳性, 右眼外展受限合并眼睑闭合无力, 左侧上下肢肌力 1 级。行数字减影血管造影 (Digital Subtraction Angiography, DSA) 发现右侧小脑上动脉中段夹层动脉瘤, 瘤体长 6.81 mm, 瘤宽 2.51 mm。诊断为右侧小脑上动脉中段夹层动脉瘤性 SAH, Hunet-Hess 分级 IV 级, Millard-gubler 综合征 (血肿压迫)。行弹簧圈栓塞动脉瘤 + 闭塞近端载瘤动脉术 (见图 3), 术后出现右侧小脑半球上部缺血性梗死。经综合治疗后好转出院。三月后复查 CT (见图 1), 一年后复查, 神志清楚, 智力正常。双瞳孔等大等圆, 对光反射存在, 双侧上下肢肌力正常。

病例 2: 患者, 女, 30 岁, 因无明显诱因出现剧烈头痛, 伴恶心呕吐一天, 于 2017 年 8 月 24 日入院。既往体健, 无外伤史。查体: 血压 114/73 mmHg, 神志清楚, 语音流利。双瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏。颈有抵抗感、克、布氏征阳性, 病理征阴性。心肺、肝脾未见异常。化验血糖、血脂、肾功能及凝血功能均正常。颅脑 CT: 鞍上池、环池可见高密度影 (见图 4)。CTA: 右侧大脑后动脉远端分支动脉瘤? (见图 5)。入院诊断: SAH, 动脉瘤性可能性大, Hunet-Hess 分级 II 级。入院后予以氨甲环酸止血、尼莫地平防治脑血管痉挛、甘露醇脱水以及镇静止痛等处理。DSA 检查发现右侧小脑上动脉中远段夹层动脉瘤 (长 4 mm, 宽 2.5 mm), 随即行弹簧圈栓塞动脉瘤 + 闭塞近端载

基金项目: 湖南省科技创新平台与人才计划项目 (2016SK4007);

收稿日期: 2018-07-04; 修回日期: 2018-09-19

作者简介: 颜时超 (1990-), 男, 吉首大学医学院在读硕士研究生, 主要从事脑血管病研究。

通信作者: 黄天清 (1959-), 男, 神经内科主任, 主任医师, 硕士生导师, 主要从事脑血管病研究。

瘤动脉术(见图6)。术后进行脑脊液置换、尼莫地平防治脑血管痉挛等治疗一周,病情恢复良好,未

出现神经功能缺损体征,出院前复查CT(见图4)未见明显梗死灶。半年后随访一切正常。

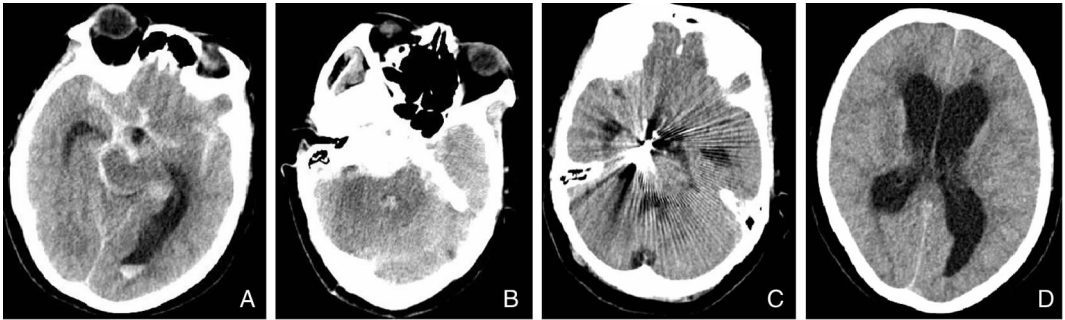


图1 例1患者颅脑CT:A、B图为术前,见脑池、沟回、脑室内可见高密度影,脑室系统扩大,右侧脑桥血肿压迫,C、D图为术后复查,呈术后改变,脑室系统扩大。

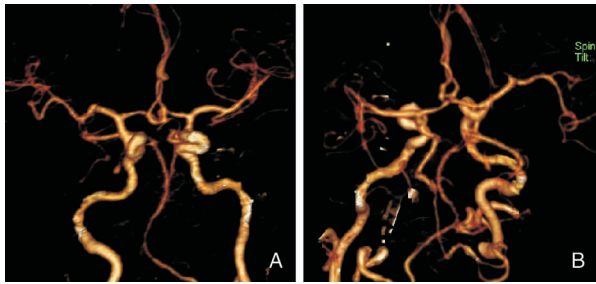


图2 例1患者术前颅脑CTA未见异常

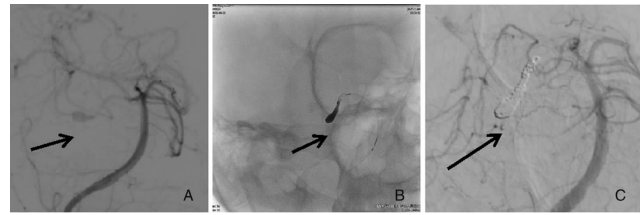


图3 例1患者DSA(箭头所示动脉瘤):图A:术前造影,图B:术中造影,图C:术后造影

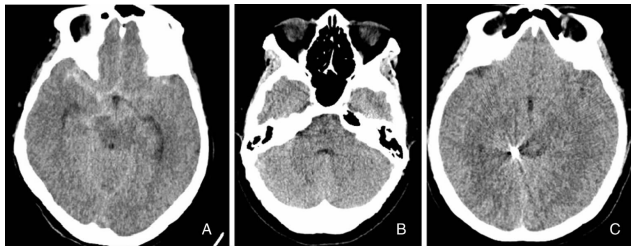


图4 例2患者CT:图A:术前CT,示鞍上池、环池见高密度影;图B、C:术后CT,呈术后改变

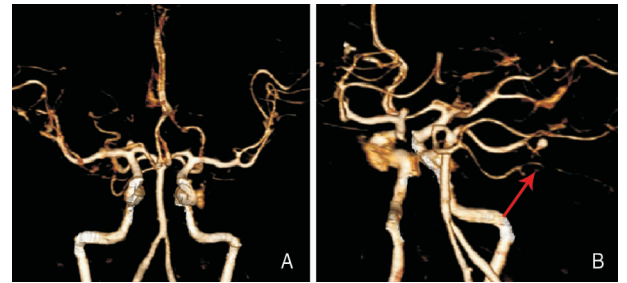


图5 例2术前CTA右侧大脑后可疑动脉瘤(箭头所示)

2 讨论

本报告2例患者,均为女性,年龄<50岁,既往体健,无外伤史,经DSA检查确诊为小脑上动脉夹层动脉瘤破裂所致的SAH。2例患者均有恶心呕吐和脑膜刺激征,1例有剧烈头痛,1例有意识障碍,CT见脑池及沟回有高密度影,符合SAH的临床表现,经积极治疗后恢复良好。

IDA是颅内动脉瘤的一种特殊类型,是由于颅

内动脉中膜破裂,血液流入中膜和外膜之间,形成血肿和膨隆。IDA引起血管狭窄可导致缺血性卒中,IDA破裂可致SAH。发生SAH是导致患者死亡和残疾的主要原因。目前DSA一直作为诊断血管性疾病的“金标准”,对于IDA,主要表现为双腔征、串珠征、线珠征、玫瑰花征、鼠尾征、单纯梭形膨大及假腔内造影剂滞留等^[24]。

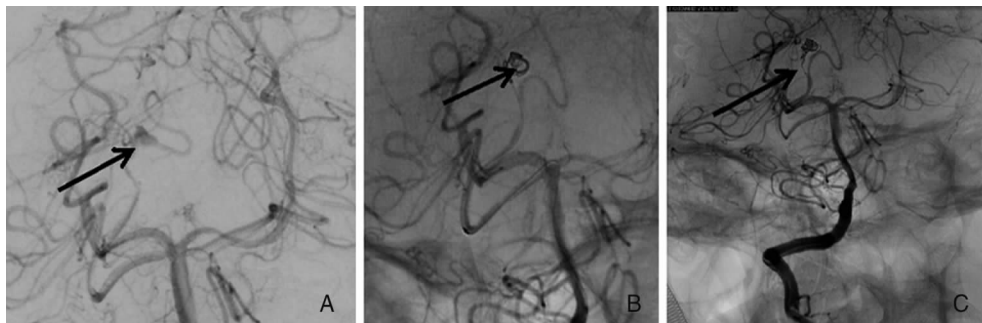


图 6 例 2 患者 DSA (箭头所示动脉瘤):图 A:术前造影,图 B:术中造影,图 C:术后造影

本组 2 例患者 DSA 检查均发现了 IDA,而 CTA 检查发现可疑动脉瘤 1 例,未见异常 1 例,究其原因可能是由于 CTA 对于小血管显示效果欠佳,或其自身空间分辨力的局限性和技术人员的主观因素,影响了 CTA 对 IDA 的诊断价值^[5]。故对于 CTA 阴性的 SAH 患者,应及时做 DSA 以明确诊断。

IDA 与囊状动脉瘤相比,其再出血的风险更大,Mizutani 等研究^[6]表明其再出血率高达 71.4%,再出血相关的死亡率为 46% 以上。因此,一旦发现破裂的 IDA 应尽早进行介入或外科手术治疗。内科治疗主要用于未破裂的 IDA 患者,主要为抗凝、抗血小板、调控血压等处理。外科治疗因无法修复损伤的内膜和外膜,术后复发率高,IDA 又好发于后循环,手术暴露困难且创伤大,并发症发生率高,现已少用^[2]。随着介入技术及其材料的不断发展与成熟,介入治疗具有创伤小、疗效好及并发症少等优势^[7],故目前大部分学者建议对于 IDA 采用积极的血管内介入治疗。Yuki 等^[8]曾报道一组 29 例经介入治疗后的 IDA 的数据提示死亡率为 17.2%,致残率为 13.8%,本组 2 例患者通过介入手术治疗也取得了很好的效果。

参 考 文 献

- [1] Schievink WI. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries[J]. N Engl J Med, 2001, 344(12): 898-906.
- [2] 杨博文, 许岗勤. 椎基底动脉夹层动脉瘤诊断与治疗研究进展[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2015, 5(5): 432-434, 437.
- [3] Neugebauer H, Jüttler E. Hemispherectomy for malignant middle cerebral artery infarction: current status and future directions[J]. Int J Stroke, 2014, 9(4): 460-467.
- [4] 项正兵, 曹文锋, 张洪连等. 双侧颈内动脉夹层致脑梗死诊治 1 例报道[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2017, 1(1): 63-65.
- [5] 王龙, 王茜. 高分辨力 MRI 对颅内椎基底动脉夹层动脉瘤的诊断价值[J]. 国际医学放射学杂志, 2017, (2): 144-147.
- [6] Mizutani T, Aruga T, Kirino T, et al. Recurrent subarachnoid hemorrhage from untreated ruptured vertebrobasilar dissecting aneurysms[J]. Neurosurgery, 1995, 36(5): 905-911.
- [7] 武琛, 孙正辉, 王美昱等. 颅内远端动脉瘤的外科治疗[J]. 中华医学杂志, 2014, 94(9): 698-700.
- [8] Yuki I, Murayama Y, Viñuela F. Endovascular management of dissecting vertebrobasilar artery aneurysms in patients presenting with acute subarachnoid hemorrhage[J]. J Neurosurg, 2005, 103(4): 649-655.