

· 学术争鸣 ·

关于“颈动脉内膜切除术”手术名称的商榷

马廉亭

【关键词】 颈动脉内膜切除术;颈动脉内膜剥脱术;颈动脉内膜斑块切除术;颈动脉内膜斑块剥脱术;手术名称;争议

【文章编号】 1009-153X(2015)04-0251-01 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1¹⁺²

“颈动脉内膜切除术”(carotid endarterectomy, CEA)或“颈动脉内膜剥脱术”是治疗颈段颈总动脉分叉部、颈总与C3以下颈内动脉粥样硬化性狭窄达到一定程度或引起临床短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)反复发作;出现脑供血不足、脑灌注低下、采用手术的方法切开颈总与手术可达到的颈内动脉,在直视下将动脉腔内因动脉粥样硬化形成的粥样斑块切除或剥脱,达到恢复动脉内腔、疏通血管、改善脑供血的目的。

这种手术1951年美国华盛顿神经外科医生William Cope首次成功实施,近半个多世纪、特别是20世纪90年初以来通过美欧等研究确立了这一手术对颈动脉粥样硬化性狭窄治疗作用和金标准的地位。尽管近年来颈动脉支架成形术治疗颈动脉粥样硬化性狭窄已广泛开展,但仍未动摇颈动脉内膜切除术的地位。

我国虽起步较晚,1987年周定标教授在导师段国升教授的支持下开展国内第一例CEA手术并获成功。2005年又主编了我国第一本《颈动脉内膜切除术》、2005年由人民军医出版社出版。此后国内这一手术开展越来越多,有的单位并取得上千例治疗经验。2009年王涛教授等又翻译了Christopher M.Loftus主编《颈动脉内膜切除术》原理和技术第2版(Carotid Endarterectomy?Principles and Technique Second edition),2009年人民军医出版社出版。这对我国开展这一手术做出卓越贡献。

但关于这一手术的名称我认为称作“颈动脉内膜切除术”或“颈动脉内膜剥脱术”均欠妥当,个人建议更命为“颈动脉内膜斑块切除术”或“颈动脉内膜斑块剥脱术”。

动脉粥样硬化是全身性疾病,颅外颈动脉与颅内动脉粥样硬化是脑卒中的重要原因,其中颈动脉占8%~10%,颅内动脉粥样硬化在某些种族,如亚洲人、黑人或西班牙裔,很常见。我国人口占世界总人口的20%,缺血性脑卒中逐年增多,颈动脉与颅内动脉粥样硬化是主要发生原因。

动脉粥样硬化是一个在多年内不断进展的终生性疾病,动脉内皮内胆固醇的积聚会影响动脉粥样硬化的进展和成熟。基于这个原因,传统观念认为动脉粥样硬化仅仅是血管内的脂肪积聚,而现在这个观念已经被改变了。现在人们认识到动脉粥样硬化是一个十分复杂的病理学改变,内皮功能障碍、低密度脂蛋白水平升高或修饰、自由基、炎性微生物、切应力、高血压、吸烟产生的毒物以及相关的代偿性炎性反应均有可能参与其中。

动脉硬化始于炎性反应,然后是平滑肌增生和血管壁增厚。从组织病理学的角度,动脉粥样硬化斑块含有三个主要成分:①细胞,包括平滑肌细胞、巨噬细胞和其它白细胞;②结缔组织细胞外基质,包括胶原、弹性蛋白和蛋白多糖;③细胞内和细胞外脂肪沉积。这三种成分在不同的斑块内比例不同,由此造成了病变的多样性。动脉粥样硬化进一步发展,其连续性病理进程已获充分研究。

第一个在动脉内可见的病理改变是所谓的脂纹(在青少年和年轻人可见到),随着年龄增长,脂纹转变成纤维斑块(见于中年人或较老的人群),动脉粥样硬化的最高阶段是复杂性斑块,包括钙化、含铁血黄素沉积和管腔表面破裂。

动脉粥样硬化病变在不同血管其病理学特点有所不同,颈动脉的通常引起高度狭窄。通过对大量颈动脉内膜剥脱术所得标本的仔细研究,颈动脉斑块的形态学特点,如斑块内出血或者反复的新生血管形成被发现会严重影响斑块的稳定性。

从动脉粥样硬化斑块的病理学角度看:显微外科颈动脉内膜切除术或剥脱术,手术切除或剥脱的“不是内膜而是前面所说的动脉粥样硬化斑块所含的三种成分”,即病理性动脉粥样硬化斑块。因此这一手术名称更名为“颈动脉动膜斑块切除术”或“颈动脉内膜斑块剥脱术”更切合实际。有关这些建议过去曾在全国神经外科有关会议上提出议论过,只是没有充分讨论统一认识。今再借本期发表《颈动脉内膜斑块剥脱术中脑血流监测的进展》综述之机,再次提出商榷,请各位专家、特别请周定标教授、王涛教授批评指正。