

. 专家论坛 .

颅内血泡样动脉瘤有关问题商榷

马廉亭

【关键词】 颅内动脉瘤;血泡样动脉瘤;诊断;治疗

【文章编号】 1009-153X(2017)05-0289-01 【文献标志码】 C 【中国图书资料分类号】 R 743.9

血泡样动脉瘤(Blood Blister-like Aneurysms, BBA)指位于颈内动脉前壁无分支部位的动脉瘤,最常见于颈内动脉前壁,也见于背侧壁、远内侧壁、上壁和床突旁腹侧;也有位于颅内其他部位动脉的报道。但是最初的BBA定义仅限于颈内动脉。BBA典型形态是小的半球形凸起。BBA发病率占颈内动脉动脉瘤的0.9%~6.5%。BBA在20世纪70年代末被首次报道。1988年,Takahashi将其命名为“血泡样”动脉瘤。通过近30年的临床实践,随着影像学、显微神经外科技术、血管内治疗技术和栓塞材料的发展,对所谓“血泡样动脉瘤”的诊断、治疗有了长足的进步,但其根本问题仍未解决。从病因上讲,血泡样动脉瘤多源于动脉粥样硬化性夹层动脉瘤,也可见于外伤性假性动脉瘤、感染性或先天性动脉瘤。其病理基础为假性动脉瘤而非真性动脉瘤。基于以上认识,下列问题有待进一步研究、探讨、商榷。

1 关于“血泡样动脉瘤”的命名?

“血泡样动脉瘤”根据动脉瘤直视手术中通过肉眼或显微镜下所见,经菲薄的动脉瘤壁可以看清瘤腔内流动的血液涡流,动脉瘤似血泡样而命名。但这样命名既未涉及病因,更未涉及病理本质,而且在临床实践中,尤其直视显微手术中所谓的“血泡样动脉瘤”没有多少例真正呈血泡样,这样不科学的命名误导了医生,更何况其它部位也有这类动脉瘤。建议仍然以临床通用的血管解剖部位命名为好,不要再沿用“血泡样动脉瘤”这样哗众取宠的命名,当然最后诊断能阐明病因更好。

2 诊断“血泡样动脉瘤”的金标准

诊断“血泡样动脉瘤”的金标准只有两条:一为

手术切除动脉瘤后病理检查证实为瘤壁菲薄的假性动脉瘤;二为直视手术中肉眼或显微镜下通过菲薄的瘤壁可看清瘤腔内流动的血液涡流。

3 影像学诊断,目前没有金标准

目前影像学包括CT、CTA、MRI、MRA、DSA与三维融合影像均不能在术前提出“血泡样动脉瘤”准确诊断。至于高场强3.0 MRI做血管壁断层扫描,即使能看清血管壁分离成夹层,也未必能辨认菲薄的瘤壁。因此,可以说目前尚无影像学诊断“血泡样动脉瘤”的金标准。

4 治疗策略与方法选择

鉴于“血泡样动脉瘤”诊断难、治疗风险大、复发与再出血率高以及病死率和致残率高,治疗宜首选血管内介入治疗,加固修复受损血管壁,保留载瘤动脉与穿支血管通畅。具体治疗方法:①血管内介入治疗。一是采用覆膜支架,选用合适的Willis覆膜支架复盖瘤颈,尽量避开重要穿支血管,如脉络膜前动脉、眼动脉、后交通动脉等。二是采用支架辅助弹簧圈栓塞,或可用多支架重叠覆盖瘤颈。三是采用血流导向支架覆盖瘤颈,也可酌情在瘤腔填入适量弹簧圈加速瘤腔内血栓形成。四是球囊辅助下瘤腔内充填ONYX胶后再置入支架或重叠支架。②直视手术夹闭动脉瘤颈甚或连同载瘤动脉壁与动脉瘤一并夹闭。③动脉瘤包裹术,加固瘤壁,此法虽有可能让病人暂时下手术台或暂时度过危险期,但不符合动脉瘤治疗的基本原则,动脉瘤再增大、再出血的几率很高;近来有作者采用缝合加包裹术,据称疗效好。④动脉瘤孤立术,病人颅内侧支循环良好、并经降血压BOT证实病人能耐受闭塞颈内动脉而行动脉瘤孤立术;若侧支循环代偿不良,先行颅内外高流量搭桥后,再行动脉瘤孤立术。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.05.001

作者单位:430070 武汉,中国人民解放军武汉总医院神经外科、中国人民解放军神经外科研究所、国家级重点学科神经外科(马廉亭)

(2017-04-18收稿)