

. 经验介绍 .

脑梗死为首发症状的大脑中动脉动脉瘤 1 例
并文献回顾

袁 璞 刘保华 聂文臣 熊方令

【摘要】目的 探讨以脑梗死为首发症状的颅内动脉瘤的临床特点和救治经验。**方法** 回顾性分析 1 例以脑梗死为首发症状的大脑中动脉瘤的临床资料,并结合相关文献报道进行总结。**结果** 37 岁男性,以右侧颞叶脑梗死起病,发病 5 d 后突发蛛网膜下腔出血并颞叶血肿,行动脉瘤夹闭、血肿清除及去骨瓣减压术,术中切开动脉瘤,见瘤体内有血栓形成。**结论** 以脑梗死症状首发的颅内动脉瘤大部分都是血栓性动脉瘤,对于出现急性脑梗死、瘤体较大、动脉瘤的长度与动脉瘤的颈宽的比值较大的病人,可以尽早进行外科干预。

【关键词】 颅内动脉瘤;脑梗死;治疗

【文章编号】 1009-153X(2018)01-0041-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 651.1²

多数颅内动脉瘤以自发性蛛网膜下腔出血为首发症状,以脑梗死为首发症状较少见。本文报道 1 例以脑梗死为首发症状的大脑中动脉动脉瘤,并结合相关文献进行分析。

1 临床资料

男性,37 岁,因左侧肢体乏力 1 d 入院。入院时体格检查:神志清楚,双侧瞳孔直径 2.5 mm,对光反应灵敏,言语清楚,对答正确,颈抵抗阴性,左侧肢体肌力 3 级,左侧巴氏征阳性。行头颅 MRI 及 MRA 检查见右侧颞叶脑梗死(图 1A),右侧大脑中动脉分叉部动脉瘤(图 1B)。发病后 4 d 行全脑血管造影,示右侧大脑中动脉分叉部动脉瘤(图 1C)。发病后 5 d,出现神志昏迷,右侧瞳孔散大。复查头部 CT 见右侧颞叶血肿,蛛网膜下腔出血,中线移位(图 1D)。急诊行动脉瘤夹闭、血肿清除及去骨瓣减压术。术中夹闭动脉瘤后,切开动脉瘤,见瘤体内有血栓形成(图 1E)。术后 12 h 复查 CT,见脑梗死面积较前未明显增大(图 1F)。术后予以相关药物治疗,神志逐渐清楚,左侧肢体肌力 3~4 级,进一步康复治疗。

2 讨论

国外文献报道,约 5% 的颅内动脉瘤以脑缺血为首发症状^[1]。而在国内,我们在实际临床工作中所见的比例远低于这个比例。分析原因可能是很多以脑

缺血为首发症状的病人首诊医院为基层医院,难以做血管方面的检查,同时有很多医务人员亦未认识到动脉瘤的首发症状可能为脑缺血。很多学者认为颅内动脉瘤引起脑缺血发作的主要原因是动脉瘤内的血栓形成^[1,2],而且多为宽颈动脉瘤,血流在动脉瘤体内形成涡流,导致瘤内血栓脱落,漂移至载瘤动脉远端,而形成脑梗死。Lawton 等^[3]根据血栓在瘤内的分布、形成原因及动脉瘤的形态特点将血栓性动脉瘤分为 6 种,中央血栓型、偏心血栓型、血栓闭塞型、分叶型、管道型及介入栓塞造成型。血栓闭塞型为慢性病程,瘤颈相对较宽。本文病例病程为急性起病,可以排除为动脉瘤内血栓生长至闭塞载瘤动脉的可能性,极有可能为动脉瘤内血栓脱落至载瘤动脉所致。Jose 等^[4]曾报道 3 例未破裂颅内动脉瘤并进行影像学随访,均为完全血栓形成性颅内动脉瘤,均以动脉瘤囊壁血栓脱落致脑梗死为首发症状就诊,均未予手术治疗,随访 1 年后检查发现动脉瘤永久性闭塞或缩小。但所报道的动脉瘤为相对窄颈动脉瘤,而且瘤体不大。本文动脉瘤瘤体大,术中证实瘤体内有血栓形成。毛颖等^[5]曾研究发现,动脉瘤的长度与动脉瘤瘤颈宽度比值(AR 值)越大,其破裂的风险越大。很多学者认为 AR 值在 1.6~1.8 以上动脉瘤破裂的风险较大。本文病例动脉瘤 AR 值在 2.0 以上,其自然破裂的风险较大。周波等^[6]认为直径 ≥ 12 mm 前循环或后循环动脉瘤破裂的风险非常大,应该考虑积极治疗。本文病人入院等待手术的过程中动脉瘤破裂,出现颅内血肿,脑疝形成,虽经过我们积极手术治疗,病人一般情况良好,但是仍给病人造成了一些不可逆的神经功能损伤,同时增加了病

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.01.016
作者单位:223800 江苏,宿迁市人民医院神经外科(袁 璞、刘保华、聂文臣、熊方令)

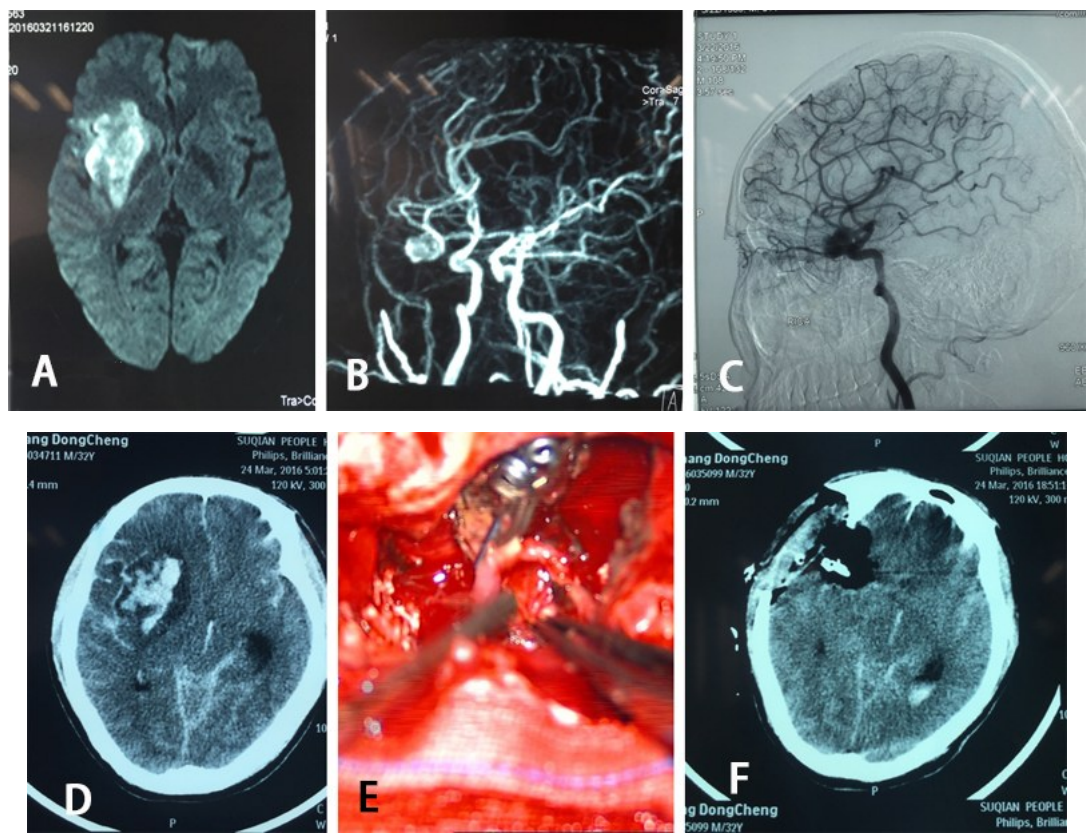


图 1 以脑梗死为首发症状的大脑中动脉动脉瘤手术前后影像及术中表现

A. 术前 MRI 平扫; B. 术前 MRA 可见动脉瘤; C. 术前 DSA; D. 脑脑后 CT; E. 术中切开动脉瘤, 见瘤体内血栓; F. 术后复查 CT

人家庭的经济负担。

近年来,由于神经科医生对于血管方面的检查越来越重视,很多以脑梗死为首发症状的病人在入院早期均做了 MRA、CTA 或全脑血管造影等血管检查,发现大量的未破裂动脉瘤。Yamada 等^[7]曾报道 1 例以颅内缺血为首发症状的病人,在入院后行抗血小板治疗期间出现自发性蛛网膜下腔出血,后证实为前交通动脉瘤破裂。综合复习相关文献报道,我们认为,对于未破裂的 10 mm 以上的动脉瘤,如果出现急性载瘤动脉供血区相关的脑缺血症状时,可能已经出现瘤体形态的变化,导致瘤体内血栓的脱落。同时需要对动脉瘤瘤体形态进行相关的几何分析,对于瘤体较大、AR 值较大的病人,可以尽早进行外科干预,避免动脉瘤破裂出血,导致神经功能受损。

【参考文献】

[1] Nanada A, Vannemreddy PS. Cerebral ischemia as a presenting feature of intracranial aneurysms: a negative prognostic indicator in the management of aneurysms [J]. Neurosurgery,

2006, 58(5): 831-837.

[2] Cohen JE, Itshayek E, Gomori JM, *et al.* Spontaneous thrombosis of cerebral aneurysms presenting with ischemic stroke [J]. J Neuro Sci, 2007, 254(1-2): 95-98.

[3] Lawton MT, Quiñones-Hinojosa A, Chang EF, *et al.* Thrombotic intracranial aneurysms: classification scheme and management strategies in 68 patients [J]. Neurosurgery, 2005, 56(3): 441-454.

[4] Cohen JE, Itshayek E, Gomori JM, *et al.* Spontaneous thrombosis of cerebral aneurysms presenting with ischemic stroke [J]. J Neurol Sci, 2007, 254(1-2): 95-98.

[5] 宋建平,毛颖,宋冬雷,等. 颅内囊性动脉瘤几何特征与破裂风险的关系[J]. 中华医学杂志, 2009, 3: 732-735.

[6] 周波,游潮. 颅内未破裂动脉瘤的治疗现状[J]. 中国脑血管病杂志, 2011, 3: 160-163.

[7] Yamada SM, Nakane M, Aoki M, *et al.* Dissecting aneurysm of the anterior cerebral artery with severe subarachnoid hemorrhage during treatment for cerebral infarction [J]. Intern Med, 2003, 42: 433-435.

(2016-06-16 收稿, 2016-07-07 修回)