

以顽固性头痛、高血压为首发表现的椎动脉动脉瘤 1 例

刘尧发 黄金生 陈文培 吴小龙 杨道明

【关键词】椎动脉动脉瘤;头痛;高血压;栓塞治疗
【文章编号】1009-153X(2018)09-0639-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743.9; R 651.1⁺2

1 病例资料

男,42岁,因反复头痛3年、加剧4 d入住我院心内科。入院前3年,多于疲劳或精神紧张出现头痛,呈阵发性搏动性胀痛,程度轻中度,每次持续数分钟至数小时,休息后可好转。曾就诊于当地医院,测血压偏高,此后多次测血压至少3次非同日血压大于140/90 mmHg,最高达180/120 mmHg,诊为“高血压病3级”,予降压治疗(药名不详),症状缓解,此后未行系统诊治,服药规律,测血压均偏高,头痛症状仍时有发作,无进行性加重。入院前4 d,头痛加重,呈持续性头胀头痛不适,程度中重度,无意识障碍、晕厥。就诊我院心内科,入院测血压156/113 mmHg。术前CTA检查右侧椎动脉V5段动脉瘤(图1A)。在全麻下行颅内动脉瘤栓塞术。先行全脑血管造影检查见右侧椎动脉动脉瘤(图1B),为瘤颈宽的动脉瘤,大小10.5 mm×10 mm,置入LviS3.5×20自膨式支架系统,电解脱弹簧圈填塞动脉瘤腔,复查造影见弹簧圈稳定,动脉瘤显影减少,先部分释放支架以稳定弹簧圈,再次复查造影弹簧圈稳定。6枚弹簧圈栓塞动脉瘤腔,复查造影,确定支架位置稳定及弹簧圈稳定,动脉瘤完全填塞,瘤颈处被弹簧圈覆盖,造影复查动脉瘤消失,完全释放支架时固定弹簧圈,复查造影椎动脉及其分支显影良好,载瘤动脉通畅,动脉瘤消失,弹簧圈稳定(图1C)。术后病人未诉头痛、头晕、恶心呕吐等不适,四肢活动自如,无神经系统功能障碍,认知功能无异常。术后随访3个月,口服降压药血压控制在正常水平,无头痛、头晕、睡眠障碍等不适,工作及生活均正常。

2 讨论

椎动脉动脉瘤占颅内动脉瘤的0.3%~0.9%。后循环动脉瘤目前基本都采用栓塞治疗。支架的应用能保护载瘤动脉,防止弹簧圈的脱出;还可改变动脉瘤流入道及流出道的血流动力学,促进瘤内血栓形成。即使单纯应用支架技术治疗椎-基底动脉未破裂的梭形动脉瘤也是安全有效的措施。本文病例采用支架辅助电解脱弹簧圈栓塞动脉瘤,术中未出

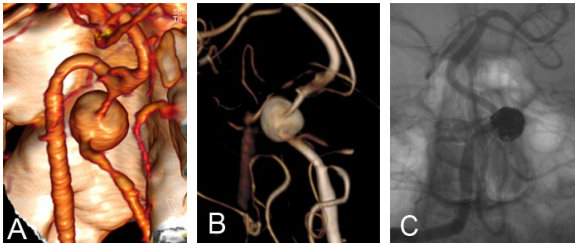


图1 以顽固性头痛、高血压为首发表现的椎动脉动脉瘤栓塞治疗前后影像

A. 术前CTA示右侧椎动脉V5段动脉瘤;B. 术前DSA示右侧椎动脉V5段动脉瘤;C. 术后DSA示椎动脉动脉瘤消失

现动脉瘤破裂及血栓形成。支架的应用在一定程度上降低术后动脉瘤复发率,但远期效果需要进一步证实。

本文病例以头痛、血压升高为主要表现,术前并未证实上述临床症状与椎动脉动脉瘤有密切关系,术后头痛症状基本消失,血压恢复正常(口服降血压药物),术后3 d测血压基本正常,术后3个月回访,血压正常,头痛症状消失,因此可以明确动脉瘤与上述症状关系密切。

延髓是心血管活动的基本中枢,延髓腹侧面结构维持心血管交感紧张性活动的主要部位,对维持动脉血压的相对稳定期重要作用。延髓头端腹侧面外侧部的神经元,其轴突下行直接支配脊髓中间外侧柱的交感前神经元。

本文病例动脉瘤体积较大,直径约1.1 cm,呈类圆形,位于延髓前方(腹侧面),因体积较大,已产生占位效应,造成对延髓的压迫,增强延髓的交感神经活性,导致血压较高,口服降压药物效果不显著。同时,病人头痛为搏动性,考虑增大的动脉瘤随着血管的波动压迫并刺激硬脑膜或周围血管及神经,导致搏动性头痛,术后动脉瘤致密填塞后虽然占位效应存在,但其不能再随血管搏动而刺激周围组织,以上症状随即消失。

总之,临床上遇到顽固性血压升高及顽固性头痛病人,有必要建议病人完善颅脑CTA,以明确椎-基底动脉动脉瘤。本文病例长期头痛、血压升高,综合治疗效果不明显,此次动脉瘤术后病情明显改善,以上症状基本得到控制,所以进一步明确病因治疗对于疾病诊断及治疗很关键。

(2017-07-01 收稿,2017-11-02 修回)