

# 83 例脑动脉瘤临床治疗疗效分析

李焕生 王刚 周从斌 杨水斌 钟俊亮

(江西省湘雅萍矿合作医院 萍乡 337000)

**摘要:**目的:通过回顾性分析我院 83 例脑动脉瘤临床资料,探讨脑动脉瘤的治疗方法。方法:2006 年 10 月~2010 年 4 月,我院对 126 例经颅脑 CT 或 MRI 发现蛛网膜下腔出血(SAH)或疑似动脉瘤的患者行全脑血管造影(DSA)检查,其中 83 例证实脑动脉瘤患者,43 例采用脑动脉瘤夹闭术(开颅组),21 例采用血管内介入栓塞术(介入组),19 例采用内科治疗(内科组)。结果:内科组的死亡率最高,开颅组致残率最高,介入组则死亡率、致残率均最低,三组愈后有明显的差异性。结论:脑动脉瘤介入栓塞治疗成功率最高,并发症少,是一种完全有效的治疗方法。

**关键词:**脑动脉瘤;脑动脉瘤夹闭术;脑动脉瘤介入栓塞术;疗效比较

中图分类号:R 739.41

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.033

脑动脉瘤破裂是自发性蛛网膜下腔出血的主要原因,临床上多有剧烈的头痛,伴恶心呕吐、颈部抵抗明显。因脑动脉瘤的再破裂出血及脑血管痉挛其致残率和死亡率较高,临床治疗较为棘手。动脉瘤的治疗过去以外科开颅夹闭术为主,随着医学影像和介入栓塞技术的进步,目前在欧洲一些医疗中心约 85%的动脉瘤采用介入栓塞治疗<sup>[1]</sup>。该治疗方法能安全有效地治疗颅内动脉瘤,改善患者的生活质量,降低死亡率达到治愈的目的。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 回顾我院 2006 年 10 月~2010 年 4 月 83 例经 DSA 证实的脑动脉瘤患者临床资料。43 例采用开颅脑动脉瘤夹闭术(开颅组),其中男 25 例,女 18 例,年龄 26~72 岁(平均 43.3 岁),有

SAH 38 例(26 例为首次 SAH,12 例为第二次或多次出血),Hunt 和 Hess 分级, I 级 18 例, II 级 15 例, III 级 5 例, IV 级 3 例, V 级 2 例;21 例采用血管内介入栓塞术(介入组),其中男 13 例,女 8 例,年龄 29~76 岁(平均 45.7 岁),有 SAH 18 例(14 例首次 SAH,4 例第二次 SAH),Hunt 和 Hess 分级, I 级 6 例, II 级 11 例, III 级 3 例, IV 级 1 例, V 级 0 例;内科保守治疗 19 例(内科组),男 12 例,女 7 例,年龄 32~80 岁(平均 50.2 岁),有 SAH 19 例,Hunt 和 Hess 分级, I 级 1 例, II 级 6 例, III 级 6 例, IV 级 4 例, V 级 2 例。

**1.2 治疗方法** 开颅组在全麻插管下行开颅脑动脉夹闭术,行额、颞开颅侧裂入路,术后辅以尼莫同 24h 静滴以防止脑血管痉挛。介入组在全麻插管下

因此肝功能 ALT 并不能完全反映乙肝病毒引起的肝损害,单凭 ALT 指标来判断慢性乙肝患者肝脏病变的活动性和程度是不够的。美国肝病研究学会(AASLD)慢性乙型肝炎临床实践指南(2007)认为 HBV-DNA  $\geq 10^5$  拷贝/mL 的患者不仅 ALT 中度以上升高者大部分具备抗病毒指征,ALT 正常或轻微升高( $< 2 \times \text{ULN}$ )的患者,也有相当部分需抗病毒治疗。本文入选 21 病例中 20 例肝组织炎症程度达到 G<sub>2</sub>,按我国 2005 年肝病指南大部分应抗病毒治疗,此结果与美国指南相符,且支持对于 HBV-DNA  $\geq 10^4$  拷贝/mL、 $1 \times \text{ULN} \leq \text{ALT} \leq 2 \times \text{ULN}$  的慢性乙肝患者,大部分具备抗病毒指征,因此肝组织学检查对此类患者抗病毒治疗的选择与否具有重要意义,应重视肝组织病理学检查,将肝活检作为判断肝炎活动性和是否抗病毒治疗的主要依据。

本研究结果显示,HBV-DNA  $\geq 10^4$  拷贝/mL、 $1 \times \text{ULN} \leq \text{ALT} \leq 2 \times \text{ULN}$  的慢性乙肝患者中医证型以肝郁脾虚型、湿热中阻型为主,肝郁脾虚型、湿热中阻型肝组织病理程度以轻度为主,且肝郁脾虚

型与湿热中阻型在肝纤维化分级上存在统计学差异,肝郁脾虚组肝纤维化程度相对为重( $P < 0.05$ )。莫让辉等<sup>[1]</sup>研究显示,慢性肝炎湿热中阻型及肝郁脾虚型的炎症改变及纤维化程度以轻、中度为多。张国良等<sup>[2]</sup>报道:当肝组织炎症为 G<sub>1</sub>、G<sub>2</sub>,纤维化分期为 S<sub>1</sub>、S<sub>2</sub> 时,慢性乙肝中医证型主要为肝郁脾虚和湿热中阻。可见,中医证型具有一定的客观基础,本文中肝郁脾虚患者较之湿热中阻者更宜积极抗病毒、抗纤维化等治疗;对符合本研究入选标准的肝郁脾虚患者更应积极建议行肝组织学检查。另外,莫让辉等<sup>[1]</sup>报道肝郁脾虚型的炎症改变及纤维化程度与湿热中阻型相似,两者比较差异不显著,本文结果与之略有出入,可能与入选标准、统计方法及样本量不同有关,有待进一步深入研究和循证医学的验证。

### 参考文献

[1]莫让辉,甘楚林,梁柱石,等.慢性肝炎中医证型与肝组织病理变化的关系[J].辽宁中医杂志,2006,33(8):918  
[2]张国良,吴其恺,林巧,等.260 例慢性乙型肝炎中医证型与肝组织病理改变的相关性研究[J].中国中西医结合杂志,2007,27(7):614  
(收稿日期:2010-06-29)

# 银丹心脑血管软胶囊治疗气滞血瘀型无痛性心肌缺血疗效观察

董琼芬

(云南省中医医院 昆明 650021)

关键词:银丹心脑血管软胶囊;气滞血瘀;无痛性心肌缺血;临床观察

中图分类号:R 542.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.034

2009 年 1~6 月,笔者采用银丹心脑血管软胶囊治疗无痛性心肌缺血 67 例,经治疗前后 24h 动态心电图检查观察,临床疗效显著。现报告如下:

进行,术中全身肝素化(肝素用量 3 000~5 000U)以防止术中动脉内血栓形成;栓塞治疗时控制性降压,使收缩压在 90~100mmHg;经右股动脉穿刺插管行全脑血管造影,了解动脉瘤的部位、大小、形状、方向,瘤颈状态以及交叉充盈代偿情况,依据动脉瘤体及瘤颈大小而选择不同类型、直径、长度的弹簧圈,直到动脉瘤达到完全致密堵塞。术后服尼莫同控制脑血管痉挛,对于宽颈动脉瘤术后应用低分子肝素抗凝,并口服波立维、阿司匹林抗血小板药物,以防止瘤颈部血栓形成。内科组主要采用降颅内压、止血、尼莫同 24h 持续静滴及脑脊液置换等治疗方法。

## 2 结果

开颅组:治愈 26 例,轻偏瘫 5 例,重度偏瘫 5 例,植物状态 1 例,死亡 6 例;介入组:治愈 20 例,轻偏瘫 1 例;内科组:治愈 5 例,重度偏瘫 2 例,死亡 12 例(其中 6 例是出院后 3 个月~1 年再次出血死亡)。见表 1。内科组死亡率最高,三组死亡率有显著差异性( $P < 0.01$ );开颅组致残率最高,三组致残率有明显差异性( $P < 0.05$ );介入组治愈率最高,三组治愈率有显著差异性( $P < 0.01$ )。

表 1 三组治疗结果比较 例(%)

分组	n	治愈	死亡	致残
开颅组	43	26(60.46)	6(13.95)	10(23.26)
介入组	21	20(95.24)	0	1(4.76)
内科组	19	5(26.32)	12(63.16)	2(10.53)

## 3 讨论

脑动脉瘤为蛛网膜下腔出血(SAH)的主要原因,由于出血所导致的脑血管痉挛使 SAH 有很高的致残率和死亡率。近几年,由于脑血管栓塞技术的发展,使大部分脑动脉瘤患者通过介入栓塞的方法得到彻底治疗,且介入栓塞治疗创伤小,并发症少,效果显著。Nichols 等认为:对于一些临床分级好,患者所在医院具有神经介入专家的情况下,应首先考虑进行弹簧圈介入栓塞治疗<sup>[2]</sup>,说明动脉瘤的介入栓塞是一种安全、有效的治疗方法。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择门诊及住院的 67 例经 24h 动态心电图检查符合无痛性心肌缺血诊断并且中医

颅内动脉瘤破裂传统的治疗方法是外科手术治疗。但由于创伤大,并发症多,尤其是较深部位的病变,如颅内后循环动脉瘤显露困难、手术空间有限、重要结构较多等原因,仍是神经外科医生所面临的难题,其手术死亡率约在 20%。血管内治疗最初被限制在不可手术或手术难以处理的病例<sup>[3]</sup>(主要位于后循环),与手术相比,不用开颅,脑组织较少创伤,病人在短期康复后,可迅速回到工作和生活中去,且该技术通过特殊的导管系统,将三维弹簧圈置入动脉腔内,将其填满,并保留载瘤动脉,因操作在血管内进行,对脑血管干扰少,不影响动脉瘤周围重要结构,一般也不引起脑水肿。国际动脉瘤蛛网膜下腔出血多中心研究表明,对于同时具有手术和栓塞指征的破裂动脉瘤,栓塞与手术比较,其相对和绝对风险降低了 22.6%和 6.9%,显示血管内栓塞是治疗颅内动脉瘤相对安全有效的选择<sup>[4]</sup>。

颅内动脉破裂出血后可继发脑血管痉挛、延迟性脑血管梗死与脑水肿,引起颅内压增高、反射性高血压,诱发再次破裂出血。因此我们认为,脑动脉瘤一经确诊,应尽早进行血管内栓塞治疗,条件有限的患者则行开颅动脉瘤夹闭术预防动脉瘤再破裂出血。脑动脉栓塞治疗是一种介入技术要求较高的微创手术,相对其他介入治疗的风险也较高。手术绝大多数需要在全麻下进行,介入医生、麻醉医生、技术人员和护理之间的配合非常重要。围手术期应采用尼莫同静脉泵有效控制血压,减轻脑血管痉挛所致的脑缺血症状、缩短缺血持续时间。

### 参考文献

- [1] Lindsay KW. The impact of international subarachnoid aneurysm treatment trial (ISPT) on neurosurgical practice[J]. Acta Neurochir, 2003, 145(2): 97-99
- [2] Nichols DA, Brown RD, Meryer FB. Coils or clips in subarachnoid aneurysm[J]. Lancet, 2002, 360(9342): 1262-1273
- [3] Connors JJ, Wojak JC. Interventional neuroradiology [M]. Beijing: Science Press, 2001. 297-298
- [4] 吕明, 吴中学, 李佑祥, 等. 复杂颅内动脉瘤的血管治疗(79 例报告)[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2006, 32(3): 214

(收稿日期: 2010-06-13)