本身的疾病因素包括糖尿病、高血脂、凝血机制异常等也是并发下肢深静脉栓塞形成的原因之一。本组资料中，有70%以上并发下肢深静脉血栓的患者合并有糖尿病、及动脉粥样硬化症。

针对患肢血栓形成，及时的诊断对其预后起着至关重要的作用。因此，一旦发现患者下肢出现疼痛和肿胀，应该高度警惕下肢静脉栓塞的发生。结合患者临床症状，并及时地行患肢彩色多普勒超声检查，根据下肢静脉栓塞的特殊彩超声像图表现，一般不难作出诊断。有文献报道彩超的应用可以将下肢深静脉栓塞的诊断率提高到90%以上[5]。本组资料中，彩超的应用为我们及时诊断和治疗提供了方便。

一旦下肢静脉栓塞诊断确立，此时是否予以正确有效的治疗能明显影响到患肢最后的恢复情况。我们采用尿激酶经患肢静滴溶栓的方法，使得药物直接到达栓塞部位溶栓，使得形成的血栓部分能得以溶解；并且辅以活血化淤药物的治疗，大大促进了栓塞血管的再通，降低了再次栓塞的发生。有报道经股动脉溶栓治疗下肢静脉栓塞亦可取得满意的效果[6]。并且，本组资料提示，溶栓治疗距离发病时间越短，其治疗效果愈佳；若超过3 d后再予以溶栓治疗，则患肢恢复时间明显延长，且其很难达到最佳的治疗效果。另外，在积极的治疗同时，让患者抬高患肢，局部制动并解除各种可能增加腹压的因素，以及当患肢病情稳定后，尽早下床活动等，均对患肢侧支循环的建立起着很重要的作用[7]。

关键词：肾移植；深静脉栓塞；下肢

中图法分类号：R699.206 文献标识码：B

参考文献：

[1] ANDRASSY J, ZEIER M, ANDRASSY K. Do we need screening for thrombophilia prior to kidney transplantation [J]. J Nephrol Dial Transplant, 2004, 19(Suppl 4): iv64-68.
[2] YU LI-XIN, LI CHUAN-JIANG, DENG WEN-FENG. Deep venous thrombosis in the lower extremities following renal transplantation: causes and management[J]. J First Mil Med Univ, 2004, 24(12): 1342-1345.
[3] ABBOTT K C, CRUESS D F, AGODOA L Y, *et al*. Early renal insufficiency and late venous thromboembolism after renal transplantation in the United States[J]. Am J Kidney Dis, 2004, 43(1): 120-130.
[4] 李川江，王立新，邓文锋. 肾移植术后下肢深静脉血栓38例分析[J]. 实用医学杂志，2005，21(18)：2072-2073.
[5] CAPPELIEZ O, PEETRONS P, CRETEUR V. Current methods in the diagnosis of deep venous thrombosis of the lower limbs[J]. Rev Med Brux, 1996, 17(3): 127-131.
[6] 胡 启，张龙生，才让草. 经股动脉大剂量尿激酶融栓治疗急性下肢静脉栓塞22例疗效观察[J]. 中华实用医药杂志，2005，5(13)：34.
[7] 刘亚文，王玲玉，茹 玉. 妇科手术后下肢深静脉栓塞患者的护理[J]. 护理研究，2005，19(3)：519-520.

（编辑 栗 嘉）

文章编号：1000-5404(2006)20-2105-02

经验交流

42例临床拟诊为偏头痛患者的全脑血管造影结果分析

赵 瑾[1]，迟路湘[1]，诸兴明[2]，陈康宁[1]，史树贵[1]，范文辉[1]
（[1]第三军医大学西南医院神经内科，重庆市介入脑血管病学研究所，重庆 400038；[2]解放军第101医院神经内科，无锡 214044）

偏头痛是一种临床常见疾病，其重要病因之一就是颅内外脑血管病变，有时常规的CT、MRI不能有效的反映血管病变，我们应用数字减影全脑血管造影（DSA）技术对我科42例临床拟诊为“偏头痛”的住院患者进行了检查并对结果进行了临床分析，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2003年2月至2005年7月本科收治的临床拟诊为偏头痛而行DSA的住院患者共42例，其中男性18例，女性24例，年龄9~66(41.02±4.37)岁。符合国际头痛协会2004年制定的对偏头痛的诊断标准（ICHD-Ⅱ）。

作者简介：赵 瑾（1978-），女，河南省洛阳市人，硕士，主要从事缺血性脑血管疾病介入诊断和治疗方面的研究。电话：13527525132
通讯作者：迟路湘，电话：(023)68754154
收稿日期：2005-10-17；修回日期：2006-04-07

1.2 方法

采用改良的Seldinger技术。局麻下右侧股动脉穿刺，穿刺成功放入动脉鞘后，在导引导丝的引导下使用Pigtail和Vertebral导管，在汤氏位和侧位行主动脉弓、颈总动脉分叉处、两侧颈内动脉、椎基底动脉及全脑血管造影。造影剂为优维显，主动脉弓造影注射造影剂速度16 ml/s，总量18 ml；两侧颈内动脉造影注射造影剂速度6 ml/s，总量7 ml；椎基底动脉造影注射造影剂速度5 ml/s，总量6 ml。上述造影条件可以保证动脉清晰显影，且双侧动脉显影条件一致。对可疑血管病变，常规造影不能明确者，增加多角度斜位造影。怀疑有血管痉挛的部位，局部注射罂粟碱，重复血管造影，以确认血管痉挛或闭塞性改变。

2 结果

2.1 一般结果

42例因偏头痛行DSA的患者阳性12例，占总病例数的

28.57%。其中男性5例,女性7例,年龄9~64(49.67±9.97)岁。

2.2 阳性结果及其与发病年龄、血管分布的关系

左侧大脑中动脉3例,分别为:左侧大脑中动脉动静脉畸形,患者36岁,表现为左侧头痛6年余,头痛发生与血管异常分布范围有一致性;左侧大脑中动脉先天发育不良,患者57岁,头痛40年余,位于眶上、眶后、额颞部,偶为顶部及枕部,头痛发生与血管异常分布范围一致;左侧大脑中动脉M1段异常血管网,患者9岁,头痛5个月,表现为右侧后枕部、颞部、额部疼痛,头痛发生与血管异常分布范围不一致。

左侧大脑前动脉1例,为左侧大脑前动脉先天性细小,患者39岁,表现为后枕部疼痛30年余,头痛发生与血管异常分布范围不一致,患者母亲、祖母有类似头痛发作史。

左侧大脑后动脉1例,为左锁骨下动脉近端闭塞,左锁骨下动脉盗血,双侧小脑上动脉显影差,左侧大脑后动脉未显影,患者67岁,头痛10年余,头痛位于双侧太阳穴,行左锁骨下动脉置换术后患者未诉头痛。此患者有高血压病史。考虑头痛主要与左锁骨下动脉盗血影响椎动脉供血有关,头痛发生与血管异常分布范围一致。

右椎动脉3例,分别为:右椎动脉颅内段狭窄、梭形动脉瘤,患者62岁,头痛30年余,表现为后枕部疼痛,行动脉瘤栓塞术后患者未诉头痛,分析头痛原因为动脉瘤形引起,头痛发生与血管异常分布范围一致;右侧椎动脉较细,左颈外动脉起始处狭窄,左颈内动脉起始处内膜病变,患者58岁,头痛6个月余,表现为前额,两颞侧疼痛,头痛发生与血管异常分布范围一致;右侧椎动脉缺如,患者53岁,头痛2年,表现为顶部头痛,头痛发生与血管异常分布范围一致。

双侧椎动脉2例,分别为:双侧椎动脉尤其左侧椎动脉较细,右颈总动脉及锁骨下动脉自头臂干分出后行径明显扭曲,且扭曲处搏动明显,患者57岁,头痛10年余,表现以右侧颞顶部疼痛为主,头痛发生与血管异常分布范围一致;双侧椎动脉发育异常,基底动脉,大脑后动脉明显缩小,左侧小脑下后动脉明显增粗,患者50岁,头痛40年,表现为额枕部疼痛,头痛发生与血管异常分布范围一致,患者母亲有类似头痛发作史。

颅外动脉2例,分别为:右侧椎动脉在平颈2水平发出1条动脉支配颅外枕区,患者48岁,头痛20年,表现以前额部疼痛为主,头痛发生与血管异常分布范围不一致;右侧椎动脉迂曲,双侧颈内动脉起始段内膜夹层,患者64岁,头痛3年,表现为头顶部疼痛,行左侧颈内动脉支架植入术后患者未诉头痛缓解,考虑患者头痛未缓解是否与右颈内动脉内膜夹层有关。

2.3 规律性分析

12例DSA造影阳性患者,左侧大脑中动脉3例,左侧大脑前动脉1例,左侧大脑后动脉1例,右椎动脉3例,双侧椎动脉2例,颅外动脉2例。有9例头痛发生与血管异常分布范围有一致性,3例头痛发生与血管异常分布范围不一致,且均为先天性血管发育异常患者。2例患者母亲有长期头痛病史,男女各1例,均为幼年起病。先天性血管发育异常7例,3例成年后起病,4例幼年起病。先天性血管发育异常伴后天血管疾病4例,均为成年后起病。后天性血管疾病1例,成年后起病。5例患者可行手术治疗(占总病例数的11.9%),3例患者行手术治疗,2例术后患者诉头痛缓解。1例为双侧病变,行单侧手术后患者未诉头痛缓解。

3 讨论

颅内外脑血管病变可引起偏头痛,头部对疼痛敏感的血管有颅外动脉,硬脑膜前动脉及中动脉、椎-基底动脉主干等。颅内小血管无或很少感觉神经纤维分布,对疼痛不敏感。

脑血管收缩与扩张失调、局部脑血流不平衡,引发脑内一系列化学变化,使致痛物质如P物质、神经激肽A、5-羟色胺、降钙素基因相关肽(CGRP)等增加也可产生头痛。

出血性脑血管病可因颅内压增高、脑膜受刺激、血管活性物质及红细胞、血红蛋白刺激而致头痛。缺血性脑血管病可因脑供血不足,颅外或颅内部分血管代偿性扩张而产生头痛。脑血栓形成头痛的性质取决于血压的波动、颅内压的高低及动脉硬化的程度。脑动脉粥样硬化可引起脑组织弥漫性缺氧,致高级神经活动障碍,反射性产生血管舒缩功能障碍而引起头痛。动脉瘤可因瘤体扩大、痉挛或瘤壁渗血刺激血管周围痛觉神经组织引起头痛。由于动脉内膜纤维肌性结构不良及微血栓形成而导致局部缺血、缺氧,无氧代谢酸性物质增加,机体内环境变化而使神经递质信息发生紊乱而导偏头痛发作。动脉夹层也可因血压突然变化时动脉壁撕裂以及血管扩张刺激血管周围痛觉神经组织引起头痛[1]。

偏头痛被认为是卒中的危险因素之一[2]。有研究表明心脏病、卒中、偏头痛三者可能存在某种相同的血管病因素[3]。部分动脉瘤破裂前有和偏头痛临床特点非常类似的头痛现象,Valenca等[4]对78例诊为偏头痛或紧张性头痛的患者行CT检查,发现2.6%的患者有未破裂的动脉瘤。Battistella等[5]对34例经血管造影或磁共振血管成像确诊Moyamoya病的患者进行分析,发现7例表现为类似的偏头痛。有研究表明,在临床上诊断为蛛网膜下腔出血的482例患者中,12%的患者最初被误诊,其中包括36%的患者被误诊为偏头痛或紧张性头痛,而误诊的主要原因为未及时行CT检查[6]。

通过DSA检查,我们推断临床上拟诊为偏头痛的患者部分头痛是由于脑血管畸形或发育异常所致,部分头痛是继发于动脉瘤,动脉夹层等疾病。单纯脑血管畸形或发育异常部分在幼年时就表现为头痛,也可在成年以后在并发其他脑血管疾病或全性疾病的同时表现出头痛症状,通过治疗其并发疾病使头痛得到缓解或痊愈可部分证明我们的推断。但血管异常分布范围不一致的头痛是否一定由异常的血管引起的,以及与异常血管分布范围的不一致可否用颅内供血不足,颅外或颅内部分血管代偿性扩张,血流增加等理论来解释,都有待进一步的研究。

关键词:偏头痛;数字减影血管造影术;脑血管造影

中图法分类号:R741.04 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] BUTTINELLI C, SPANLLONI A, FIESCHI C, *et al*. Migraine and arterial dissection in a young woman[J]. Neurol Sci, 2001, 22(3):

275-278.

[2] CAROLEI A, MARINI C, De-MATTEIS G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young[J]. Lancet, 1996, 347(9014): 1503-1506.

[3] PIERANGELI G, CEVOLI S, ZANIGNI S, *et al*. The role of cardiac diseases in the comorbidity between migraine and stroke[J]. Neurol Sci, 2004, 25 (Suppl 3): S129-S131.

[4] VALENCA M M, VALENCA L P, MENEZES T L. Computed tomography scan of the head in patients with migraine or tension-type headache[J]. Arq Neuropsiquiatr, 2002, 60(3-A): 542-547.

[5] BATTISTELLA P A, CAROLLO C. Clinical and neuroradiological findings of moyamoya disease in Italy[J]. Clin Neurol Neurosurg, 1997, 99 (Suppl 2): S54-S57.

[6] KOWALSKI R G, CLAASSEN J, KREITER K T, *et al*. Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid hemorrhage[J]. JAMA, 2004, 291(7): 866-869.

(编辑 周 芳)

文章编号:1000-5404(2006)20-2107-02

经验交流

全身伽玛刀治疗上腔静脉综合征8例近期疗效分析

邓越峰,汪艺宏 (解放军第180医院伽玛刀治疗研究中心,泉州 362000)

上腔静脉综合征(superior vena cava syndrome, SVCS)是由于各种病因导致完全性或不完全性上腔静脉血液回流受阻,从而引起的一组急性或亚急性临床综合征。该综合征的治疗方法通常是脱水、激素治疗、普通放疗和化疗。但这些治疗疗程长、症状缓解慢、毒副作用大、部分重症、高龄、体弱患者难以接受。我院自2002年8月以来,应用全身伽玛刀治疗肺癌伴肺门、纵隔淋巴结转移癌伴发SVCS病例8例,取得显著疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

自2002年8月开始,共收治肺癌伴肺门、纵隔淋巴结转移癌伴发SVCS病例8例,其中男性6例,女性2例,年龄42-79岁。Karnofsky评分40-80分。经病理诊断确诊小细胞肺癌(SCLC)2例,非小细胞肺癌(NSCLC)3例;影像学诊断确诊肺癌伴肺门、纵隔淋巴结转移癌3例。CT增强扫描显示弓上阻塞5例,弓上及弓下均阻塞3例。阻塞原因:1例为肺癌肿块直接侵犯挤压所致,其余7例均因肺门及纵隔淋巴结转移癌所致。

1.2 方法

治疗前采用PQ-5000型螺旋CT增强扫描行三维立体定位,扫描层距5 mm。定位后采用γ-TPS计划系统拟定治疗计划,以55%-60%等剂量曲线包绕治疗部位,周边剂量:SCLC 400 cGy/(d·次),共治疗10次,总剂量4 000 cGy,NSCLC 420 cGy/(d·次),共治疗10次,总剂量4 200 cGy;治疗中观察SVCS临床症状减轻程度,治疗后1个月以PQ-5000型螺旋CT复查胸部CT并与治疗前对比分析。

2 结果

本组7例患者在治疗3-4次后,咳嗽、咯痰、呼吸困难、颜面部水肿等症状、体征均有不同程度减轻,结果见表1。

表1 伽玛刀治疗对SVCS临床症状、体征的影响(例)

症状、体征	治疗前发生例数	治疗后变化			
		消失	减轻	无变化	加重
呼吸困难	8	6	1	0	1
咳嗽、咯痰	8	3	4	0	1
颈部肿物	2	1	0	1	0
颜面部水肿	7	6	0	1	0
上肢水肿	6	4	1	1	0
憋闷	4	2	1	0	1
声带麻痹	3	0	2	1	0
Horner综合征	2	0	2	0	0

治疗结束后1个月,1例患者死亡。螺旋CT增强扫描观察治疗病灶影像学变化结果见表2。疗效标准按WHO肿瘤即期疗效标准进行评价[1]。

表2 伽玛刀治疗后影像学变化

治疗前肿瘤直径(cm)	病灶数	CR	PR	NC	PD
<3	1	1	0	0	0
3-5	5	2	2	1	0
>5	2	0	2	0	0

3 讨论

上腔静脉位于上纵隔右前方,上接左右无名静脉,下汇入右心房,全长7-8 cm,有轻度右凸弯曲,管壁薄,压力低,易被临近肿块压迫而产生静脉回流障碍,右上肺癌、纵隔肿瘤、胸腺瘤、甲大甲状腺癌等均可引起上腔静脉压迫综合征[2]。本征发展迅速,临床表现除原发病变外,主要为颜面、颈部及上肢肿胀,上半身皮下静脉怒张,阻塞发展较快时可出现呼吸困难(喉头水肿所致)及头痛、恶心、视物模糊等颅内压增高症状,甚至可产生致命性脑水肿。一旦出现SVCS,绝大多数患者在短期

作者简介:邓越峰(1977-),男,重庆市人,医师,主要从事恶性肿瘤放射治疗方面的研究。电话:(0595)28919354

收稿日期:2006-05-16;修回日期:2006-09-10