DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.12.001
第24卷第12期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 12
2002年12月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Dec. 2002

文章编号:1000-5404(2002)12-1383-02

专家论坛

神经内科医师应重视脑血管疾病的血管内治疗

Neurologic doctors should pay attention to endovascular treatment of cerebrovascular disease

陈康宁 (第三军医大学附属西南医院神经内科,重庆 400038)

脑血管疾病的治疗可谓纷繁复杂。而真正被证明有效的治疗却寥寥无几。1989年WHO颁布了第一个脑血管病的指南(Guideline),这为广大的神经内科医生采纳,并取得了明显的疗效。从此以后,人们在实践中不断的摸索和总结,先后又发表了与地区区域相关的近40个各种各样的指南。在这些指南中比较有代表性的有美国卒中协会(ASA)脑血管病治疗指南、意大利指南、英国皇家医学会脑血管病指南、欧洲卒中促进会(EUSI)脑血管病建议及新加坡国家指南等。我国的神经科学者也不甘落后,在一大批科学工作者孜孜不倦的努力下,今年有了我国的第一个脑血管病的指南。我们可以说脑血管病的诊治现在才真正的进入了一个规范的、科学的、有效的可持续发展的辉煌的时代。

急性脑血管疾病治疗指南是可持续发展的指南,这就意味着我们应该用科学的态度、严谨的思维及切实可行的方法去探索脑血管病的新的治疗措施,不断的完善指南,而不能拘泥于现有的指南。人们有理由相信,随着基础医学研究的发展,随着人们对脑血管病病理生理机制认识的不断深入,随着其它相关学科(如神经放射学、特殊物理材料学、神经药理学等)发展,有更多的诊治方法将完善各种指南。脑血管疾病的血管内治疗可能就是其中之一。它以其操作简单、安全,疗效好、起效快的初貌让世人刮目相看[1]。

血管内治疗技术是介入放射治疗技术的重要组成部分。1968年,世界"介入放射之父"Dotter报道了首例经皮血管成形术(Percutaneous transluminal angioplasty, PTA)。到1974年,Cruntzig又发明了球囊成形术(Balloon angioplasty),标志着血管成形术的开始,以后又有了支架成形术(Stenting angioplasty)等[1,2]。应该说血管内治疗技术的发展是随着冠状动脉血管内治疗及外周血管病(尤其是狭窄形疾病)血管内治疗的发展而不断的发展和完善。血管内治疗应用于神经系统疾病的治疗则较晚,而开始主要是由神经外科医师来实施,主要用于动脉瘤、动静脉畸形、动静脉瘘及颅内某些肿瘤的治疗。大家知道,缺血性脑血管病的绝大部分患者首先是就诊在神经内科,溶栓治疗时间窗的要求,使得越来越多的神经内科医师也不得不介入了血管内治疗。起初神经内科医师只是简单的行超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗,但是溶栓后的治疗(如经皮血管成形术支架、成形术)给神经内科医师提出了更高的要求。所以,如果说过去神经内科医师是不得不介入血管内治疗。那么21世纪以后,随着脑血管疾病发病人数的增加,同时人们对自身生存及生存质量要求的提高,无容置疑地血管内治疗应该是每一个神经内科医师应该掌握的基本技能!

血管内治疗是介入放射治疗技术中重要组成部分,它包括很多的技术。而神经内科医师常用的血管内治疗有:

1 超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗

过去的20几年,我们为溶栓可为做了不懈的努力,从药物到治疗时间窗,从给药的途径到给药的方法。遗憾的是到今天为止,没有一个是被寻证医学所接纳的。在美国及欧洲的中风诊断治疗指南中明确了溶栓治疗的时间窗及推荐的药物。起病后3 h以内,超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗能大大地降低中风的致残率及死亡率,而且并发出血的发生率很低。

作为超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗,它的适应症有[3~6]:①发病了6 h以内,基底动脉的溶栓可以延至发病以后48 h;②CT或MRI检查没有梗死和出血表现;③血管造影证实颅内血栓及部位;④血压不过高(SP<210 mmHg, DP<110 mmHg)有的作者还提及,对于大脑中动脉卒中的患者^{133}Xe-SPECT检查显示脑血流(Cerebral blood flow, CBF)残余大于15 ml·100 g^{-1}·min^{-1}超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗常用药物有尿激酶、rt-PA等。

现在,为了防止溶栓后的血管再闭塞,有人建议溶栓以后同时行经皮血管成形术和/或支架成形术。

2 经皮血管成形术和支架成形术

经皮血管成形术和支架成形术的主要适应症为[7,8]:①血管造影显示血管狭窄> 70%;②临床表现与造影显示的病变部位一致;③药物治疗无效;④具有多种疾病的共同致残率;⑤颈内动脉内膜切除术以后再狭窄;⑥颈内动脉分叉过高;⑦颈内动脉放射损伤性狭窄;⑧长段的动脉狭窄。主要的禁忌症为急性期脉管炎。

经皮血管成形术和支架成形术中,支架成形术中成形术的适应症比较广泛。

目前经皮血管成形术和支架成形术主要用于神经内科的短暂脑缺血发作(TIA)及可逆性缺血性神经损伤(RIND)及症状性颅内(外)动脉狭窄。

3 静脉窦逆行灌注

这是由Frazee在1998年首先提出[9]。该作者认为在大脑中动脉病变时,可以利用脑的静脉系统有丰富的侧枝循环且缺乏瓣膜这一特征,通过大脑静脉系统向脑组织逆行送血液及保护液来支持营养神经细胞。该作者在动物实验证明能够有效的保护神经细胞。

超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗现在已在一些医院实施,它避免了全身用药带来的出血、选择性差、不能及时观察疗效(血管的再通)等弊端[10]。我们可以想象,用这种方法,还可以治疗神经系统的其它疾病,如选择性的给抗肿瘤药物、抗生素等。经皮血管成形术和支架成形术有着广泛的前景,我们知道就缺血性脑血管病,目前有这样一些问题:①缺血性卒中的复发率很高;②在缺血性卒中中,很多患者的血管阻塞是由于颅外的栓子造成的,这些颅外的栓子一部分是来自心脏,而很大一部分是来自颈内动脉;③人们以前很关注血管闭塞导致的脑梗塞,而忽视了血管狭窄导致的脑梗塞(动力型脑梗塞)。我相信,由于

作者简介:陈康宁(1964-),男,四川省雅安市人,博士,副主任医师,副教授,主要从事血管病及综合医院情绪(或)障碍防治方面的研究,发表论文30余篇。电话:(023)68754154

收稿日期:2002-09-30;修回日期:2002-10-15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

经皮血管成形术和支架成形术的应用，会很大程度上解决以上的问题。尤其现在，血管内治疗的器械、材料越来越先进，大大的降低了治疗过程中的血管损伤及栓子脱落的危险。以前，血管内治疗的技术主要是神经外科医生掌握的技术，而缺血性脑血管病都是在神经内科就诊，神经内科医生掌握这一技术，将进一步提高缺血性脑血管病的疗效，降低缺血性脑血管病的致死率、致残率及复发率。我们有理由相信，由于血管内治疗在神经内科的广泛应用，缺血性脑血管病的治疗将上一新的台阶。

当然，我们必须强调的是血管内治疗在神经内科中的应用还很年轻（超选择性脑动脉内接触性溶栓治疗稍年长一些），有很多问题还需要我们在实践中不断的摸索、总结、发展。我不希望看到"有条件要上，没有条件也要上的"不科学和缺乏责任心带来的"轰轰烈烈"的血管内治疗的场面，我也不希望看到，神经内科医师在新的时期患者给我们提出了更高需要、科技给我们提供了新治疗可能的时候，我们仍然视而不见。

关键词：脑血管疾病；血管内治疗
中图法分类号：R743 文献标识码：A

参考文献：

[1] Gomez C R. Carotid angioplasty and stenting: new horizons[J]. Curr Atheroscler Rep, 2000, 2(2): 151—159.
[2] Yadav J S. Management practices in carotid stenting[J]. Cerebrovasc Dis, 2001, 11(1): 18—22.
[3] Whitaker J N. Medical and endovascular therapy for intracranial atherosclerotic vascular disease[J]. Arch Neurol, 2001, 58(10): 1 692—1 693.
[4] Castellan L, Causin F, Perini S. Exdovascular treatment of carotid stenosis [J]. Radio Med, 2001, 101: 348—354.
[5] Castellan L, Causin F, Perini S. Endovascular treatment of carotid stenosis [J]. Radiol Med (Torino), 2001, 101(5): 348—354.
[6] Niwa J, Kubota T, Chiba M, *et al*. Acute surgical and endovascular therapy for stroke: especially patients with brain infarction[J]. No Shinkei Geka, 2000, 28(6): 499—504.
[7] Huang Hellinger F R, Morris P P, Buonanno F S, *et al*. Intraarterial thrombolysis for the treatment of acute stroke[J]. Intervertional Neuroradiol, 1997, 3: 43.
[8] Frazee J G, Luo X, Luan G, *et al*. Retrograde transvenous neuroperfusion: a back door treatment for stroke[J]. Stroke, 1998, 29(9): 1 912—1 916.
[9] Mori T, Kazita K, Mori K. Cerebral angioplasty and stenting for intracranial vertebral atherosclerotic stenosis[J]. AJNR, 2000, 21: 787—789.
[10] Gomez C R, Misra V K, Campbell M S, *et al*. Elective stenting of symptomatic middle cerebral artery stenosis[J]. AJNR, 2000, 21: 971—973.

（编辑 汪勤俭）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2002)12-1384-01

动眼神经鞘瘤 1 例

A case report of schwannoma of oculomotor nerve

罗春霞，陈康宁，李露斯 （第三军医大学附属西南医院神经内科，重庆 400038）

患者，女性，15 岁。因右眼睑下垂 8 年，右眼球固定，复视 3 年于 2001 年 7 月 30 日收住院。入院后神经系统检查，视力：（远）左眼 0.9，右眼 0.3，（近）左眼 1.2，右眼 0.2。眼底正常，右眼睑下垂，眼裂 8 mm，左眼裂 15 mm，右侧瞳孔散大，直径 6 mm，直接及间接光反射消失，左侧瞳孔直径 3 mm，右眼球固定，外展露白 14 mm，内收露白 6 mm，上下视不能，有复视，右眼稍突。右侧面部痛觉减退，角膜反射敏感。

辅助检查：腰穿示脑脊液清亮无色透明，初压 130 mmH_2O，细胞总数 48×10^9/L，白细胞数 12×10^9/L，蛋白 2.0 g/L，糖 3.2 mmoL/L，氯 122 mmol/L。全脑血管造影检查、眶后到颅中窝段 CT 及头颅 MRI 平扫均未见异常。头颅 MRI 薄层扫描示右侧海绵窦区颈内动脉外上方一病灶显示，形态不规则，大小 0.5 cm×0.7 cm×1.2 cm，界限清楚。病灶显示长 T1 长 T2 信号，注射造影剂后，有强化征象显示。临床诊断：海绵窦综合征。于 2001 年 10 月 15 日在神经导航定位下行肿瘤全切术。

术中所见：病灶组织与正常组织界限存在，起源于动眼神经，边界清楚，质地中，予以分块切除，逐步基本完全切除病灶约 10 g。术后诊断：右动眼神经鞘瘤。

病理诊断：神经鞘瘤。

术后坚持服用 B 族维生素、ATP 片至今，随访见上睑下垂有所改善。

作者简介：罗春霞（1976—），女，重庆市永川县人，医师，主要从事脑血管病方面的研究。电话：（023）65498301

收稿日期：2002-07-15；修回日期：2002-10-05

讨论

动眼神经鞘瘤是起源于动眼神经鞘膜细胞的良性肿瘤。甚罕见，经文献检索仅见 16 例报道[1]。好发于动眼神经海绵窦段，各年龄均可发病，最小一例为 6 岁，男女发病比例无明显差异。其临床表现为：①动眼神经麻痹。②高颅压。（3）邻近结构受侵的相应表现。辅助检查：腰穿可有颅压增高，蛋白增高。头颅 CT 或 MRI 可有阳性发现。亦见有以眼肌麻痹型偏头痛为临床表现及无症状的动眼神经鞘瘤报道。常需与脑干肿瘤、鞍区颅咽管瘤、脑膜瘤等鉴别。本例病例以海绵窦综合征为临床表现，根据临床症状，体征定位明确，但头颅 CT 及 MRI 平扫、脑血管造影均未在影象学上发现病灶，通过头颅 MRI 薄层扫描发现病灶。说明在根据临床表现准确定位的基础上头颅 MRI 薄层扫描对诊断微小病变的重要意义。动眼神经鞘瘤由于其位置深在，临近结构复杂，手术常不易切除，神经导航系统增加了术中定位的准确性，减少了对临近结构的损害。术后坚持长期服用 B 族维生素、ATP 等神经营养剂对神经损伤的修复有一定帮助。

关键词：动眼神经鞘瘤
中图法分类号：R730.264 文献标识码：B

参考文献：

[1] Asaoka K, Sawamura Y, Murai H, *et al*. Schwannoma of the oculomotor nerve: a case report with consideration of the surgical treatment[J]. Neurosurgery, 1999, 45(3): 630—633; discussion 633—634.

（编辑 汪勤俭）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net