

宝高医神经外科：精准治愈大脑的定时炸弹——颅内动脉瘤

颅内动脉瘤？是颅内动脉壁的囊性膨出，是造成蛛网膜下腔出血的首位病因，在脑血管意外的病因中则仅次于脑血栓和高血压脑出血，位居第三。本病好发于40—60岁中老年人。

问：医生们常把颅内动脉瘤称为不定期炸弹，因为它随时都有可能破裂，导致病人的死亡，那什么是颅内动脉瘤呢？

答：脑血管丰富，如果血管在生长发育过程中发生异常，在血液长期冲击下，血管壁就会变薄，逐渐膨出产生动脉瘤，如果长在颅内，就叫做颅内动脉瘤。

问：患颅内动脉瘤的人多吗？

答：我国没有进行过这方面的调查，不过患颅内动脉瘤后的治疗率不到5%，因为其常常被误诊、误治。

问：患颅内动脉瘤后有哪些危险？

答：动脉瘤就像一个汽球，有一定的承受能力，当承受不住时就会破裂，导致脑出血。

问：患颅内动脉瘤都有哪些症状？

答：动脉瘤大小不同，症状不一。

问：哪些原因会导致颅内动脉瘤的破裂？

答：血压增高、情绪激动等。

问：那么到底如何早期诊断、治疗颅内动脉瘤呢？

答：CT或磁共振血管成像检查就可以发现颅内动脉瘤。

问：通过这两种检查就可以确诊动脉瘤吗？

答：CT或磁共振血管成像检查的分辨率为1—2毫米以内，如果动脉瘤大小或比较复杂，就只能通过血管造影检查来确定。

问：请问没有破裂的动脉瘤是否一定需要治疗？

答：如果临床诊断是颅内动脉瘤，即使没有破裂也需要进行治疗，因为它随时都有可能破裂。

问：脑出血病人是否一定要做脑血管造影检查？

答：如果是蛛网膜下腔出血，就必须做脑血管造影检查，如果是高血压引起的脑实质内出血就不需要进行检查。

问：如何治疗颅内动脉瘤呢？

答：主要有开颅手术和介入栓塞两种方法。

颅内动脉瘤不是真正意义上的肿瘤，只是血管壁薄弱，鼓起了一个泡。这个泡可能有两个来源：一是先天缺陷，正常人的血管壁通常是三层，颅内动脉瘤患者的血管壁却是两层，中间的内膜弹力层是没有的；二是后天影响，如长期休息不好、疲劳、烟酒过度、受到剧烈刺激等。

医学界公认的学说是大多数患者有先天缺陷，但起病一定有外在的诱因。譬如休息不好，血管壁会慢慢鼓起来，逐渐形成一个泡，如果突然哪天特别兴奋，或者发脾气，又或者非常疲劳，就可能促使这个泡破裂。

有时候不到破裂的那一天，患者恐怕都很难发现自己的脑子里长了个动脉瘤。颅内动脉瘤患者在平时基本没症状，极个别瘤子长到2、3厘米了患者才可能感觉疼痛，又或者是瘤子压到动眼神经，导致眼睑下垂才能发现。多数病人没有明显症状出现就发生破裂出血，表现为剧烈性头痛或者昏迷，等到这个时候再来救，就只能看运气好不好了。

宝高医专家建议：

如果不幸发生颅内动脉瘤破裂出血，患者家属要立刻联系就近医院抢救，并让患者平躺，不要胡乱搬动，同时开窗通风，有条件的可以让患者吸氧。若能及时诊断和抢救，手术的成功率会比较高。但出血多少对神经功能会有不同程度的影响，即使动脉瘤被治愈了，受损的神经功能也可能无法逆转。而且，患者的病理因素并未改变，一旦恢复不健康的生活方式，又可旧病复发。

病例一

63岁的李大妈，今年1月26日因头晕、头痛、恶心6小时入住我院，诊断为颅内动脉瘤，在我院接受颅内动脉瘤夹闭术，术后肢体功能恢复良好，步行出院。

病例二

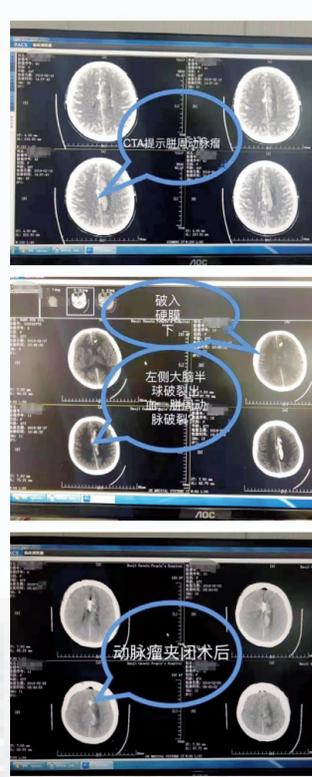
69岁的闫大妈，突发头晕、恶心、反复呕吐入住我院，行CT提示左侧小脑出血并破入脑室系统，在我院接受颅内动脉瘤夹闭术。术后恢复良好，言语正常，四肢活动好，大小便正常，目前已康复出院。

病例三

47岁的王阿姨，早晨刷牙时突然言语不清，右侧肢体活动不灵，恶心、呕吐，小便失禁，家人立即送往医院，CT提示硬膜下血肿，大脑镰少量出血，极易被误诊，我院医生认真分析患者各方面数据，迅速成功诊断为动脉瘤，全麻下行颅内动脉瘤夹闭术，目前为康复期，生活可自理。

病例四

64岁的马阿姨，因头痛5小时，意识不清30分入住我院，诊断为颅内动脉瘤，在全麻下接受动脉瘤夹闭术，目前已康复出院。



“首屈一指”的艺术

撕脱皮肤呈条索状，毛细血管反应消失，主动屈指活动受限。接到患者信息后，张伟主任迅速和他的团队进行手术讨论，经过交流后立即决定在臂丛麻醉下行左手环指外伤清创，血管神经肌腱关节囊探查修复以及皮瓣修复术。他们明白这个方案可以最大程度减少患者痛苦，减轻患者负担，术后手指也会比较美观。术前准备工作就绪，手术室护士立即关节尺背侧创缘皮肤呈烧伤伤痂，马推床接韩师傅来到手术室，张伟主任和他的团队已经早早就位。麻醉后，取仰卧上肢外展位，常规清创后，见左环指神经、血管、肌腱、关节囊、指骨等重要组织外露。修复血管神经肌腱后，于左手第3掌背皮动脉为蒂的手背逆行岛状皮瓣修复创面，沿皮瓣轴心血管走形切开皮瓣至浅筋膜层，切取皮瓣蒂部筋膜，然后以第3指蹼相邻掌骨头踝连线中点为旋转点，将皮瓣轻柔牵至左环指创面，皮瓣供区皮肤拉拢缝合，彻底止血剪短缝合皮瓣干受区。缝合供区皮肤，皮瓣下及手背皮瓣供区塞数根引流皮片，然后进行无菌敷料妥善包扎，最后一步石膏托外固定，大功告成！

骨科三病区 任鹏飞

腿上开了个“钥匙孔”？骨科微创帮您减轻痛苦

手术是医生治疗疾病的基本手段，但手术却是一把双刃剑，手术本身就意味着损伤，如何在达到治疗目的的同时，尽可能地减少手术对患者造成的损伤，一直是我院医生追求的境界。随着现代医学模式观念的形成，以及日新月异的诊疗设备的出现，传统的骨科手术也正向着微创甚至无创方向接近。

近日，我院骨科一病区进行了两例微创手术。**病例一** 患者杨某，男性，58岁，主诉：外伤致右大腿疼痛、畸形伴活动受限1小时。现病史：患者1小时前干活时不慎摔倒，右侧身体着地，当时即感觉右大腿疼痛、畸形，不能站立及行走。家属急送我院，急诊拍片检查显示：右股骨干中下段骨质断裂，断端移位明显。急诊科以“右股骨干骨折”之诊断收住骨科一病区。

专科查体：右大腿肿胀，局部无皮肤破损及张力性水泡形成；右下肢短缩外旋畸形，较健侧肢体短缩约4cm；右大腿中下段压痛阳性。入院诊断：右股骨骨折(AO分型32-A3) 处理：入院行胫骨结节骨牵引制动；并给与预防血栓治疗。治疗方案的制定：患者为股骨骨干骨折，传统治疗方案创伤大，出血多；对股外侧及破坏严重，剥离骨膜多，预后易发生骨折不愈合、延迟愈合等后遗症；故选择MIPPO技术行微创手术治疗。手术过程中出血约150ml，手术时长75min，术中未输血。

病例二 患者徐某，男性，38岁，主诉：摔伤致右腕部疼痛伴活动受限4小时。现病史：患者4小时前干活时不慎摔倒，右腕部着地，当时即感觉右腕部疼痛，不能站立及行走。家属急送我院，急诊拍片检查显示：右桡骨远端骨折，骨折线累及关节面，骨折移位明显。急诊科以“右桡骨远端骨折”之诊断收住骨科一病区。

专科查体：右下肢短缩外旋畸形，较健侧肢体短缩约1cm；右腕关节压痛阳性，腹股沟中点处压痛阳性，右下肢轴向叩击痛阳性；患肢远端感觉及血运正常，踝关节及组织活动正常，足背动脉搏动可触及。入院诊断：右股骨颈骨折(头下型) 处理：入院行胫骨结节骨牵引制动；并给与预防血栓治疗。治疗方案的制定：患者为股骨颈骨折，切开复位内固定创伤大，出血多；对股骨头血供进一步破坏，预后易发生骨折不愈合、延迟愈合、股骨头缺血性坏死等后遗症；故选择微创手术治疗。手术过程中出血约5ml，手术时长30min，术中未输血。



远端感觉及血运正常，踝关节及组织活动正常，足背动脉搏动可触及。

入院诊断：右股骨颈骨折(头下型) 处理：入院行胫骨结节骨牵引制动；并给与预防血栓治疗。

治疗方案的制定：患者为股骨颈骨折，切开复位内固定创伤大，出血多；对股骨头血供进一步破坏，预后易发生骨折不愈合、延迟愈合、股骨头缺血性坏死等后遗症；故选择微创手术治疗。手术过程中出血约5ml，手术时长30min，术中未输血。

专科查体：右下肢短缩外旋畸形，较健侧肢体短缩约1cm；右腕关节压痛阳性，腹股沟中点处压痛阳性，右下肢轴向叩击痛阳性；患肢远端感觉及血运正常，踝关节及组织活动正常，足背动脉搏动可触及。

入院诊断：右股骨颈骨折(头下型) 处理：入院行胫骨结节骨牵引制动；并给与预防血栓治疗。

治疗方案的制定：患者为股骨颈骨折，切开复位内固定创伤大，出血多；对股骨头血供进一步破坏，预后易发生骨折不愈合、延迟愈合、股骨头缺血性坏死等后遗症；故选择微创手术治疗。手术过程中出血约5ml，手术时长30min，术中未输血。

专科查体：右下肢短缩外旋畸形，较健侧肢体短缩约1cm；右腕关节压痛阳性，腹股沟中点处压痛阳性，右下肢轴向叩击痛阳性；患肢远端感觉及血运正常，踝关节及组织活动正常，足背动脉搏动可触及。

入院诊断：右股骨颈骨折(头下型) 处理：入院行胫骨结节骨牵引制动；并给与预防血栓治疗。

治疗方案的制定：患者为股骨颈骨折，切开复位内固定创伤大，出血多；对股骨头血供进一步破坏，预后易发生骨折不愈合、延迟愈合、股骨头缺血性坏死等后遗症；故选择微创手术治疗。手术过程中出血约5ml，手术时长30min，术中未输血。

威武了，我的宝高医神内！

3月15日一大早，一位患者家属带着感谢信来到我院神经内科三病区，找到张会平副主任，把这封感谢信亲手交到了张副主任的手中。

3月13日，这位家属72岁的母亲在我院成功接受颅内动脉狭窄支架置入术，该项手术的完成，填补了我院乃至全市在该领域自主开展的空白。

72岁的蒋奶奶在家中突然出现言语不清，右侧肢体乏力的症状，家人赶紧将她送往当地医院，医生给出的保守治疗和等待，外请专家的治疗方案让蒋奶奶的家人难以接受，家人慕名来到我院神经内科，杨金锁主任、张会平和潘艳艳

副主任对老人的情况进行深入探讨。“老人这种情况，不能等！”杨金锁主任首先发声。“我建议，先做个造影，了解一下老人的血管的具体情况。”张会平副主任说道。

方案通过后，入院第二天便为蒋奶奶做了造影检查，影像提示老人左侧大脑中动脉、右侧大脑后动脉狭窄90%，右侧颈内闭塞。

结果出来后，又是杨主任先发声，“老人这根血管已经狭窄了90%，如果完全梗死，到时候做啥都没用！手术必须要做！”

如果手术，难度和风险都很大。老人已经72岁了，动脉硬化严重，手术中血管出现破裂出血的可能性非常大，老人大脑的远端血管迂曲，微导管、微导丝到位十分困难，如果手术中出现新的血栓或出血，后果将不可想象。

在全宝鸡市，还没有自主开展此项手术的先例，其中的风险和挑战不言而喻。在谈话间，家属的充分信任坚定了神内专家团队们向困难挑战的决心，张会平副主任说：“行！这个手术，我能做。”

张会平副主任是全市神内介入治疗领域的专家，但为了此次手术，查阅资料、研究教程，反复推敲导丝进入的

角度……医院更是大力支持，派专人紧急采购手术器材……

手术当天，麻醉手术科副主任吴畏一大早来到导管室，密切观察老人的全麻状态，在门诊手术室的大力支持下，张会平副主任带领神内介入团队为老人顺利完成了左侧大脑中动脉支架置入。支架置入后，血管狭窄处管径恢复正常，血流通畅，远端分支血管显影充分，脑灌注良好。

颅内动脉狭窄支架置入术在宝高医的应用，将为广大脑血管病患者带来新的希望！



综合办 牛晓

肿瘤阻塞气道命悬一线 气管镜下铲瘤畅通呼吸



近日，我院胸肺疾病中心联合麻醉手术科，为一例复杂高危右主支气管内肿瘤梗阻患者实施了内镜下肿瘤切除术，取得了良好效果，成功挽救了患者的生命。

党大爷今年61岁，10年前诊断为右肾透明细胞癌，口服“索拉非尼”靶向治疗3月，因恶心、呕吐等胃肠道反应较重，自行停药。一周前患者出现气短，每日端坐位，不能进食，伴咳嗽、咳痰，痰中带少许鲜红色血丝，伴发热，最高体温38.0℃，无力发声，无法入睡，消瘦明显，遂于3月16日慕名来我院住院治疗。

胸肺疾病中心主任张春峰接诊后，经仔细查体，查看胸部CT，见右主支气管新生物大部分堵塞管腔，判断患者咳嗽、气短、发热等症状与支气管内新生物堵塞管腔有关，并决定尽快开展支气管内肿瘤切除术，早日解除患者主气道梗阻问题。

患者操作过程中风险极大，肿瘤累及右主支气管，气道阻塞严重，镜下进行切除肿瘤组织，操作比单纯气管内操作更为精细困难，一旦出血或瘤体脱落，患者随时可能死亡。

患者呼吸困难明显，无法平卧，通气与麻醉方式非常棘手。患者长期不能进食，呼吸费力，体质消耗大，手术耐受性差。“手术方案怎么决定？术中有可能出

现哪些突发情况？出现了怎么办？”这些问题徘徊在张春峰主任脑海里，但他丝毫没有退缩，深厚的专业知识、丰富的临床经验，加上自身精益求精的进步，他早已成为患者的主心骨，科室的领头羊。

经多学科会诊研讨，由手术麻醉科、医教科、胸外科、肿瘤科等多学科共同参与并制定了详尽的手术方案，同时对术中及术后各种风险进行预案。在麻醉手术科主任吴畏团队的配合下，由张春峰主任带领颌科手术团队为该患者实施了手术。

术中险象环生，创面出血、积血堵塞远端气管，血氧饱和度一度降至58%……团队人员沉着冷静，克服重重困难，历时约3小时，手术成功。

术后患者呼吸顺畅，声音如常，成功解除了主气道梗阻。与术前判若两人，患者激动的挽住张春峰主任的手说“感谢主任的精造技术，挽救了我的生命”。

气管镜下肿瘤切除术，是一种肿瘤微创治疗技术，较常规外科手术而言，具有创伤小、费用低、恢复快等优势。但手术风险高、技术难度大，不但需要一支技术过硬的介入治疗团队，同时还少不了经验丰富的麻醉团队的密切合作。本例手术的成功，不仅体现了我院呼吸与危重症医学科介入团队精湛的业务水平，同时也展现了我院多学科协作的融洽氛围，标志着我院呼吸内镜诊疗水平又迈入了一个崭新的里程。 胸肺疾病中心 田向婷

急诊日记：任风雨 路迢迢

早晨10:58分，我们接到市120急救中心电话，说有个患者突然晕倒在路上，没有家属，让我们赶紧过去救援，我们院前急救迅速启动120车前往目的地，生怕患者有生命危险……到达现场后，是搭着戏台的场地，只见患者平躺在地上，周围围满了路人，应该是在看戏。大夫上去查体发现，患者已经没有呼吸了，我们立

即进行徒手心肺复苏，清理口鼻分泌物，急查心电图，屏幕上是一条直线。司机迅速联系110及病人家属，协同路人一起将患者转运至120车上，拉回急诊科，科里一切已经准备就绪！因为那里，是患者最后的希望。急救车一路鸣笛，到达科室时，患者已经是口唇、颜面、甲床发绀，四肢冰冷，科里的同事立即心电监测，吸

氧、吸痰、电除颤、气管插管、呼吸机辅助呼吸，心肺复苏仪胸外按压，建立三路静脉通路……尽全力抢救30分钟后，患者仍无自主呼吸，心跳，无颈动脉搏动，双侧瞳孔散大固定，对光反射消失，心电图仍是一条直线……医生宣布临床死亡，家属同意签字后，给予尸体料理，离院。尽力了，我们真的尽力了……但，每当这时候，我的心里就特别难受，生命脆弱，力量渺小，内疚，自责，无奈……不断学习，不断提高业务能力，努力为下一个病人提供更加及时有效的救治，这是这个行业对于每一个医疗从业者一生的要求。纵使前方晴日少，任风雨，路迢迢。 急诊医学科 黄苗芳