



日常手术中的谢正兴(右)

# 男子脑壳痛到捶地 一查竟是脑动脉瘤破裂

文/钱小蕾 孙卉 杨冷  
图/江大附院神经外科

人生在世,谁还没有个脑壳痛的时候:辅导孩子作业,脑壳痛;看了一眼花呗账单,脑壳很痛;四级考试遭遇“submission”,脑壳痛上加痛……但是对于患者老张(化名)来说,这些脑壳痛只能算是“小意思”。

日前,老张经历了一场痛到呕吐、痛到捶地的“炸裂样”头痛,到医院检查后才发现,他的脑中经历了一次“爆炸”——脑动脉瘤破裂,一种分分钟可能致命的疾病。危急时刻,江大附院神经外科团队出手,力挽狂澜,保住了老张的生命。

## 男子在剧烈头痛中惊醒 “感觉下一秒就要死了”

发病当天凌晨4点,一阵剧烈的头痛让老张从睡梦中惊醒。“脑袋就像要裂开一样,感觉下一秒就要死了。”老张说,没有语言能够形容出当时那种极致的痛感,几分钟后,他就痛到呕吐不止。

家人急忙将老张送往附近医院,头颅CT提示蛛网膜下腔出血,医生建议立即转上级医院救治。随后,老张被转送到了江大附院急诊,进一步查头颅CTA(头颅CT血管成像),提示分叶状前交通动脉瘤破裂。

“入院诊断为前交通动脉瘤破裂,自发性蛛网膜下腔出血。”神经外科科带

头人、主任医师谢正兴介绍,患者自述既往也有过数次剧烈头痛的经历,但因为后期症状缓解就没有重视,所以不排除既往就存在破裂的可能,只是当时可能出血量不大,没有造成严重后果。

谢正兴解释,脑动脉瘤叫瘤而非瘤,是脑动脉的血管薄弱处长期受到血流冲击形成的“鼓包”,属于神经外科最为凶险的疾病之一。研究报道显示,30%左右的患者首次脑动脉瘤破裂就可能死亡,如果幸运存活,动脉瘤也极有可能再次破裂致二次出血,死亡率高达60%-70%。

## 内镜还是显微镜 对术者提出更高要求

老张的生命危在旦夕,拆除脑中的“炸弹”迫在眉睫。针对老张的病情,动脉瘤夹闭是最适合的治疗手段。

谢正兴介绍,常规动脉瘤夹闭常常在显微镜下进行,然而,显微镜下手术常常需要对脑组织进行牵拉,否则难以暴露深部的动脉瘤,这样一方面会加重脑损伤,另一方面过度牵拉会诱发动脉瘤破裂,尤其在未能充分暴露动脉瘤瘤颈时破裂,常造成灾难性后果。而减少牵拉常会导致深部视野不清,难以清晰分离瘤颈和周围穿支血管及载瘤血管,一旦出现误夹或夹闭不全也会致使动脉瘤再破裂出血或载瘤血管及穿支血管狭窄甚至闭塞,从而导致严重的术后并发症,这就形成了显微镜下动脉瘤夹闭手术的一

对矛盾。

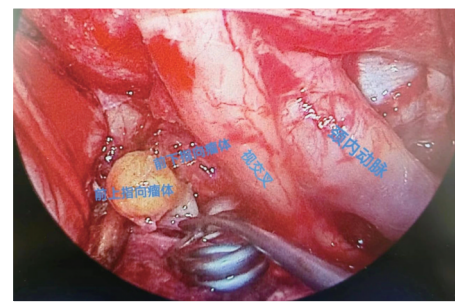
而神经内镜具有高分辨率、抵近观察的优势,可在无牵拉下直接抵近术野,一方面可避免不必要地牵拉脑组织,另一方面可更清晰地分辨动脉瘤颈和周围穿支血管及载瘤血管,很好地解决了显微镜下手术的矛盾。

## 成功挑战首例 患者术后神清语利

在谢正兴的带领下,神经外科全内镜手术团队进行了充分的病例讨论,认为患者动脉瘤呈分叶状,瘤体分别指向前方和下方,其中指向下方的瘤体与视交叉粘连紧密,考虑为破裂处,因此牵拉额叶极易导致动脉瘤再次破裂,危及生命。

经过讨论,大家一致决定采用技术难度更大但创伤更小的全内镜技术进行动脉瘤夹闭。术中采用右侧LSO入路,见脑组织表面黄染,蛛网膜下腔闭塞,证实有既往动脉瘤出血。通过穿刺脑室释放脑脊液松弛脑组织后,随着内镜逐步递进,可以清晰地辨识动脉瘤及临近血管视神经等结构,可见动脉瘤指向前上方瘤体光整,而指向前下方瘤体与视交叉粘连明显瘤壁不光滑且红染,考虑为反复出血后形成的假性动脉瘤,极易再次破裂出血。通过双手显微操作精准分离动脉瘤瘤颈后成功夹闭,同时周围穿支血管及载瘤血管均保护完好。

术后,老张恢复顺利,神志清晰,交



流顺畅,肢体活动自如,很快就康复出院了。

出血性脑血管疾病的全内镜手术一直是神经内镜手术面临的巨大挑战,在内镜手术分级中,全内镜下动脉瘤夹闭为最高的5级,代表了全内镜手术的最大难度,很多医疗单位仅仅只是将内镜作为辅助观察工具,能够开展全内镜下动脉瘤夹闭术的医院很少。因此,这一手术的顺利完成不仅充分体现了江大附院全内镜微创手术团队的技术能力,也填补了镇江市全内镜手术的一块空白。

目前,江大附院神经外科全内镜手术已全部覆盖神经外科疾病,包括颅脑外伤、脑出血、脑肿瘤、动脉瘤、动静脉畸形等脑血管病,以及脊柱脊髓疾病等,为广大患者提供了更微创、预后更好的治疗选择。