

颅内动脉瘤,不是肿瘤却比肿瘤更凶险

病例

一位颅内动脉瘤患者的亲身经历



王阿姨今年58岁,近几年经常出现头痛,有时整夜不能睡觉,一直以来,王阿姨都是吃点止痛药后能缓解一点。今年6月初,王阿姨实在忍受不了剧烈的头痛,便到医院神经内科检查,经头颅磁共振检查之后发现,王阿姨的颅内长了个动脉瘤。需要立即进行手术。

但比较棘手的是,王阿姨的动脉瘤长在左侧颈内动脉海绵窦段。海绵窦是一段特殊的静脉,包绕着通过海绵窦的颈内动脉,以往没有介入治疗时,颈内动脉海绵窦段发生病变外科治疗极其困难。要治疗颈内动脉必须切开海绵窦,这时海绵窦内的血液就会弥漫在手术视野内,手术就不得不在血泊中进行,很难看清病灶,进行得极其困难,很容易产生并发症。自从介入技术发明以来,介入就是海绵窦区血管病变治疗的第一选择。

正在王阿姨和家人一筹莫展时,有人给她们介绍了徐州市中心医院介入科的李国均副主任医师,说他是这方面的专家,在颅内动脉瘤、颈内动脉海绵窦瘘、颅内静脉畸形的介入治疗方面有较深造诣。

李主任仔细分析了王阿姨的病情,表示只能选择介入栓塞的方法进行治疗。但是由于动脉瘤颈很宽,直接堵塞弹簧圈很容易从动脉瘤内溢出,导致颈内动脉闭塞,影响到左侧大脑半球的血液供应,形成大面积脑梗塞,产生严重并发症,严重时可能因为脑梗而死亡。因此可以用支架修复病变的颈内动脉,这样,填在动脉瘤内的弹簧圈就会因为支架的遮挡保留在动脉瘤腔内,在病变治愈的同时,载瘤动脉得以保持通畅。

住院两天后,王阿姨被推进了徐州市中心医院导管室。不到3小时,李主任出现在导管室门口告诉王阿姨的家属:“手术很顺利!动脉瘤堵塞的很好,造影检查已经看不到动脉瘤了,一会儿转到ICU麻醉复苏。”王阿姨转到ICU不到1小时就醒过来了,各项生理指标都很正常。两个多小时后,就被转到普通病房了。除了右侧大腿根部有一块敷料以外,王阿姨跟没做手术一样。术后第1天拆掉敷料,右侧大腿根部只有一个不到3毫米的切口,第4天就康复出院了。

解析

颅内动脉瘤,不是肿瘤却比肿瘤更凶险

“颅内动脉瘤并不是肿瘤,而是血管的异常隆起,就像是在脑血管壁上吹起的一个‘气球’,”李国均副主任医师介绍,“大部分患颅内动脉瘤的患者,其血管本身就存有结构的薄弱和缺损的情况。在精神紧张、情绪激动、劳累、用力排便、举重物、上楼、性生活等诱因的刺激下,气球随时可能因为血压突然增高,引发破裂。颅内动脉瘤平均直径都有4-5毫米,超过1厘米就为大动脉瘤,超过2.5厘米者为巨大动脉瘤。动脉瘤一旦破裂出血,血液进入蛛网膜下腔,常引起脑血管痉挛和脑肿胀。轻者剧烈头痛、恶心、呕吐,重者昏迷甚至有生命危险。如果出血量很大,病人就可能死亡。”

第一次颅内出血的病人大约有30%会因为出血过多而死亡;再次颅内出血的病人大约有70%因

治疗无效死亡;第三次颅内出血的动脉瘤病人经过积极抢救能存活下来的凤毛麟角了。不过动脉瘤病人经过积极治疗——开颅行动脉瘤夹闭治疗,或者介入栓塞治疗——预后还是比较好的,尤其是介入治疗不需要开颅,通过血管进入颅内,在几乎没有任何损伤的情况下就可将病治好。

由此可见,颅内动脉瘤是一种十分危险的疾病。据调查显示,30%-40%动脉瘤病人,出血后未来得及到医院就已死亡。更严重的是,出过血的动脉瘤再次破裂的机会及危险程度均大大增加,有40%-60%的病人会在动脉瘤出血后的一个月再次发生破裂,而第二次破裂后死亡率为60%-80%。所以,颅内动脉瘤就像是埋藏在人脑中的一颗“定时”炸弹,随时都有爆炸的危险。

提醒

突发头痛应警惕颅内动脉瘤

可以引起头痛的疾病很多,大致可分为原发性头痛和继发性头痛两类。目前,原发性头痛也被称为特发性头痛,具体病因不明,常见的原发性头痛有偏头痛、紧张性头痛等;继发性头痛则包括各种颅内病变(如脑血管疾病、颅内感染、颅脑外伤等)引起的头痛,以及发热、内分泌紊乱、滥用精神活性物质(如酒精、毒品以及某些影响中枢神经的药物)等引起的头痛。

王阿姨的头痛就是颅内动脉瘤引起的一种继发性头痛。近年来,颅内动脉瘤的发病率越来越

高,它属于神经内科的急症,笑星赵本山就是因为颅内动脉瘤破裂导致蛛网膜下腔出血而入院的。

由此可见,一旦突发头痛,切不可小视或盲目治疗,小小的头痛可能隐藏着大的危险,比如颅内动脉瘤,必须及早到正规医院找神经内科医生诊治,以免贻误病情。另外,颅内动脉瘤具有一定的遗传性,如果家庭成员中有人患颅内动脉瘤,其他人最好在医生指导下通过做脑血管造影等检查来排除脑动脉瘤。

专家介绍



李国均 副主任医师
介入放射科主任

医学硕士,副教授1993年毕业于徐州医学院临床医学系,1997-1998年于卫生部北京医院介入神经放射学培训中心师从著名神经介入治疗专家凌锋教授进修学习神经介入治疗。2004年获苏州大学医学硕士学位。

从事介入治疗15年间,先后参与介入治疗3000余例次,其中包括中枢神经系统造影检查1200余例次、介入治疗400余例次,积累了丰富的临床经验,在颅内动脉瘤、颈内动脉海绵窦瘘、颅内动静脉畸形的介入治疗方面有较深造诣。在省级以上医学期刊发表学术论文30余篇。

主持省高等教育学会课题1项,参加国家“九五”攻关课题1项、省级课题2项。获江苏省科学技术引进奖4项、徐州市科技进步奖1项。

专家门诊时间:
每周一上午
咨询电话:
13813471918

80%的骨癌患者可以保肢

骨骼是人体的支架,是人类得以活动的重要组织。骨癌患者因病被截肢,将给病人带来无尽的痛苦。随着科学技术的日益发展,骨癌截肢目前已经不是中、早期骨癌的首选方法,通过化疗和保肢手术,不仅能维持病人原有的生活质量,而且5年生存率还能达到70%。

骨肉瘤俗称“骨癌”,从组织来源讲,“骨癌”的叫法并不恰当,它是来源于间叶组织的恶性肿瘤,应叫骨肉瘤。由于患者多为青少年,危害大,预后差,往往给患者、家庭、社会带来不同程度损害,以至于人们谈“骨癌”色变。

追溯上世纪六七十年代,骨肉瘤的治疗主要是以截肢为主,尽管如此,患者不久还是因肺转移死亡,五年生存率也只有10%-20%,医生显得无能为力。上世纪七八十年代,由于大剂量化疗的实施,特别是术前化疗(新辅助化疗)的开展,使综合保肢治疗得以广泛开展并取得较好效果,“骨癌”的五年生存率也提高至70%-80%。

“骨癌”的现代治疗已摒弃了传统的截肢方法,它是在新辅助化疗下的保肢治疗,即“术前化疗+保肢手术+术后化疗”的模式。

“骨癌”是一种易危及生命的全身性疾病。“骨癌”的有效治疗是保命、保肢的前提和保证,新辅助化疗更有其积极意义,它主要包括术前化疗(动、静脉给药)和化疗评估。新辅助化疗的优点主要是:1.早期全身化疗,消灭微小病灶。2.评估术前化疗,指导术后化疗。3.缩小肿瘤反应区,提高保肢率。4.计划手术时间充分,减少术中播散。5.早期识别高危病例。化疗评估要从四个方面着手:1.临床评估,2.影像学评估,3.实验室评估,4.病理学评估。

“骨癌”的现代手术治疗多以保肢治疗为主,国外的保肢率高达90%,国内约在80%左右。保肢治疗顾名思义就是保留患者肢体的治疗,它是在有效化疗的保证下,在Enneking分期原则下,广泛的切除肿瘤,重建骨与软组织缺损,最大限度保留患肢功能,保留肢体的方

法。患者肢体的保留无论对患者本人的心理还是患者家庭,周围环境,社会都有着积极的意义,特别是病人增加了战胜疾病的信心,也更积极配合术后的化疗及其他治疗。认为“骨癌”即截肢的观念是上个世纪六七十年代的观点,现在已被摒弃,综合保肢治疗已成为现代经典的治疗“骨癌”的方法,当然这主要还是依赖于化疗的不断发展。国内外文献也表明综合保肢治疗病人的五年生存率也明显高于截肢病人。

随着新辅助化疗、保肢治疗、肺转移瘤清扫术的开展,超过80%的“骨癌”患者可以施行综合保肢治疗。但“骨癌”仍是一种死亡率致残率极高的肿瘤,介入治疗,物理治疗取得新进展,生物调节治疗,免疫及基因治疗也指引了新的希望途径。

相关链接

骨癌的早期症状

- 1.骨的表面出现一个硬的肿块,有痛或不痛的症状。
- 2.骨和关节疼痛或肿胀,经常在夜间疼痛感加强且不一定与活动有关;疼痛可以是持续钝痛或只在受压时感到疼痛。
- 3.发生病理性骨折或变形。
- 4.有持续且难以解释的背痛。当然也有可能只是患背部疾病或背痛。
- 5.有一处或多处骨折,无明显原因。在骨折被治疗后应检查有无骨肉瘤或骨质疏松症。
- 6.因骨肉瘤压迫神经血管,骨癌患者的肢体远端会有麻木感。

专家介绍



李家祥 主任医师
骨科-骨肿瘤专科主任

1988年毕业于徐州医学院,曾先后在中国人民解放军总医院和北京大学人民医院骨肿瘤治疗中心进修学习。

主要擅长骨肿瘤与骨病的诊治,尤其在骨肿瘤的综合治疗和现代保肢技术以及转移性骨肿瘤的诊治方面,积累了丰富的经验。

专家门诊时间:
每周二、四全天
咨询电话:
18952170900