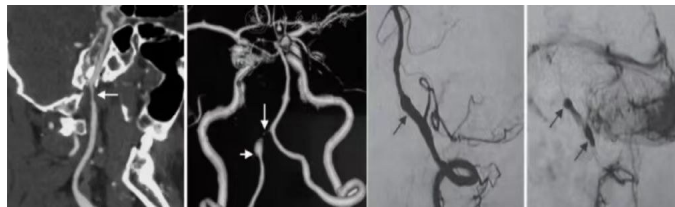


技术·思维

头颈部动脉夹层的诊断和治疗(下)

□刘一强 刘立 华成飞 文/图

诊断特点



CTA(非创伤性血管成像)检查图

颈内动脉夹层的诊断特点
颈内动脉颈外段夹层:多发于35岁~45岁人群,多伴有典型的三联征:1.头痛、面部或颈

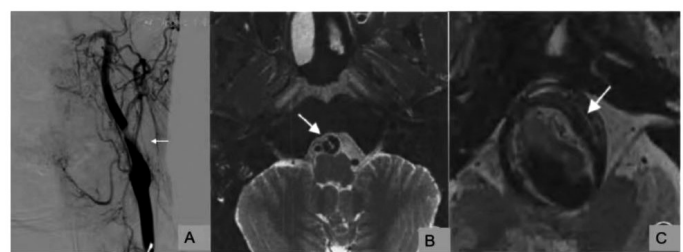
部疼痛。2.部分患者伴有霍纳综合征。3.发病前,常伴有数小时、数天脑或视网膜缺血发作。
颈内动脉颈内段夹层:多发

生于20岁~30岁人群,易导致大面积脑梗死,死亡率超过75.0%。壁内血肿容易穿透外膜,增加了发生蛛网膜下腔出血的风险。动脉瘤型扩张的发生率较高,并且会压迫邻近的脑神经、脑组织,引起局部症状。

椎基底动脉夹层的诊断特点

蛛网膜下腔出血的发生率较高。发病后,如果得不到有效的治疗,再出血发生率可达30.0%~70.0%。伴有明显的脑干

梗死、短暂性脑缺血发作等缺血调、构音障碍、吞咽困难、四肢瘫痪等,临床表现为眩晕、共济失



DSA(数字减影血管造影)检查图

临床治疗

偶然发现的或仅表现为头痛的病变更预后良好,可随访问观察。这些病变出现进展以及发生缺血或出血事件的概率较低。

对于有缺血症状的颅内动脉夹层,一般进行药物治疗(溶栓、抗凝或抗血小板),但有时需要更积极的治疗,如血管内治疗。

有蛛网膜下腔出血表现的夹层动脉瘤再次出血的风险很高。对于这种夹层动脉瘤,通常需要进行血管内治疗或外科手术治疗。可选择的治疗方法包括夹层动脉瘤近端闭塞、动脉瘤栓塞、动脉瘤夹闭。

药物治疗

溶栓治疗:根据国内外缺血性卒中指南相关内容,对于时间窗内的夹层缺血性卒中,不应停止静脉溶栓。但是,在临床上,动脉夹层所致的缺血性卒中在溶栓时间窗内很少能被明确诊断。

抗凝和抗血小板治疗:目前,有证据显示,抗凝和抗血小板治疗均能有效降低夹层所致的脑与视网膜缺血性事件的发生率。相较而言,抗血小板治疗相对安全。

血管内治疗

适应证:对于抗栓治疗存在禁忌证、药物治疗失败、存

在持续缺血症状、夹层动脉瘤持续存在或逐渐进展,以及由于血流动力学障碍引起卒中

的患者,现在多进行血管内治疗。

对于规范服用抗凝或抗血小板药物后仍然反复出现缺血事件者,可考虑血管成形术。

对于颅内夹层动脉瘤,根据《2018年中国颅内夹层动脉瘤血管内治疗中国专家共识》,治疗原则是:对于无任何相关症状,且形态规则、体积较小的未破裂颅内夹层动脉瘤,不推荐抗血小板治疗,无症状者可每6个月定期进行影像学检查;对于有缺血相关症状者,建议口服抗血小板药物进行治疗;对于反复缺血发作或伴有神经系统(特别是脑干)压迫症状,或在影像学随访中出现病变体积增大或形态学变化,建议及时评估后进行血管内治疗,以减轻症状、减少缺血发作和破裂风险。对于破裂出血的颅内夹层动脉瘤,应尽早进行血管内治疗。

下面,我们举一个病例,来说明头颈部动脉夹层的

治疗。这是一名43岁的男性患者,发生意识障碍35分钟。35分钟前,患者躺在路上,被路人发现。当时,患者瘫倒在地,呼之不应,四肢无活动,无呕吐,

无肢体抽搐,无大小便失禁。患者被紧急送至医院。

查体:浅昏迷,双侧瞳孔等大等圆,直径3.5毫米,对光反射灵敏。右侧鼻唇沟浅。伸舌示齿不配合。查四肢肌力、肌张力时不能配合。疼痛刺激左侧肢体可屈曲,疼痛刺激右侧肢体可见肌肉收缩。

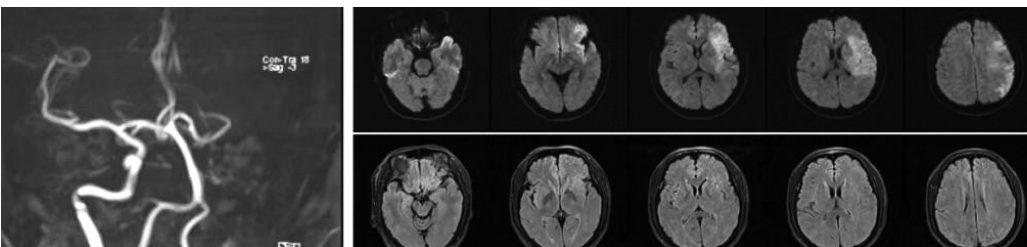
术前评估:左侧大脑半球病变区达峰时间和平均通过时间延长,左侧额颞顶叶、岛叶、基底节区及半卵圆中心脑

血流量灌注、血容量灌注减低,局部呈无灌注改变。

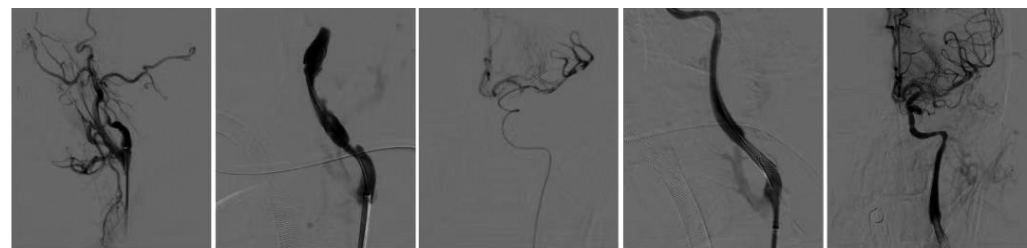
左侧额颞顶叶、岛叶、基底节区及半卵圆中心可见异常灌注区,核心梗死区体积为80.5毫升,显著低灌注区体积为147.8毫升,Mismatch体积(在医学影像领域,特指缺血性卒中患者的缺血半暗带体积)为67.2毫升,Mismatch比值(在急性缺血性卒中的背景下,Mismatch比值用来描述缺血半暗带与核心梗死区体积之间的关系)为1.8。

我们对这名患者进行了血管内治疗。在造影检查中,我们发现患者的左侧颈内动脉闭塞,考虑为动脉夹层所致。由于患者的左侧大脑中动脉M1段(是动脉瘤、动脉闭塞、血栓形成和栓塞的好发部位)管腔内大量充盈缺损,我们实施了支架取栓术。

经过治疗,患者的病情好转。目前,患者已出院。
(作者供职于郑州市中心医院)



患者的术前检查图

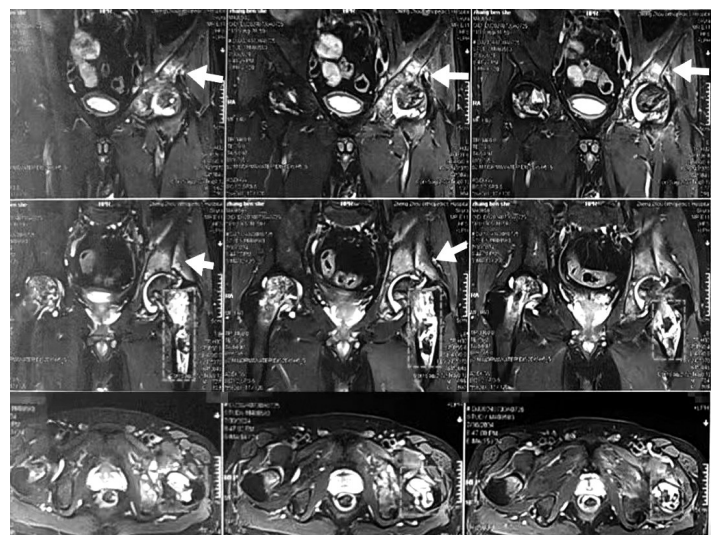


血管内治疗图

医学影像

股骨头坏死的特殊表现

□陈献楠 文/图



磁共振片

经常有患者说,做了磁共振检查,就能确诊股骨头坏死了,赶紧治疗就行了。如果他们不做其他检查,就会有怨言。

在临床上,如果遇到坚持不做其他检查,只求开药治疗的患者,我会快速地结束对话,承认他们说得非常合理,然后建议另寻名院名医。对于这些不专业还不听劝的患者,做医生的也很无奈。

今天,我介绍一个病例,利用这个病例简单讲一下股骨头坏死的复杂性和特殊性。

男性患者王某今年59岁,左侧髋疼痛,输液治疗一周,疗效不佳。

磁共振检查可见左侧髋臼高信号,左侧股骨头、股骨颈、转子间、转子下弥漫性混杂、不均匀长T1长T2信号影(磁共振报告里的专业术语),边界不清。右侧股骨头混杂长T1长T2信号影。

看一看磁共振片,明明显示双侧股骨头坏死,怎么就一侧痛,而另一侧不痛呢?

股骨头坏死有一个特殊之

处,就是双侧坏死患者如果一侧比较严重,比如已经塌陷、广泛骨髓水肿、关节积液等,疼痛会很明显,但是另一侧往往被这边的疼痛掩盖,出现“不痛、没感觉”的假象。

一旦病情严重的一侧得到有效治疗,原先“不痛”的一侧就会逐渐疼痛明显起来,而不是患者误以为的“原来不痛,治疗后越来越痛了”。

在这种情况下,进行抽血化验,一般可见ESR(血沉)、CRP(C反应蛋白)明显升高,甚至可达到参考值的5倍以上;血常规检查可见白细胞升高。

如果出现上述情况,一般要进行其他生化检查,以进一步甄别是感染还是另有隐情。如果患者做不了生化检查,可以对其进行关节穿刺,或者在抗生素试验性治疗数天后让其进行复查。

近年来,股骨头坏死被认为是一种特殊的炎症,在坏死的过程中免疫细胞被激活,并在组织间隙释放大量炎症因子。

输液一周后,王某的疼痛有所缓解,炎症指标有所降低。但是,我还是建议他进行关节置换治疗。王某认为病情缓解了,不愿意进行关节置换治疗。我建议他拍一张X线片,看一看股骨头的情况。

看到X线片,有没有被磁共振片“骗了”的感觉?

在X线片上,可以看到左侧股骨头变小、关节间隙消失。关



X线片1



X线片2

节置换治疗是王某唯一“出路”。王某同意进行关节置换治疗。
(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

临床笔记

在临床上,经常有反复胸闷的患者来到医院就诊。完善相关检查后,有的患者被诊断为肺动脉高压。

肺动脉高压是一种由多种已知或未知原因引起的肺动脉压异常升高的病理状态。在静息状态下,右心导管测量平均肺动脉压 ≥ 20 毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),即可诊断为肺动脉高压。

根据发病机制、病理生理学特点,肺动脉高压通常可分为以下几类:

1. 动脉性肺动脉高压。动脉性肺动脉高压包括特发性肺动脉高压、结缔组织病相关肺动脉高压、药物毒物相关肺动脉高压、遗传性肺动脉高压以及先天性心脏病引起的肺动脉高压。

2. 左心疾病相关肺动脉高压。常见于左心功能不全,如心脏收缩及舒张功能不全、心脏瓣膜病等。

3. 肺部疾病和低氧所致的肺动脉高压。慢性阻塞性肺疾病、睡眠呼吸暂停综合征、肺部发育异常等都会引起肺动脉高压。

4. 肺动脉阻塞性疾病所致的肺动脉高压。肺栓塞、肺动脉肉瘤等都会导致肺动脉高压。

5. 其他原因所致的肺动脉高压。血液系统疾病、代谢性疾病、慢性肾功能不全及纤维性纵隔炎等都会引起肺动脉高压。

肺动脉高压的诊断依据包括临床表现、辅助检查结果等。肺动脉高压的早期症状通常不典型,部分患者可能仅表现为基础疾病的相关症状。随着病情进展,患者会出现以下症状:

1. 劳力性呼吸困难。肺血管顺应性下降,心输出量不能随着运动而增加,导致体力活动后呼吸困难。

2. 乏力。由于心输出量减少和组织缺氧,患者常常感到乏力。

3. 晕厥。脑组织供血突然减少会导致晕厥,常见于运动后或突然起立时。

4. 心绞痛或胸痛。这与右心室肥厚、冠状动脉灌注减少和心肌相对供血不足有关。

5. 咯血。由肺毛细血管、微血管破裂所致。

6. 声音嘶哑。肺动脉扩张会压迫喉返神经,导致声音嘶哑。

相关的辅助检查手段包括:

1. 心电图检查。可显示右心房、右心室增大或肥厚等异常,有助于初步判断心脏结构和功能变化。

2. 超声心动图检查。这是非侵入性检查的重要手段,可以直接估测肺动脉的压力,并评估右心结构和功能。在多普勒超声心动图检查中,估测三尖瓣的峰值流速 >3.4 米/秒时,可诊断为肺动脉高压。

3. 右心导管检查。这是确诊肺动脉高压的“金标准”。通过直接测量肺动脉的压力及肺动脉嵌顿压,获得心输出量、肺血管阻力、主肺动脉血流比值以及混合静脉血氧饱和度等参数,可以明确肺动脉高压的类型和严重程度,指导下一步治疗。

4. 血液测试。血液测试包括血常规检查、自身抗体检测、凝血功能检查等,有助于排查引起肺动脉高压的潜在病因,如贫血、自身免疫性疾病、肝病、甲状腺疾病等。

5. 放射学检查。胸部X线检查通常显示肺动脉增粗等异常。CT(计算机断层成像)扫描包括增强CT扫描和高分辨率CT扫描,便于医生了解右下肺动脉干压力的宽度和数值,进一步寻找肺动脉高压的诊断依据,帮助排除肺栓塞、肺动脉肉瘤等疾病。

6. 心肺运动试验及6分钟步行试验。这两种试验可以帮助医生了解患者的心功能、气体交换能力及运动耐力,为诊断提供依据。

对于肺动脉高压,要根据患者的病情制订治疗方案。对于病情稳定的患者,药物治疗是主要手段,用于稳定病情及改善活动耐力。主要药物包括靶向药物、正性肌力药物、抗凝药物、利尿剂及中成药等。对于病情严重的患者,需要进行介入治疗,如肺动脉球囊扩张、肺动脉支架植入等,必要时进行心肺移植。

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室

肺动脉高压的诊断

□王申明