

Cerebral vascular interventional therapy with side branch protection: Case report

边支保护技术用于脑血管介入治疗 1 例

羌帅帅¹, 贾玉勤²

(1. 山东中医药大学第一临床医学院, 山东 济南 250355; 2. 潍坊市中医院脑病一科, 山东 潍坊 261000)

[Keywords] cerebral infarction; middle cerebral artery; radiography, interventional

[关键词] 脑梗死; 大脑中动脉; 放射摄影术, 介入性

DOI: 10.13929/j.issn.1672-8475.2022.06.017

[中图分类号] R743; R815 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2022)06-0383-01

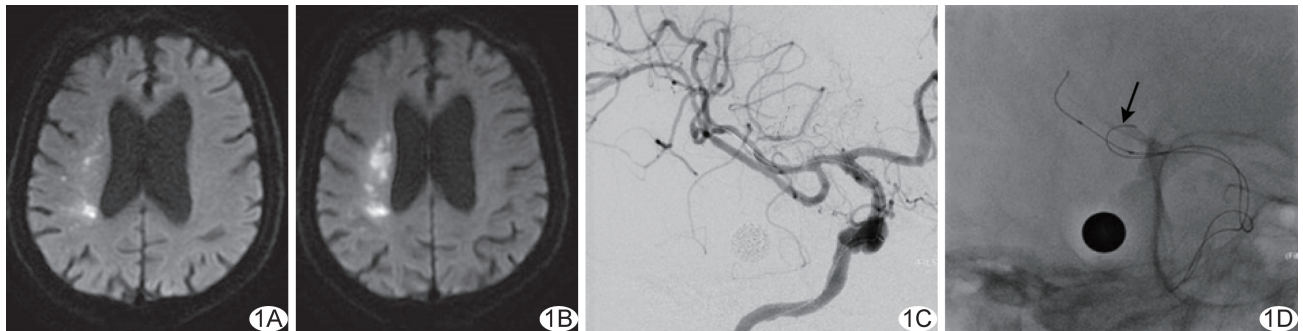


图 1 右侧脑梗死及大脑中动脉 M2 段重度狭窄 A. DWI 示右侧基底核、放射冠区梗死; B. 治疗后复查 DWI 示梗死灶较前扩大; C. 血管造影图; D. 术中视图, 箭示以微导丝选入右侧大脑中动脉边支动脉予以保护

患者男, 75 岁, 晨起后间歇性左手抓握不能 5 h, 无明显头晕、头痛、言语不利等; 既往高血压 10 年余, 未经规律治疗, 血压控制欠佳。查体: 左侧口角低垂, 左鼻唇沟浅, 双侧巴宾斯基征(+)。实验室检查未见明显异常。颈部血管超声: 双侧颈动脉内中膜增厚并斑块形成。颅脑 MRI: 弥散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)示右侧基底核、放射冠区新发梗死(图 1A); 右侧大脑中动脉 M2 段局限性狭窄, 远端分支稀疏。予抗血小板、降脂、降压等治疗。入院 6 天后患者反应迟钝, 左下肢乏力, 步态不稳; 复查 DWI 示右侧基底核、放射冠区梗死灶较前扩大(图 1B); 颅内血管造影示右侧大脑中动脉 M2 段重度狭窄(图 1C)。临床诊断: 脑梗死, 右侧大脑中动脉 M2 段重度狭窄。于 4 天后行边支保护下球囊血管成形术, 在以微导丝超选右侧大脑中动脉边支动脉给予保护的同时(图 1D), 将 Gateway 1.5 mm×9.0 mm 球囊置于右侧大脑中动脉主干狭窄处, 以命名压以下压力行亚满意扩张, 之后血管狭窄程度明显改善, 脑

梗死溶栓评分(thrombolysis in cerebral infarction, TIC1)前向血流分级 3 级, 边支动脉显影良好。术后患者思维反应无明显异常, 左侧肢体活动较前灵活; 随访半年, 左侧肢体活动基本恢复正常, 未见明显后遗症及缺血性脑卒中发作。

讨论 脑血管主干及边支动脉同时存在动脉粥样硬化性狭窄时, 血管内治疗可因使斑块移位或脱落、血管夹层、血管壁损伤等而致边支动脉闭塞, 后者是介入治疗症状性颅内血管粥样硬化性狭窄围手术期缺血性卒中的主要原因。拘禁导丝技术、拘禁闭塞球囊技术、球囊-支架对吻技术及双支架植入术等多种介入方法已用于保护边支; 其中拘禁导丝技术为介入治疗症状性颅内血管粥样硬化性狭窄时最常用的保护边支手段。颅内动脉缺乏外弹力膜, 血管壁薄、内径小, 复杂操作易致并发症, 且尚无能准确预测颅内动脉边支闭塞风险的有效方法。对采用血管内治疗颅内血管粥样硬化性狭窄分叉病变时, 建议常规给予边支保护, 并根据病变类型适当选择相关技术。