脑血管病的血管内介入治疗

张浩然 高邮市人民医院副主任医师，硕士研究生，神经外科副主任。曾获得黑龙江省医疗卫生新技术二等奖一项，三等奖一项，获得鸡西市科技进步一等奖三项。擅长脑血管病的诊断与治疗，尤其颅内动脉瘤及颅内动脉狭窄的介入治疗，烟雾病及大脑中动脉闭塞缺血后颞浅动脉－硬脑膜贴附术等显微神经外科手术，在国家级及省级医学杂志发表论文八篇。

43岁的周女士是高邮人，今年1月份，刚吃过晚饭的周女士与家人聊天，突然感觉后脑勺一阵剧痛。“从来没有过这么严重的头疼。”持续了几分钟后，周女士直接躺到了沙发上。家人将其送至临泽医院，次日上午被转送到高邮市人民医院抢救。经检查发现唐女士是脑动脉瘤破裂，主诊医生立即对其进行了不开颅的介入栓塞手术。术后周女士恢复良好，几天就出院了。

脑动脉瘤，虽然带了个“瘤”字，但并不是“肿瘤家族”的一员。脑动脉瘤是脑动脉壁局部的异常膨出，好比血管壁上吹起的小气球，气球壁极薄，随时会破裂。大多市民对这一疾病知之甚少，不少患者直到脑动脉瘤破裂后才到医院。过去，本病预后结果很差，手术风险也很高。

脑动脉瘤可发生在任何年龄段，但集中在40岁～60岁之间，一旦破裂，可致严重的颅内出血，顷刻便有生命危险。脑动脉瘤破裂时，会突然严重头痛，并伴有恶心、呕吐、视物模糊、复视、畏光或感觉丧失、烦躁、偏瘫、意识障碍等中风症状。对于这种疾病，要及早就医，避免动脉瘤再次破裂。出血后三天是脑血管痉挛的高峰，也是再度出血的危险期，所以，这样的手术，每次都是在和死神抢时间。

目前脑动脉瘤的治疗有外科夹闭和介入栓塞两种方式。外科夹闭就是开颅后找到动脉瘤的位置，用金属夹从外部夹闭动脉瘤。介入栓塞是在血管造影的图像指导下用微创方法，将导管送达脑动脉瘤的位置，通过导管把柔软的弹簧圈放到血管瘤里将其塞满。与传统手术相比，微创介入手术不用开颅，创伤小，疗效肯定，适用于多发动脉瘤的治疗。有些动脉瘤如大脑中动脉瘤，需通过外科夹闭术治疗，介入手术易导致载瘤动脉闭塞。自2016年1月份以来，我院已完成了30余例造影和5例治疗，均取得了很好的效果。患者只要到了医院，通过绿色通道就可以进行手术，为抢救患者赢得了宝贵的时间。

一旦查出脑动脉瘤，是否需要立即治疗呢？有些动脉瘤不一定要立即进行处理，要看是否破裂出血、动脉瘤的大小、生长位置以及形态等风险因素，但如果动脉瘤破裂出血，就必须尽快进行手术。此外，常规的体检通常不包含脑动脉瘤检查，因而难以发现。市民应提高对脑动脉瘤筛查的重视程度，通过主动检查，在动脉瘤破裂出血导致生命危险之前就把这个藏在体内的“不定时炸弹”及时拆除。目前脑动脉瘤的筛查手段有三种，包括三维CT血管造影（CTA）、核磁共振成像造影（MRA）和脑血管造影。

对于高血压、糖尿病、高脂血症患者或有家族病史的脑动脉瘤高危人群，最好每半年进行一次体检筛查。脑动脉瘤出血大部分都是高血压引起的，高危人群尤其要控制好自己的血压，避免精神紧张、情绪激动、劳累，同时还要注意切勿让头部剧烈地摆动、过度饮酒，一旦身体出现不适要及时到医院就医，尽可能将脑出血带来的伤害降到最低。

腹腔神经丛毁损术让病人对癌痛说再见

刘成龙 高邮市人民医院麻醉科主治医师，硕士研究生，科教科副科长，“扬州市50名医学重点后备人才”、“秦邮英才”培养对象。徐州医学院硕士研究生毕业，从事麻醉临床工作十余年，擅长各种临床疑难疾病的麻醉和危重病人的急救。发表SCI论文两篇及中华收论文数篇。

对大多数癌症患者来说，最难忍受的是常人难以想象的疼痛。但很多患者并不知道，在治疗癌症的同时，可以进行有效止痛治疗。面对一些机制复杂的癌痛，近期，我院麻醉科成功开展了腹腔神经丛毁损术，帮助癌症患者更精准的以小的创伤远离疼痛。

患者，陈某，男，69岁，胃癌术后半年持续性腹痛，坐卧不安，夜不能寐。在省内多家医院按癌痛“三阶梯”治疗已使用最强效止痛药，但因阿片类药物已形成耐受使疼痛控制不佳，严重影响日常生活。

手术是在C臂机定位下，经后背部第1腰椎旁将两根细穿刺针经皮肤刺入，针尖穿刺到达腹腔神经丛分布区，先注入局麻药进行神经阻滞术，待患者腹部有温热感，疼痛消失，然后注入50%乙醇进行神经毁损治疗，整个手术过程持续40分钟。术后患者因交感神经阻滞虽然一度出现低血压、昏迷等并发症，但经过积极扩容和血管活性药物应用，目前患者生命体征平稳，腹部疼痛明显缓解，且该治疗效果可维持6个月以上时间。

癌性疼痛是恶性肿瘤在其发生过程中出现的剧烈的持续性疼痛，70%以上的晚期癌症患者经受着剧烈疼痛，严重影响着患者情绪和生活质量，对家庭和社会造成极大的影响和负担。目前阿片类药物虽然仍然是治疗晚期癌痛的主要用药，但易出现快速耐受。最新理念认为：有创介入应贯穿“三阶梯”治疗始终，各种神经丛、节、干等阻滞及损毁治疗，在癌症治疗方面起到“锦上添花”的作用。

新型心脏起搏器 核磁共振检查也不愁

李正章 高邮市人民医院内科主治医师，硕士研究生，博士在读，科教科科长，“扬州市50名医学重点后备人才”，“秦邮英才”培养对象。从事心内科临床工作十余年，擅长冠心病的预防及治疗；高血压病、心律失常、心衰的治疗；心脏临时及永久起搏器、冠心病介入治疗等。在省级以上医学杂志发表论文十余篇。

许多因为心脏问题要植入心脏起搏器的病人经常会陷入这样两难的境地：不装，不能有效治疗；装了，又不能做核磁共振等检查。日前，我院心血管内科成功地为一例患有Ⅲ° 房室传导阻滞患者植入了长寿命抗核磁共振起搏器。目前，该患者心脏起搏器工作情况良好，解除了患者的“心病”。

这套抗核磁共振起搏器的心房、心室电极导线均属主动固定电极，它不仅保留了普通起搏器所有诊断和治疗功能，还包括了一些新功能，植入该起搏器的患者今后可行各种带磁性医疗设备的检查，为患者术后的健康保健提供了有力保障。

心脏永久起搏器植入能彻底解决缓慢型心律失常，但普通起搏器却有着一处“软肋”，即不能耐受核磁共振（MRI）检查。这是由于普通起搏器可能会与核磁共振扫描设备产生相互影响，导致心脏起搏器不能正常工作，甚至可能使导线头端过热造成心内膜灼伤，因此所有植入普通起搏器的患者是被禁止接受核磁共振扫描检查的。而目前我国植入心脏起搏器患者平均年龄65–70岁，这部分人群也是脑血管疾病、骨关节疾病以及肿瘤的高发年龄；MRI检查对诊断大脑、脊髓、骨关节疾病和肿瘤等疾病方面具有明显的优势，且不需在X线下暴露、接触电离辐射。这款新型的起搏器中增加了全新的磁共振安全扫描功能，从而改变了植入心脏起搏器患者无法安全接受磁共振成像检查的历史，适应人口老龄化社会现状，代表心脏起搏器发展的新趋势。

MRI兼容起搏器的优化设计具有以下创新：可防止电磁干扰；缩小了铁磁元件，使得特殊的电极头端减少了电极导线因变频磁场而导致的升温；能有效控制簧片开关；可程控的专门MRI特别起搏模式等。

需要强调的是，装有心脏起搏器的患者做磁共振检查，检查前后必须做好如下评估和设置：1、起搏器和导线均须兼容MRI；2、植入起搏器需6周以上；3、起搏阈值、导线阻抗等参数在正常范围；4、体内没有不兼容的导线、其他的植入设备等；5、磁共振成像设备的功率1.5T；6、检查前需要程控评估起搏参数、调整起搏为磁共振检查模式；检查完成后恢复常规设置。

这是我市首例植入的可兼容核磁共振的长寿命起搏器，它标志着我市在起搏电生理领域进入新的阶段。手术后程控随访时的预估使用寿命已经超过了14年，是传统起搏器寿命的1.5–2倍，这不仅仅减少了患者起搏器更换的次数从而也大大降低了起搏器更换手术带来的感染风险。同时这款起搏器还是全自动的生理性的起搏器，能最大限度的减少右心室不必要的起搏，从而减少房颤和心衰的发生风险，为患者的心脏健康做出更大的贡献。