

# APOLLO颅内支架病例分享：在基底动脉狭窄病例的应用体会

——陈康宁 第三军医大学西南医院神经内科主任

## 【病例特点】

- 1、男性，71岁，高血压病史10年，否认糖尿病、心血管病及脑血管病史。
- 2、发作性急性起病，发作性眩晕、恶心呕吐伴双眼发黑，病程1月余，发作6次，服用双联抗血小板药物期间仍有发作，其中最长达1次持续约1小时，症状均完全恢复，无任何后遗症。
- 3、入院查体：未见明显定位体征。
- 4、辅助检查：MR可见桥脑陈旧性缺血灶；MRA提示基底动脉重度狭窄。

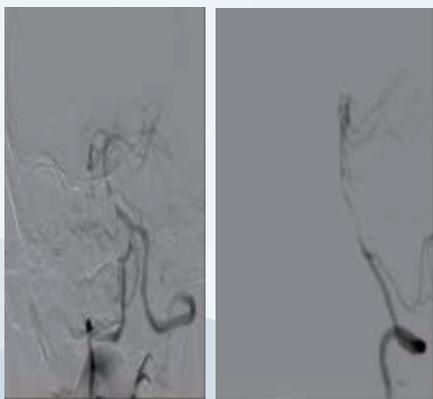
## 【风险评估及治疗预案】

- 1、患者基底动脉重度狭窄，近期频繁出现缺血事件，内科保守治疗无效BA区域性梗死可导致四肢瘫痪、意识障碍等严重残疾，甚至出现脑疝危及生命，应进一步评估治疗，预防严重致死致残性卒中的发生。
- 2、药物治疗期间发生缺血事件的重度狭窄患者存在介入治疗的适应症，但是其与药物治疗的比较尚无公认的明确结论，可在知情同意的前提下进行支架成形术。患者及家属已签署知情同意书。
- 3、患者介入治疗路径可，已行氯吡格雷、阿司匹林双联药物治疗和阿托伐他汀强化降脂治疗近1月。拟行脑血管造影评估，必要时行B A支架成形术。

## 【术前给药情况】

给予氯吡格雷、阿司匹林双联药物治疗和阿托伐他汀强化降脂治疗近1月。

## 【造影结果及介入治疗策略】



- 1、造影见左侧BA中段重度狭窄，双侧后交通动脉代偿不佳。
- 2、介入治疗路径可。难度在于病变位于双侧小脑前下动脉与基底动脉交界处，支架定位要准确，选择APOLLO更可靠。
- 3、病变位于穿支动脉丰富区域，适宜低压力扩张，减少穿支事件机率。

## 【初步诊断】

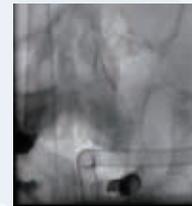
- 1、脑动脉狭窄。
- 2、脑动脉狭窄相关性脑梗死。
- 3、高血压病。

## 【介入治疗】

局麻下造影后改全麻行支架成形术



- ①、6F指引导管置于LVA，路途下，0.014 Transcend 300导丝在微导管配合下通过病变，至于RPCA远段，建立安全稳定的治疗通路。



- ②、沿导丝将2.5-8 mm APOLLO支架送到目标位置后，球囊扩张，解脱支架。



- ③、多角度造影，确认支架定位准确，无支架内血栓形成、夹层或出血等情况后，结束手术

## 【术后随访】

术后1月3月6月随访，无TIA及卒中。TCD随访正常。

## 【病例总结】

- 1、病变特点及器材选择  
病变位于把主干，近端毗邻小脑前下动脉开口部，如定位不准确，可能影响小脑前下动脉区域的血液供应，因此，选择定位准确的球囊扩张式支架。  
病变部位穿支丰富，支架有可能阻塞穿支，形成穿支梗死，这是各种支架都面临的一种可能，本例患者采用2.5\*8mm支架，采取6atm释放支架，成型效果满意，未发生围手术期卒中。
- 2、技术经验分享  
球囊扩张式支架具有操作简单，定位准确等优点，可以准确定位于病变处，同时避免繁复的操作造成并发症的危险。成型效果理想，残余狭窄率低，长期再狭窄率较低。