

APOLLO支架病例分享：在基底动脉狭窄病变的应用体会

—— 高连波 中国医科大学附属第四医院神经内科主任

【病例特点】

- 1、女性，66岁
- 2、发作性言语不清1月，左上肢无力1日。患者于1月前反复发言语不清，共4次，每次持续3-5分钟，伴头晕，视物模糊，曾于当地医院就诊，口服用阿司匹林及阿托伐他汀，上述症状仍有发作，入院前1日再次出现头晕，伴左上肢无力。
- 3、既往高血压病史15年，最高200/95mmHg，自服药物，血压控制不良；糖尿病史10年，皮下注射胰岛素治疗，血糖控制尚好。
- 4、入院查体：左手精细运动略笨拙，双病理征阴性
- 5、辅助检查：头DWI：右侧桥脑高信号；MRA：基底动脉近中段重度狭窄。

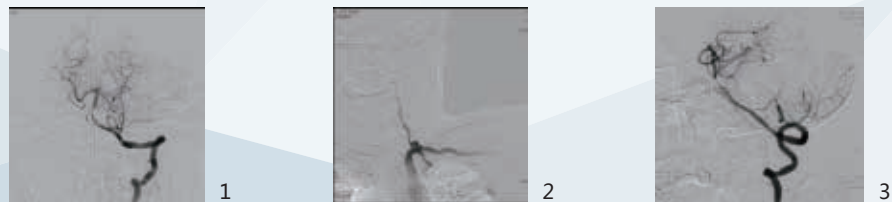
【风险评估及治疗预案】

- 1、患者反复发作头晕，言语不清，虽经积极的药物治疗，症状仍有发作，本次入院前出现左上肢无力，DWI提示脑干新发点状梗死，MRA提示基底动脉近中段重度狭窄，为卒中早期复发高危患者，基底动脉一旦闭塞，预后极差，危及生命，应进一步评估及治疗，预防严重致死、致残性卒中的发生。
- 2、手术风险评估：
 - a)穿支闭塞导致脑梗死：MRA测量病变远端血管直径约2.55mm，选择2.5mm的球囊扩张支架，缓慢加压，可减少穿支动脉闭塞的风险。
 - b)远端血管损伤：可采用长鞘及近端指引导管到位双支撑系统，增加系统的支撑力及稳定性，避免导丝过度移动，造成远端血管损伤。

【术前给药情况】

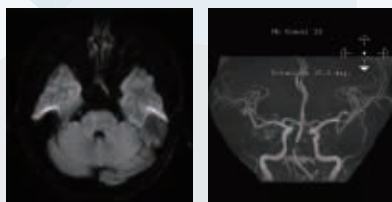
给予氯吡格雷、阿司匹林双联抗血小板聚集和阿托伐他汀强化降脂治疗5天，术前3小时尼莫地平3ml/h泵入。

【造影结果及介入治疗策略】



【初步诊断】

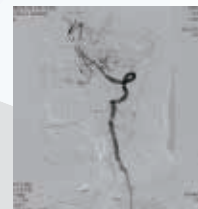
- 1、定位诊断：椎基底动脉系统。
- 2、定性诊断：责任血管供血区脑梗死。
- 3、病因诊断：大动脉粥样硬化。
- 4、其它诊断：高血压病3级极高危 2型糖尿病。



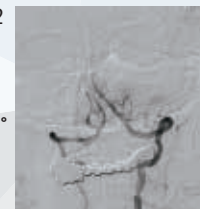
- 1、见：基底动脉近段重度狭窄，TICI 2b级。
- 2、介入治疗路径：右椎动脉非优势，左椎动脉起始部严重迂曲，增加手术难度，术前及术中持续泵入解痉药，防止及减轻导引导管到位及牵拉引起的血管痉挛。
- 3、病变累及右小脑前下动脉开口部，球囊扩张支架植入球囊扩张缓慢，减少穿支事件机率。

【介入治疗】

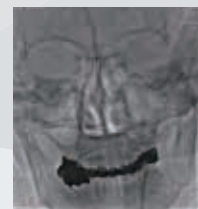
造影后即刻行支架成形术



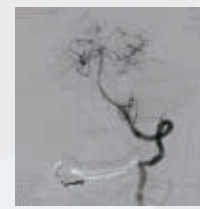
①、6F指引导管置于左椎动脉V2段远端，路途下，0.014 PT微导丝通过病变，至于左大脑后动脉P2段，建立安全稳定的治疗通路。



②、路途下，沿导丝将2.5*8mm支架送到目标位置。



③、造影确认位置准确后，以骨性标志为参照，缓慢加压，6.5 atm，持续5秒，释放支架。



④、多角度造影，确认支架定位准确，贴壁紧密，完全覆盖病变，残余狭窄10%，无夹层急性闭塞或出血，远端血流TICI 3级。10分钟后再次行观察造影无支架内血栓形成。

【术后随访】

术后1m、3m、9m及1y随访，无TIA及卒中事件发生。TCD随访正常。

【病例总结】

术前早期应用尼膜同注射液药物预防血管痉挛，在有效防止导管刺激及牵拉引起血管痉挛的前提下，需要将6F导引导管送至V2段远端加强径向支撑力。稳定的近端支撑，是支架到位的前提和保证，同时可以避免导丝远端反复移动，降低血管穿通的风险。远端导引导丝的头端适当塑型，不仅有利于通过迂曲血管及严重狭窄病变外，而且还可以减少导丝移动进入穿支造成穿通出血的风险。球囊扩张式支架较自膨支架有2个明显的优势：1.定位准确，释放过程中不易移位；2，操作步骤与先用小球囊亚满意扩张，再植入自膨支架相比更加简单。