

颅内动脉瘤并非绝症：血管介入治疗的现代认知

王海鑫

凉山彝族自治州第一人民医院 四川 凉山 615000

引言

在脑血管疾病科普中，颅内动脉瘤常被冠以“脑内不定时炸弹”的恐怖标签，一旦破裂可引发致死、致残率极高的蛛网膜下腔出血，多数群众对此极度恐惧，甚至将其等同于绝症。但随着现代神经介入医学飞速发展，颅内动脉瘤早已告别“绝症”范畴，以血管介入治疗为核心的微创技术，凭借创伤小、恢复快、安全性高的优势，成为主流优选方案。本文结合临床实践，科普疾病本质、介入技术进展、适用范围与康复认知，帮助大众破除恐慌，建立科学防治观念。

一、认清本质：颅内动脉瘤不是“脑癌”，而是血管膨出病变

很多人听到“瘤”字，便直接等同于恶性肿瘤，这是对颅内动脉瘤最核心的认知误区。颅内动脉瘤并非肿瘤，更不存在癌细胞扩散、恶变的问题，它是颅内动脉血管壁局部薄弱、向外异常膨出形成的囊状凸起，本质属于脑血管结构性病变。

该病诱因包括先天血管发育缺陷、长期高血压、动脉硬化、吸烟酗酒、熬夜劳累等，高发于40至70岁人群，女性发病率略高。临床上绝大多数为未破裂状态，患者无明显症状，仅在体检CTA、MRA检查时偶然发现。颅内动脉瘤真正的危险，仅在于破裂后引发的颅内大出血，传统开颅手术创伤大、风险高，而血管介入技术的普及，让绝大多数患者可通过微创实现临床治愈。

二、微创革新：血管介入治疗的现代技术体系与手术原理

血管介入治疗，也被大众称为“不开颅拆弹术”，全程在数字减影血管造影（DSA）实时影像引导下完成，无需开颅，仅通过血管通道完成毫米级精准操作。

现代介入治疗已形成完善技术体系，从早期单纯弹簧圈栓塞，发展出支架辅助栓塞、血流导向密网支架、瘤内扰流装置等方案，适配不同动脉瘤。其核心流程为：医生在大腿根部或手腕做2至3毫米微小穿刺口，将微导管沿血管送至动脉瘤内，释放栓塞材料阻断瘤内血流，使其闭塞消除破裂风险。

相比开颅手术，介入治疗创伤极小、出血少，避免脑组织牵拉损伤，大幅降低并发症风险；未破裂动脉瘤患者术后3至5天即可出院，对生活影响极小。

三、科学适配：不同类型动脉瘤的介入治疗适用范围

现代血管介入技术已突破传统局限，几乎覆盖绝大多数颅内动脉瘤，打破了复杂动脉瘤只能开颅的旧认知。

第一类，未破裂中小型动脉瘤。占临床绝大多数，单纯弹簧圈栓塞成功率超 98%，复发率极低，是介入治疗最优适应症。

第二类，宽颈、大型复杂动脉瘤。借助血流导向密网支架重塑血流，远期闭塞率可达 80% 至 90%，无需开颅即可完成治疗。

第三类，已破裂出血的急性期动脉瘤。介入治疗可快速栓塞防止再出血，尤其适合高龄、体弱不耐受开颅的患者。

总体来看，超过 90% 的颅内动脉瘤，都可通过介入微创治愈。

四、破除误区：介入治疗的常见疑问与现代康复认知

临床中很多患者对介入治疗仍存在顾虑，以下结合现代医学理念澄清常见误区。

误区一：介入治标不治本，术后易复发。现代介入材料生物相容性好，规范手术下未破裂动脉瘤复发率不足 5%，即便复发也可再次微创补充栓塞。

误区二：介入手术风险极高。随着技术成熟，常规手术严重并发症发生率低于 2%，全程影像监控，安全性充足。

误区三：术后无需复查养护。介入术后需遵医嘱服药、定期复查，控制血压、保持健康生活方式，即可长期维持血管健康。

结语

颅内动脉瘤从来都不是绝症，它只是一种可防、可治、可控的脑血管良性病变，真正致命的是盲目恐慌与拖延治疗。随着介入技术进入精准微创时代，绝大多数患者无需开颅即可消除风险。

希望大众摒弃错误认知，做到早发现、早评估、早干预。体检发现动脉瘤不必焦虑，及时前往正规医院神经介入科就诊，管控基础疾病、养成健康习惯。相信现代医学力量，颅内动脉瘤终将褪去“绝症”标签，成为一种普通可控的慢性病。