

· 病例报告 ·

人造血管内支架治疗主动脉夹层一例

崔进国 潘新元 梁志会 郭斌

近来我院收治 1 例主动脉夹层患者,并成功地对其进行
了人造血管内支架置入术,疗效满意。

患者男,50 岁,3 个月前因车祸后出现剧烈胸痛,经当地
医院对症治疗症状缓解。近日无任何诱因出现顽固性胸
痛、胸闷,伴有心慌、气短。体检:血压 150/98mmHg,心率 80
次/min,心界不大,未闻及杂音。腹部平软,肝脾不大。经
CT 和磁共振检查确诊为主动脉夹层(Stanford B 型),主动脉
假腔起于降主动脉起始部,向下延伸至腹主动脉,假腔内已
有部分血栓形成,内膜破裂口位于主动脉弓降部(主动脉峡
部),大小约 7.2mm×3.5mm。破口水平的主动脉最大直径为
3.2cm,真腔明显受压变窄。患者无明显脏器缺血表现。

硬膜外麻醉后首先经左肱动脉穿刺插管行升主动脉造
影,造影投照角度为左前斜 45°,将主动脉弓降部充分展开以
显示真假腔及内膜破口位置,确定内膜破口距左锁骨下动脉
起始部的距离(图 1)。经右侧股动脉入路,切开皮肤和皮下
组织,钝性分离并暴露股动脉。应用 14G 股动脉穿刺针直
接穿刺股动脉,引入超滑导丝和 7F 动脉鞘,再经动脉鞘置入
7F 猪尾导管行升主动脉造影,以确定导管位于真腔,而后通
过猪尾导管插入可交换超硬导丝,撤出猪尾导管,保留导丝,
扩大股动脉切口,将载有人造血管内支架的 22F 支架输送鞘
沿导丝缓慢送入主动脉弓降部,支架近端定位于左锁骨下动
脉开口以远约 0.5cm 处,然后缓慢将支架释放。本例应用
的人造血管内支架规格为直径 36mm、长 130mm,支架中部
膜长 100mm,前端无膜部 20mm,后端无膜部 10mm(由维科
医疗有限公司提供)。支架置入后经左侧锁骨下动脉留置管
造影见内膜破口被支架封堵满意,未再见造影剂进入假腔,
受压变窄的真腔增宽(图 2)。缝合股动脉和皮肤切口,结束
操作。术中控制血压在 100/60mmHg,肌注地西洋 5mg,镇
静,欧乃派克 350 用量 120ml,无明显出血。手术持续时间
1.5 h,X 线曝光时间累计 6 min。操作中患者无明显不适。
术后抗感染治疗 3 d,控制血压在 100/60 mmHg。10 d 后痊
愈出院。

讨论 主动脉夹层是指主动脉腔内血流经主动脉内膜
撕裂处进入主动脉壁中膜,使中膜分离,并沿主动脉长轴方
向扩展而形成的主动脉壁分离状态,其病因主要包括高血
压、损伤、某些先天性心血管疾病等。其根本的治疗应是
将内膜破口封堵。近几年来随着介入放射学的发展,Stanford B 型主动脉夹层的介入治疗取得了较好的临床效



图 1 经右侧肱动脉穿刺插管行升主动脉造影,降主动
脉内膜瓣口清楚可见,降主动脉真腔变窄

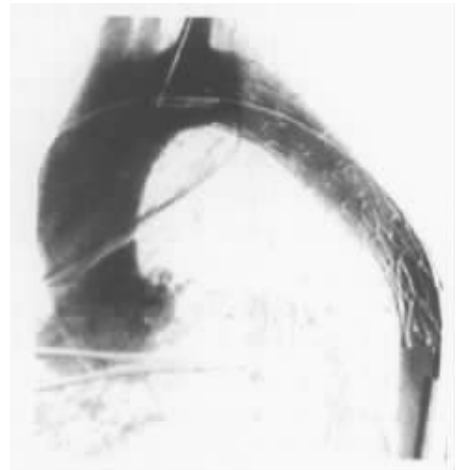
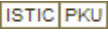


图 2 人造血管被覆内支架置入后造影可见降
主动脉内膜瓣口被封堵,真腔增宽

果。本文 1 例即属此型,即内膜破口位于降主动脉(主动脉
峡部),且病变沿主动脉长轴向下扩展至腹主动脉,内膜瓣裂
口水平的假腔较大,真腔明显变窄,主动脉最大直径为 3.
2cm,患者有持续性胸痛,血压 160/100 mmHg,如不及时治
疗,主动脉随时有破裂的危险。通过对其行人造血管内支架
置入术,内膜破口得到封堵,受压变窄的真腔明显增大,血流
通畅,患者胸痛症状缓解,临床效果满意。

(收稿日期 2002-09-09)

人造血管内支架治疗主动脉夹层一例

作者: [崔进国](#), [潘新元](#), [梁志会](#), [郭斌](#)
作者单位: [050082, 石家庄解放军, 白求因国际和平医院放射科](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2003, 12(1)
被引用次数: 0次

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200301034.aspx

授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: 8ec52c0b-2f54-4c8d-a737-9e4100d4f88e

下载时间: 2010年12月3日