

·病例报告·

脑保护装置下治疗双侧颈动脉狭窄一例

崔进国 梁志会 潘新元 田惠琴

患者男,60岁,高血压史14年,一过性脑缺血(TIA)发作7年,彩色超声多普勒检查提示双侧颈动脉重度狭窄。

介入治疗经过 术前3d口服肠溶阿司匹林(300mg/d)抗血小板治疗。术中持续低流量吸氧、动态监测心率、血压和血氧饱和度。局麻下经股动脉穿刺放置7F动脉鞘,将造影导管分别选入两侧颈总动脉造影,显示右侧颈内动脉起始部98%左右局限性狭窄,颈外动脉70%狭窄(图1);左侧颈内动脉起始部75%局限性狭窄(图2)。首先通过置于颈外动脉的0.035英寸超滑交换导丝将9F导引导管置于右侧颈总动脉远端,然后撤出颈外动脉交换导丝,通过导引导管引入脑保护装置于颈内动脉颅底段并将保护装置滤网打开。以直径为3mm、长18mm的球囊对狭窄段进行预扩张,扩张压力为6~8atm(1atm=101.3kPa),扩张时间为3~5s。然后沿脑保护装置导丝将支架输送机推送至狭窄部位(Wall-

stent,直径6mm,长3cm)。造影证实位置准确后释放支架。术后造影显示支架位置良好,完全覆盖了狭窄段,但仍有50%左右狭窄,随后应用直径6mm、长4cm高压顺应性球囊进行支架内扩张。再次造影狭窄解除(图3)。回收脑保护装置,保护装置滤网内可见小斑块2枚。术中持续肝素化。术后持续抗凝及心电监护。患者无明显不良反应。第2天再次经右股动脉插管,以同样方法行左侧颈内动脉内支架治疗。由于左侧颈内动脉有75%狭窄,因此未对狭窄段进行预扩张,直接将脑保护装置送入颈内动脉远端而后释放内支架,造影证实内支架位置良好,狭窄解除(图4)。回收保护装置,肉眼下滤网内未见明确斑块和血栓。术后持续抗凝2周后出院。出院后服用肠溶阿司匹林3个月。6个月彩超复查颈内动脉支架血流通畅无狭窄,患者TIA症状无复发。

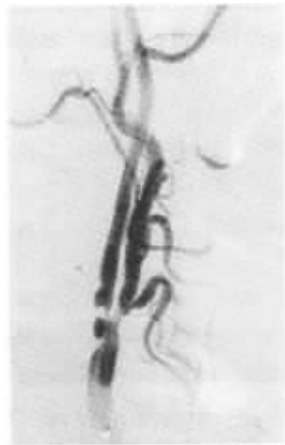


图1 右侧颈内动脉起始部98%左右局限性狭窄,颈外动脉70%狭窄。



图2 左侧颈内动脉起始部75%局限性狭窄。



图3 右侧颈内动脉内支架治疗后狭窄解除。



图4 左侧颈内动脉内支架治疗后狭窄解除。

讨论 颈动脉狭窄血管成形内支架治疗的主要并发症是动脉粥样斑块脱落所致的脑梗死。由于脑保护装置的应用,这种并发症已由6%~8%降低至2.5%~3%,从而使本项治疗达到了患者所能接受的程度。治疗体会如下:①对于双侧颈动脉狭窄的患者,血管成形内支架治疗时应先选择狭窄较重的一侧,因患者临床上TIA发作主要是由于狭窄较重的颈动脉狭窄引起的。择期行对侧颈动脉狭窄的血管成形内支架治疗。分别手术主要是为了避免脑组织过度灌注所致的并发症。因双侧颈动脉狭窄患者脑组织长期处于缺血缺氧状态,如在同一时间大量血流的恢复易导致出血和出血性脑梗死。②脑保护装置的应用并没有增加这一技术操作的难度,其主要作用是增加治疗的安全性,因颈内动脉狭

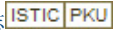
窄的PTA与支架置入操作的关键是斑块脱落,也是手术成败的关键。另一方面也扩大了颈动脉狭窄血管成形内支架治疗的适应证,如一侧颈动脉完全闭塞,另一侧颈动脉重度狭窄的高危患者。北美颈动脉内膜剥脱试验(North America Symptomatic Carotid Endarterectomy Test, NASCET)研究结果提示,合并对侧颈动脉闭塞的严重颈动脉狭窄患者在颈动脉内膜剥脱术后30d内中风和死亡的发生率在14.3%,而内科保守治疗对改善此类患者的预后无效。因此,必须采取有效措施对高危颈动脉狭窄患者进行干预。不言而喻,应用脑保护装置下颈动脉狭窄血管成形内支架治疗对这类高危患者具有明显优越性。

(收稿日期 2004-02-09)

万方数据

作者单位 050082 石家庄 白求恩国际和平医院放射科

脑保护装置下治疗双侧颈动脉狭窄一例

作者: 崔进国, 梁志会, 潘新元, 田惠琴
作者单位: 050082, 石家庄, 白求恩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): 2004, 13(3)
被引用次数: 1次

引证文献(1条)

1. 邹静, 王岚 保护伞结合血管内支架治疗颅颈部动脉狭窄的护理[期刊论文]-介入放射学杂志 2004(5)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200403043.aspx

授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 8ba4236b-3a7a-4502-83b9-9e2b00a78ef9

下载时间: 2010年11月11日