

在介入治疗过程中,与少动脉血供的恶性肿瘤鉴别尤其重要:①详细询问病史,本组 12 例患者中有 7 例以右上腹隐痛不适就诊,多次 CT 复查,数月来病灶无明显进展,提示良性可能。②临床检验,炎性假瘤 HBsAg 多为阴性,AFP 正常或轻度升高,肝功能指标一般正常。③肝动脉造影,恶性肿瘤多可见到异常的肿瘤血管,尤其很少出现病灶周边环状染色。④CT、MRI 动态扫描,恶性肿瘤极少出现环状强化,结节状强化和分隔强化。

IPL 首选手术治疗,当肿瘤较大,出现压迫症状而不能耐受手术的患者,可以考虑介入栓塞治疗,但疗效尚少见文献报道^[9]。

[参考文献]

- [1] Pack GT, Backer HW. Total right hepatic lobectomy. Report of a case [J]. Ann Surg, 1953, 138: 253 - 258.
- [2] Anthony PP, Telesinghe PU. Inflammatory pseudotumor of the

liver[J]. J Clin Pathol, 1986, 39: 761 - 768.

- [3] Chen KT. Inflammatory pseudotumor of the liver [J]. Hum Pathol, 1984, 15: 694 - 696.
- [4] Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver. Clinic-Pathologic study and review of the literature[J]. Cancer, 1990, 65: 1583 - 1590.
- [5] Krech RH, Erhardt DM, Neumann H. Inflammatory pseudotumor of the liver: Morphologie and cytophotomery studies and differential diagnosis[J]. Pathology, 1995, 16: 415.
- [6] 曹丹庆,蔡祖龙. 全身 CT 诊断学[M]. 北京:人民军医出版社, 1995: 444 - 445.
- [7] Papachristou GI, Wu T, Marsh W, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver associated with Crohn's disease [J]. J Clin Gastroenterol, 2004, 38: 818 - 822.
- [8] Someren A. Inflammatory pseudotumor of the liver with occlusive phlebitis: report of a case in a child and review of literature[J]. Am J Pathol, 1978, 69: 176 - 181.
- [9] 张金山. 现代腹部介入放射学[M]. 北京:科学出版社, 2000: 5.

(收稿日期:2007-06-14)

·临床研究 Clinical research·

封堵器联合覆膜支架和弹簧圈治疗胸腔内锁骨下动脉瘤

赵 珺, 张玉春

[摘要] 目的 探讨用封堵器联合覆膜支架和弹簧圈治疗临近主动脉弓的锁骨下假性动脉瘤的价值。方法 经左侧腋动脉通路将室间隔封堵器植于锁骨下动脉起始段,封堵动脉瘤入口;经股动脉通路植入覆膜支架加强封堵效果;再经左侧腋动脉通路以弹簧钢圈封闭假性动脉瘤出口。结果 左锁骨下动脉假性动脉瘤入口、开口完全封闭,无内漏,无脑部症状,上肢无明显缺血表现。结论 封堵器联合覆膜支架和钢圈的“三介入法”治疗临近主动脉弓的左锁骨下动脉假性动脉瘤,具有微创操作、封闭彻底、机械结构稳定、手术安全性高等优点。

[关键词] 锁骨下动脉;动脉瘤,假性;主动脉,胸;覆膜支架;封堵器;弹簧圈

中图分类号:R543.5 文献标识码:B 文章编号:1008-794X(2008)-04-0277-04

Occluder combined with covered stent-graft and steel coil for the treatment of intra-thoracic subclavian arterial aneurysm ZHAO Jun, ZHANG Yu-chun. Department of Vascular Surgery, Shanghai 6th People's Hospital, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200233, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the occluder combined with covered stent-graft and coils in treatment of intra-thoracic pseudo-aneurysm at the proximal segment of subclavian artery. **Methods** The ASD occluder was deployed at the orifice of the subclavian artery via the access of left humeral artery to seal the entrance. The stent-graft was deployed to give additional sealing of the entrance of the left subclavian artery via the access of femoral artery. Finally the coils were deployed at the outlet segment of the pseudo-aneurysm again

作者单位:200233 上海交通大学附属第六人民医院血管外科(赵 珺);山东省临沂市人民医院心外科(张玉春)
通讯作者:赵 珺

via the left humoral artery to block the reflux. **Results** The orifice and the outlet of the left subclavian pseudo-aneurysm were both sealed thoroughly without endoleak, brain accident or arm ischemic symptoms.

Conclusions The tri-interventional method utilizing the occluder, covered stent-graft, and the coils in the treatment of the pseudo-aneurysm at the proximal segment of the subclavian artery has the benefits of mini-invasion, thorough sealing, stable frame structure, and assures high security. (J Intervent Radiol, 2008, 17: 277-280)

【Key words】 Subclavian artery; Aneurysm/pseudo-; Aorta/thoracic; Stent-graft; Occluder; Coils

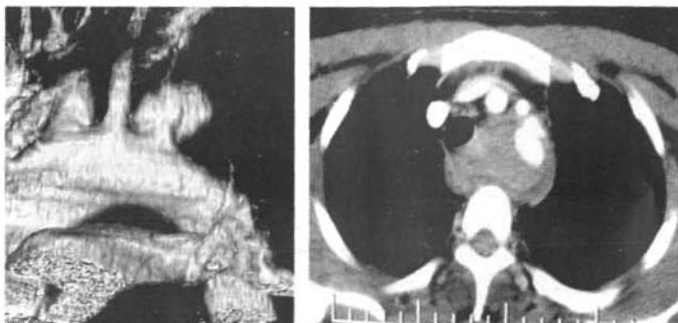
位于胸腔内的锁骨下动脉起始段的假性动脉瘤治疗较困难。传统的治疗方法是开胸切除置换人造血管或直接结扎之。由于主动脉弓上动脉、静脉、神经等纵横交错,对手术操作影响较大,而且并发症率和手术风险较高^[1]。目前血管腔内覆膜支架(stent-graft)治疗动脉瘤的方法所显示出的微创优势使该法在外周动脉瘤的治疗方面应用日渐广泛^[2-4]。但对于部分距离主动脉或分支动脉很近的外周动脉瘤,例如距离小于 1 cm,如直接应用 SG,将因为没有足够长度的瘤颈而导致无法达到彻底隔绝的效果。我们尝试采用覆膜支架、用于先天性心脏病的封堵器(occluder)加弹簧钢圈(coils)的“三介入法”治疗位于起始段锁骨下动脉瘤,获得满意的疗效,介绍如下。

1 临床资料

患者男,42 岁。因胸部不适体检发现左锁骨下动脉假性动脉瘤。CTA 示瘤体内径 2.8 cm,外径 4.5 cm,长度 4 cm,近端瘤颈长度小于 0.5 cm,内径约 9 mm,存在附壁血栓。远端流出道内径 3 mm。瘤体外壁压迫左颈总动脉。锁骨下动脉开口处主动脉弓内径约 28 mm(图 1)。根据测定数据,选用腰径 10 mm、顶帽直径 14 mm 的用于室间隔缺损的封堵器(上海形状记忆金属有限公司)1 枚、直径 8 mm 弹簧钢圈(COOK 公司)1 对、34 mm × 98 mm 覆膜

支架(Medtronic 公司)1 套。辅助材料包括超滑导丝、猪尾导管、动脉鞘、超硬导丝等。腹股沟韧带中点下方纵行切口 4 cm,游离股总动脉 2 cm,吊带牵引备用。穿刺右肘部肱动脉,Seldinger 技术置 6 F 动脉鞘,0.035 英寸/150 cm 超滑导丝交换 5 F 猪尾导管进入升主动脉,连接高压注射器行主动脉弓部造影,确认瘤体位置、形态、流入流出道情况(图 2)。经猪尾导管交换 0.035 英寸/260 cm 超硬导丝,撤除导管和动脉鞘,导引封堵器的输送器(9 F)进入主动脉弓,经输送器送入封堵器,推出前端顶帽,后撤卡于锁骨下动脉开口,即瘤入口,再后撤输送器使后端顶帽展开,保持末端与推送导丝仍连接。经股动脉穿刺引入超滑导丝,配合 5 F 猪尾导管至主动脉弓,高压造影显示封堵器未能彻底封闭进入锁骨下动脉血流。交换超硬导丝,送入携带覆膜支架的输送器,支架覆膜前缘定位于右颈总动脉左侧延长线(封堵器顶帽右侧边缘),释放覆膜支架。再次造影显示完全封闭左锁骨下动脉流入道。断开与封堵器连接的导丝,保留输送器外鞘,送入 5 F 椎动脉导管至动脉瘤流出道,手推造影显示流出道有反流血进入瘤腔。以直径 8 mm 弹簧钢圈 2 枚置于流出道,再次造影表明无血流进入瘤腔。撤除导管、压迫上肢穿刺处 15 min,加压包扎;缝合股动脉开口及手术切口。

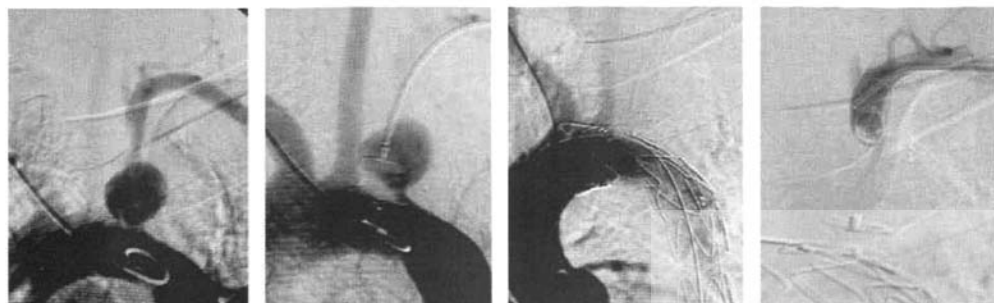
3 种介入手术操作步骤均成功,封堵器准确定



a 左锁骨下动脉瘤 CTA 图像

b CT 示动脉瘤实际大小超过三维重建图像

图 1 左锁骨下动脉假性动脉瘤



a DSA 示锁骨下动脉起始段假性动脉瘤 b 封堵器释放后造影,无法彻底封闭入口 c 植入覆膜支架后瘤腔不再显影 d 远端出口植入钢圈栓塞

图 2 假性动脉瘤治疗经过

位锁骨下动脉开口;覆膜支架成功释放定位于左锁骨下动脉开口,两者契合紧密。弹簧钢圈定位于动脉瘤流出道,椎动脉血流保持开放、通畅。各种器械在操作过程中未发生机械故障。造影显示:首先置入封堵器后,由于近段瘤颈不规则,肥厚且存在附壁血栓,封堵器与流入道契合不紧密,瘤腔继续显影。置入覆膜支架后假性动脉瘤流入道被完全隔绝,瘤腔未再显影。远段流出道植入弹簧钢圈后被完全封闭,瘤腔不显影,表明动脉瘤被彻底隔绝。

2 讨论

位于胸腔内锁骨下动脉瘤常规手术比较困难,尤其对于较大的锁骨下动脉起始段的动脉瘤,往往需要大范围开胸手术并在体外循环下进行,术野解剖结构复杂,手术操作难度大。随着血管腔内治疗和介入技术的日益推广,各种部位的动脉瘤几乎都可通过微创的腔内治疗完成。对于锁骨下动脉起始段的动脉瘤如能采用腔内疗法,其“性价比”可能更高。通常意义的动脉瘤覆膜支架隔绝术要求瘤体两端的主干动脉必须有足够的瘤颈。对于外周动脉瘤,两端瘤颈长度不小于 10 mm 即可。如瘤颈小于该长度,不仅隔绝不完全,锚定也不会稳固,容易造成移位。本例近端瘤体已经靠近主动脉弓,近端瘤颈长度不足,不适合采用通常的腔内覆膜支架植入法。大型腹膜支架植入主动脉弓直接封堵锁骨下动脉开口的的方法适用于部分胸主动脉夹层动脉瘤,但本例动脉瘤流入道不平滑,锁骨下动脉开口距左颈总动脉开口也较近,仅不足 5 mm。因而预计难以达到满意的隔绝效果。用于治疗先天性心脏病的封堵器疗法和血管栓塞治疗的弹簧钢圈疗法已经临床成功应用多年,对阻断血流有良好的效果。本例尝试组合该三种介入材料用于本例特殊位置的动脉

瘤,可称做“三介入法”。下面简要分析其原理及应用注意事项。

2.1 三介入法的原理和优点

通常用于房室间隔缺损的封堵器结构呈“空竹”状,由短圆柱形“腰”和两端的盘状“顶帽”构成,多由细金属丝网状编织而成,内部缝固多层隔断血流的薄膜。一般封堵器直径 10 mm 以内或顶帽直径 20 mm 以内均可缩装于内径 8 ~ 9 F 的输送器,可顺利经过成人的肱动脉到达主动脉弓。本例近端瘤颈长度较短,瘤腔与主动脉弓的关系与左右心室相似,故适用室间隔缺损封堵器。植入后,两端顶帽分别位于主动脉弓和瘤腔内,与封堵室间隔缺损的原理相同。但由于开口处主动脉弓的管壁呈拱形而不是室间隔的平面形,故单独以封堵器无法彻底封闭血流,待后续覆膜支架植入后,以支架的张力将顶帽紧密贴附于主动脉壁,支架的覆膜同时也扩大了封闭面积。本法消除了植入器材与血管解剖结构形态不完全匹配(结合不紧密)所导致的 I 型内漏,因而可以达到满意疗效,不易发生内漏,且具有通用性。封堵器本身也可以用做覆膜支架的定位标记,其显影比位于锁骨下动脉内的导管更清晰,位置更准确,有利于覆膜支架的准确定位和释放。用于栓塞血管的弹簧圈防止了逆向反流血进入瘤腔,达到了彻底隔绝动脉瘤的效果。

2.2 并发症及防治

左椎动脉是左锁骨下动脉最重要的分支,供应大脑后部、延髓、脑桥的血液。术中封闭锁骨下动脉开口的同时可造成椎动脉的急性缺血。目前通常认为,如果左侧椎动脉是优势供血动脉,急性闭塞后将引起其供血范围的急性缺血,导致严重的临床后果,应进行颈部转流手术^[9]。我们在临床工作中多次直接封闭左锁骨下动脉开口,仅部分病例进行了椎

动脉血流重建。总结直接封闭锁骨下动脉开口的条件为:只要 Willis 环左后交通动脉通畅,即可直接封堵左锁骨下动脉开口,此时左后脑区域的血液供应来源于颈动脉系统。如果单凭优势供血而不加分析的加做颈部辅助手术,不仅增加了操作和风险,也增加患者负担。另一个可能的并发症是急性上肢动脉缺血。理论上该风险确实存在,但临床观察左锁骨下动脉封闭后的病例,多数仅有左上肢乏力,脉搏消失,而急性坏死的情况并未出现,原因可能是颈肩部大量的分支血管可代偿供血,维持肢体活力。而随着时间推移,代偿能力不断增强,肢体力量还可以逐渐恢复,因而,上肢缺血的后果并非一定严重。如果出现失代偿情况,可后续行左颈总动脉-左锁骨下(或腋)动脉旁路术。

2.3 注意事项

本手术采用了室间隔封堵器。如能根据术前评估的结果定制规格,可能效果更佳。尤其顶帽偏心的结构更适合局部解剖状况。手术次序是:首先植入封堵器,但保持封堵器和推送导丝不分离。然后经股动脉植入覆膜支架,释放并定位于预定位置后再将封堵器与推送导丝分离,这样可防止封堵器脱落移位。操作过程中还须注意,导引覆膜支架的导丝不能穿入封堵器网孔。预防措施是先以软导丝在弯头导管(如多功能导管、椎动脉导管、Cobra 导管

等)导引下通过主动脉弓,避开封堵器,再交换超硬导丝,导引覆膜支架到位。

综上所述,应用封堵器联合覆膜支架和弹簧钢圈的“三介入法”,可替代传统的开胸直视下锁骨下动脉瘤切除手术,具有明显的微创效益,操作比较简单,降低了手术风险。该方法还可适用于靠近主动脉的颈总动脉瘤或无名动脉瘤。

[参考文献]

- [1] Niinami H, Aomi S, Chikazawa G, et al. Progress in the treatment of aneurysms of the distal aortic arch: approach through median sternotomy [J]. J Cardiovasc Surg (Torino), 2003, 44: 243 - 248.
- [2] Dake MD, Miller MC, Semba CP, et al. Transluminal placement of endovascular stent-grafts for the treatment of descending thoracic aortic aneurysms[J]. N Engl J Med, 1994, 331: 1729 - 1734.
- [3] 赵 珊. 胸主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术中多种移植应用体会[J]. 中国医学影像技术, 2001, 17: 1138.
- [4] Inoue K, Sato M, Iwase T, et al. Clinical endovascular placement of branched graft for type B aortic dissection[J]. J Thoracic Cardiovasc Surg, 1996, 112: 1111 - 1113.
- [5] Bergeron P, Coulon P, De Chaumaray T, et al. Great vessels transposition and aortic arch exclusion [J]. J Cardiovasc Surg, 2005, 46: 141 - 148.

(收稿日期:2007-06-29)

·临床研究 Clinical research·

支气管扩张大咯血 DSA 特点及栓塞治疗

徐国斌, 刘骏方, 胡金香, 龙清云

【摘要】目的 探讨支气管扩张(支扩)大咯血病变动脉 DSA 表现特点及栓塞治疗疗效。**方法** 35 例支扩大咯血患者,参考胸片、CT 等影像资料行选择性支气管动脉及其他目标血管 DSA 检查,根据造影表现行病变动脉栓塞治疗,栓塞材料为 PVA 和(或)明胶海绵颗粒(条),术后随访疗效。**结果** ① DSA 表现:病变血管单独为支气管动脉占 74.3%,合并非支气管体循环动脉 22.9%,单独为非支气管动脉 2.9%,异常动脉数量为 1~5(平均 1.8)支/例。显示出血直接征象 25.7%,间接征象 100%。②栓塞情况及疗效:栓塞 34 例共 61 支病变血管;应用微导管 16 例。1 例 3 d 内栓塞 2 次无效,3 个月内复发 4 例,3 个月后复发 2 例,栓塞治疗总有效率为 85.3%,复发率为 20.6%,无脊髓损伤等严重并发症。**结论** 支扩大咯血 DSA 检查阳性率高,参考造影特点行选择性病变动脉栓塞治疗安全性好,疗效确切。

作者单位:430071 武汉大学中南医院放射介入科

通讯作者:徐国斌

作者: [赵琨](#), [张玉春](#), [ZHAO Jun](#), [ZHANG Yu-chun](#)
作者单位: [赵琨, ZHAO Jun \(上海交通大学附属第六人民医院血管外科, 200233\)](#), [张玉春, ZHANG Yu-chun \(山东省临沂市人民医院心外科\)](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) **ISTIC** **PKU**
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2008, 17(4)
被引用次数: 0次

参考文献 (5条)

- [Niinami H, Aomi S, Chikazawa G Progress in the treatment of aneurysms of the distal aortic arch: approach through median sternotomy 2003](#)
- [Dake MD, Miller MC, Semba CP Transcatheter placement of endovascular stent-grafts for the treatment of descending thoracic aortic aneurysms 1994](#)
- [赵琨 胸主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术中多种移植术应用体会 \[期刊论文\] - 中国医学影像技术 2001](#)
- [Inoue K, Sato M, Iwase T Clinical endovascular placement of branched graft for type B aortic dissection 1996](#)
- [Bergeron P, Coulon P, De Chaumaray T Great vessels transposition and aortic arch exclusion 2005](#)

相似文献 (5条)

- 期刊论文 [李志忠](#), [许尚栋](#), [刘彤](#), [陶英](#), [王苏](#), [马临安](#), [黄方炯](#), [孙衍庆](#), [张兆光](#), [LI Zhi-zhong](#), [XU Shang-dong](#), [LIU Tong](#), [TAO Ying](#), [WANG Su](#), [MA Lin-an](#), [HUANG Fang-jiong](#), [SUN Yan-qing](#), [ZHANG Zhao-guang](#) 覆膜支架腔内治疗急性胸主动脉综合征 - 中华心血管病杂志 2007, 35(6)
目的 评价覆膜支架腔内治疗急性胸主动脉综合征的有效性和安全性。方法 2001年5月至2005年12月应用覆膜支架治疗57例急性胸主动脉综合征患者, 其中急性主动脉B型夹层45例, 穿透性粥样硬化性溃疡(PAU)或假性动脉瘤9例, 创伤性胸主动脉瘤3例。建立数据库, 分析其临床特点、疗效及随访结果。结果 57例患者覆膜支架置入技术成功率100%。5例有近端漏, 1例术中出现升主动脉夹层, 未予特殊处理, 随访结果良好: 1例术后7天出现升主动脉夹层并发生心包填塞死亡。5例PAU或主动脉夹层合并冠心病患者, 在应用覆膜支架成功完全封闭破口后立即行冠状动脉介入治疗成功。1例出现术后一过性双下肢无力, 经静脉滴注山莨菪碱和甘露醇2天后痊愈。1例支架覆盖左锁骨下动脉开口导致左椎动脉缺血, 嗜睡2天后自行好转。术后重症监护病房时间1~8(平均3.5)天, 术后平均住院10天。术后30天内死亡2例, 1例死于升主动脉夹层破裂, 1例死于急性肾衰竭。术后30天内死亡率3.5%。术后平均随访(25.3±13.1)(13~55)个月。1例于术后3个月死于大咯血, 1例死因不明。1例因近端漏行二次腔内修复术。5例患者因降主动脉覆膜支架远端再发现破口, 行二次腔内修复术。术后截瘫发生率为0, 无支架移位、狭窄等并发症。术后住院及随访期内总死亡率为7.0%。与传统手术相比, 腔内治疗急性胸主动脉综合征具有创伤小、严重并发症少、住院时间较短的优势。结论 覆膜支架是治疗急性胸主动脉综合征优良且有效的方法, 也可用于外科手术高风险患者, 近中期随访结果良好, 远期结果有待于进一步随访。
- 期刊论文 [张婉](#), [史振宇](#), [符伟国](#), [陈斌](#), [徐欣](#), [郭大乔](#), [蒋俊豪](#), [杨珏](#), [王珏琦](#), [ZHANG Wan](#), [SHI Zhen-yu](#), [Fu Wei-guo](#), [CHEN Bin](#), [XU Xin](#), [GUO Da-qiao](#), [JIANG Jun-hao](#), [YANG Jue](#), [WANG Yu-qi](#) 钝性外伤后胸主动脉扩张性病变的临床分析 - 中华普通外科杂志 2010, 25(3)
目的 总结钝性外伤后胸主动脉扩张性病变诊疗经验。方法 回顾性分析12例钝性外伤后胸主动脉扩张性病变的临床资料, 其中主动脉夹层(Stanford B型)8例以及降主动脉假性动脉瘤4例。术前螺旋CT血管造影及术中数字血管减影造影对病变进行评估, 待严重并发症稳定后行腔内支架型人工血管植入术。术后3、6、12个月以及其后每年随访CTA明确治疗效果。结果 11例行腔内支架型人工血管植入术, 另1例未及手术死亡。所有手术患者均获技术成功, 完全或部分遮盖左锁骨下动脉6例, 支架释放后即刻造影发现内漏3例, 2例球囊扩张后内漏消失, 1例仅给予随访。共9例获随访(B型主动脉夹层6例、降主动脉假性动脉瘤3例), 均正常生存, 未出现左上肢缺血症状及神经系统阳性体征, CTA检查示近远端主动脉无新发夹层或动脉瘤, 无内漏、截瘫以及支架移位等并发症。结论 钝性外伤后胸主动脉损伤多位于主动脉峡部, 待重要脏器合并症稳定后行腔内支架型人工血管治疗有效可行, 安全性高。
- 期刊论文 [施德兵](#), [符伟国](#), [郭大乔](#), [陈斌](#), [史振宇](#), [王玉琦](#), [纪元](#), [SHI De-bing](#), [FU Wei-guo](#), [GUO Da-qiao](#), [CHEN Bin](#), [SHI Zhen-yu](#), [WANG Yu-qi](#), [JI Yuan](#) 白塞病并发动脉瘤12例的外科治疗体会 - 中华普通外科杂志 2007, 22(5)
目的 总结白塞病并发动脉瘤的外科手术和腔内治疗经验。方法 对1977年6月至2006年3月收治的12例白塞病患者并发21个动脉瘤进行回顾性分析。腹主动脉瘤3个, 升主动脉瘤1个, 髂动脉瘤4个, 髂动脉吻合口假性动脉瘤1个, 股总动脉瘤3个, 股浅动脉瘤2个, 腘动脉瘤2个, 椎动脉瘤1个, 锁骨下动脉瘤2个, 颈动脉瘤1个和肠系膜上动脉瘤1个。21个动脉瘤中, 行外科手术14个, 包括动脉瘤切除、人工血管或自体大隐静脉移植术12个, 动脉瘤切除、病变动脉结扎2个; 行支架型人工血管腔内修复术6个; 1个升主动脉瘤因患者全身情况差, 行保守治疗。结果 围手术期死亡患者2例, 其中1例行外科手术, 1例行腔内修复术。术后吻合口假性动脉瘤1例(1个), 其他部位新动脉瘤形成7个, 下肢血管移植植物阻塞2例, 但患肢无明显缺血坏死。6例患者随访3~293个月, 随访中位时间28个月, 1例死于肺癌。结论 白塞病动脉瘤一旦发生, 需积极处理。术前、术后积极免疫抑制治疗可降低外科手术和腔内修复术后并发症发生。因术后有吻合口和其他部位假性动脉瘤复发及血管移植植物阻塞可能, 需长期随访、及时处理。
- 期刊论文 [张小明](#), [张学民](#), [李伟](#), [李清乐](#), [蒋京军](#), [焦洋](#), [沈晨阳](#), [袁钰](#), [汪忠镐](#) 支架型人工血管临床应用的初步经验 - 中华普通外科杂志 2004, 19(3)
目的 探讨支架型人工血管治疗各类动脉瘤的临床效果。方法 本组包括夹层动脉瘤48例; 腹主动脉瘤13例; 降主动脉、左锁骨下动脉、肾下和肾上腹主

动脉假性动脉瘤分别为4例、1例、2例和1例;左、右髂动脉瘤各1例. 对夹层动脉瘤和假性动脉瘤均行破口封堵术, 真性腹主动脉瘤行隔绝术. 结果本组均获技术成功. 围手术期死亡2例. 5例夹层动脉瘤术后近侧有少量残余漏, 但4例半年后近侧渗漏消失, 9例残存远侧破口少量返流. 腹主动脉瘤6例术后即时有轻度内漏, 3个月后5例内漏消失. 结论支架型人工血管治疗夹层动脉瘤、假性动脉瘤和真性动脉瘤手术微创、安全, 但其远期疗效需进一步观察.

5. 期刊论文 [禹纪红, 黄连军, 蒋世良, 金敬琳, 常宗平, 吕滨](#) 108例支架近端锚定区不足患者胸主动脉覆膜支架置入术

[治疗分析](#) -中国介入心脏病学杂志2010, 18(3)

目的 探讨胸主动脉覆膜支架置入术在支架近端锚定区不足时左锁骨下动脉的处理方法及支架直接覆盖左锁骨下动脉开口的安全性. 方法 回顾分析支架近端锚定区不足的108例胸主动脉病变(B型夹层94例, 假性动脉瘤14例)左锁骨下动脉的处理方法、结果及并发症. 2例行人工血管旁路联合覆膜支架置入术(杂交手术), 其余患者直接行覆膜支架置入术, 其中, 完全覆盖左锁骨下动脉开口72例(A组), 部分覆盖左锁骨下动脉开口34例(B组). 对比两组术后内漏、ISA显影、双上肢收缩期压差等结果. 结果 支架均顺利置入, 术后除1例出现脑供血不足, 死于呼吸循环衰竭, 余患者均未出现神经系统并发症及左上肢严重缺血症状. A组左上肢收缩期血压低于右侧(84.8 ± 44.0 mm Hg和 130.8 ± 21.4 mm Hg, 差异具有统计学意义; B组双上肢收缩期血压差异无统计学意义. 随访(31.3 \pm 23.7)个月, 仅A组中33例出现轻微左上肢乏力、麻木及头晕症状, 无需手术处理. 结论 胸主动脉覆膜支架置入术中近端锚定区不足时, 直接覆盖左锁骨下动脉开口以延长锚定区是可行的, 特别是部分覆盖LSA开口更为安全; 但必需严格把握适应证、仔细评估双侧椎动脉及颈动脉血供情况, 对合并脑梗塞、呼吸睡眠暂停综合征等影响脑供血疾病的患者即使右侧椎动脉及双侧颈动脉血供良好, 也不宜直接完全覆盖LSA开口.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200804015.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: cb5a5d2e-5253-4e64-bc28-9df701798b95

下载时间: 2010年9月20日