

Ⅱ C 型腹主动脉瘤腔内隔绝术中髂内动脉的处理

包俊敏 景在平 赵志青 冯翔 赵 陆清声 冯睿 黄晟

【摘要】 目的 总结累及髂动脉分叉的Ⅱ C 型腹主动脉瘤(AAA)的处理方法。方法 自 1997 年 3 月至 2002 年 10 月共对 42 例Ⅱ C 型 AAA 实施了腔内隔绝术,其中包括单侧髂动脉分叉受累者 19 例,双侧髂动脉分叉受累者 23 例。针对髂总动脉不同的病变情况,采取了保留健侧髂内动脉、一侧髂内动脉重建、髂总动脉外绑扎等不同的处理方法。结果 即时操作成功 41 例(97.6%),手术结束时无Ⅰ型内漏存在。术后出现臀、股部疼痛 3 例(7.5%),便血 2 例(5.0%),未发生臀、股部和结、直肠坏死。结论 通过对髂内动脉作不同的处理,应用腔内隔绝术治疗Ⅱ C 型 AAA 完全可以取得满意疗效。术中应尽可能保留一侧髂内动脉,避免同时封闭双侧髂内动脉。

【关键词】 腹主动脉瘤;腔内隔绝术;髂内动脉

Management of hypogastric artery in endovascular exclusion for type Ⅱ C abdominal aortic aneurysm

BAO Junmin, JING Zaiping, ZHAO Zhiqing, et al. Department of Vascular Surgery, Changhai Hospital, Second Military Medical University; Institute of Vascular Surgery of PLA, Shanghai 200433, China.

【Abstract】 Objective To summarize our experiences of management for hypogastric artery in endovascular exclusion (EVE) for type Ⅱ C abdominal aortic aneurysm (AAA). **Methods** From March, 1997 to October 2002, endovascular exclusions were performed on 42 cases of type Ⅱ C AAAs. Among them, the unilateral iliac bifurcations of 23 cases and the bilateral iliac bifurcations of 19 cases were involved. Various techniques, including the preservation of contralateral hypogastric artery, reconstruction of unilateral hypogastric artery and extra-artery ligation, were applied according to the different conditions of common iliac artery involved. **Results** The procedures were technically successful in 41 patients (97.6%) without presence of obvious type I endoleak. Buttock pain occurred in 3 cases (7.5%), and bloody faeces in 2 cases (5.0%), but without buttock and colorectal necrosis. **Conclusions** EVE is an effective method for type Ⅱ C AAA. It is important to preserve the unilateral hypogastric artery, and avoid to occlude the bilateral hypogastric artery as well as possible.

【Key words】 Abdominal aortic aneurysm; Endovascular exclusion; Hypogastric artery

自 1991 年用微创的腔内隔绝术(endovascular exclusion, EVE)治疗腹主动脉瘤(abdominal aortic aneurysm, AAA)以来,该法在器材和技术方面有了很大发展,大有成为肾下型 AAA 首选治疗方法之势。按照针对 EVE 的 AAA 三类五分型法^[1](图 1),传统的 EVE 适应证是Ⅰ型、Ⅱ A 型和Ⅱ B 型,而Ⅱ C 型则因病变超越髂动脉分叉而成为 EVE 的相对禁

忌证。我们自 1997 年 3 月至 2002 年 10 月共对 136 例 AAA 实施了 EVE,其中有 42 例为Ⅱ C 型 AAA。现将我们的相关处理体会报告如下。

材料与方法

一、一般资料

42 例Ⅱ C 型 AAA 患者术前均行彩超、CTA 或 MRA 检查,以明确诊断及分型,并进一步测量瘤体大小及长度、瘤颈大小及长度、髂总动脉及髂外动脉的口径和髂总动脉长度等指标,以选择合适移植体。

二、手术方法

手术及术后处理按我科常规方法进行^[2]。全

基金项目 军队杰出人才基金(编号 98J005)、上海市卫生系统百人计划基金(编号 97BR047)、长海医院学科攀登计划基金资助课题

作者单位 200433 上海 第二军医大学附属长海医院血管外科,全军血管外科研究所

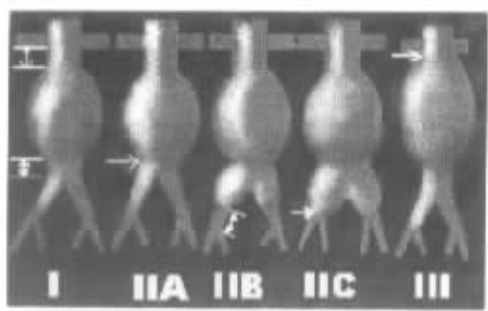


图 1 腹主动脉瘤三分五型法

麻下作双侧腹股沟韧带下纵切口,有 7 例作一侧下腹部经腹膜外切口。显露股动脉,直视下穿刺置管行腹主动脉造影,进一步确认上述测量指标,标定双侧肾动脉和髂内动脉开口的位置。经股动脉切口送入移植物主体,再经另一侧股动脉或髂动脉送入移植物短肢与主体对接。

对髂动脉瘤的处理根据髂动脉受累情况的不同,采用了以下几种不同的方法:①单侧髂总动脉受累:使移植物远端超越受累扩张之髂总动脉而铺至髂外动脉,同时封闭髂内动脉;对侧移植物铺至髂内动脉开口近端,以保留该侧髂内动脉(图 2)。②双侧髂总动脉受累:有 A、B 两种方法。A 法:同时将双侧移植物覆盖至髂外动脉,封闭双侧髂内动脉;经一侧下腹部腹膜外切口结扎切断髂内动脉,并与移植物远端之髂外动脉作端侧吻合,以重建该侧髂内动脉血供(图 3)。B 法:按上述①方法置入移植物;

作保留髂内动脉侧的腹膜外切口,显露扩张的髂总动脉,用 10 号丝线作绑扎,以缩窄扩张的髂总动脉,使已置入的移植物能紧密贴附于动脉壁,消除远端内漏(图 4)。③在需要封闭髂内动脉时,如造影显示该动脉无明显硬化狭窄,应在置入腔内移植物前用弹簧钢圈将其栓堵,以防止髂内动脉血液返流造成内漏(图 2);反之如该动脉明显狭窄,则也可不作栓堵。上述操作完成后再次造影,观察移植物形态和位置、动脉瘤隔绝效果,了解有无内漏存在,如有内漏则采用球囊扩张、附加延长移植物、中和肝素促凝等方法^[3]进行处理。

结 果

本组均选用分叉型移植物,包括 Vanguard (Boston Scientific Co., 美国)5 例、Talent (Medtronic 美国)37 例。42 例中,病变累及一侧髂动脉分叉者 19 例,均采用方法①处理,即封闭受累侧髂内动脉,保留对侧髂内动脉;其中 11 例同时行髂内动脉栓堵术。病变累及双侧髂动脉分叉者 23 例,按方法②A 处理者 12 例,即封闭双侧髂内动脉后重建一侧髂内动脉;按方法②B 处理者 7 例,即封闭一侧髂内动脉,另一侧行髂总动脉绑扎缩窄术;另有 4 例封闭双侧髂内动脉后未作重建。全组即时操作成功 41 例(97.6%),手术结束时无一例存在内漏;1 例因导入移植物时发生髂动脉破裂大出血而中转开腹手



图 2 单侧髂动脉分叉受累,封闭一侧髂内动脉(左),保留对侧髂内动脉



图 3 双侧髂动脉分叉受累,封闭双侧髂内动脉,重建一侧髂内动脉于髂外动脉(左)。



图 4 双侧髂动脉分叉受累,封闭一侧髂内动脉(左),对侧行髂总动脉外绑扎缩窄。

术。无术中死亡。院内死亡 2 例(4.76%),1 例死于术后并发急性肾功能衰竭,另 1 例死于严重凝血功能障碍。其余 40 例中,术后出现便血 2 例(5.0%),出现臀、股部疼痛 3 例(7.5%),均经静滴前列腺素 E_1 (PGE_1)后缓解,未发生结肠和臀、股部坏死等严重并发症,切口脂肪液化 5 例(11.9%)。

术后随访时间最长者已达 5 年,2 例因移植物远端回缩出现内漏,再次置入延长移植物治疗;4 例分别于术后半年至 1 年出现臀、股部疼痛,导致下肢跛行,复查 CTA 示重建的髂内动脉闭塞。其余病例均恢复良好。

讨 论

EVE 治疗 AAA 成功的关键在于移植物的牢固锚定,而要做到这一点就必须使移植物的两端超越明显扩张的瘤体组织,固定在相对较为正常的动脉壁上。换言之,适合 EVE 的 AAA 必须要有适当的“瘤颈”,Ⅲ型 AAA 就因没有近端“瘤颈”而成为 EVE 的禁忌证。同样,ⅡC 型 AAA 因动脉瘤累及髂动脉分叉,使髂总动脉无法用作惯常用以固定分叉型移植物的远端“瘤颈”,使得该型 AAA 成为 EVE 治疗的一大难点。

一、对髂内动脉存留问题的认识

要完成ⅡC 型 AAA 的 EVE 治疗,使移植物远端固定于正常动脉壁,就必须使之超过髂动脉分叉而锚定于髂外动脉,这就必然涉及到髂内动脉的存留问题。髂内动脉的分支分为壁支和脏支两部分,前者主要有臀上动脉和臀下动脉等,主管臀部和股后上部的血供;后者主要包括直肠下动脉和阴部内动脉等,主供盆腔脏器(膀胱、生殖系统)的血液。在外伤大出血、盆腔巨大肿瘤等急重症的处理中,为挽救生命,可以行髂内动脉结扎或栓塞,以制止或减少出血。但这不应成为 EVE 术中同时封闭双侧髂内动脉的依据。牺牲髂内动脉是否会出现相关并发症取决于股深动脉、肠系膜下动脉等的代偿能力,而 AAA 多数为动脉硬化型,常伴有其他部位动脉硬化狭窄,如股深动脉狭窄甚至闭塞,就会影响对髂内动脉闭塞的代偿能力,再加之肠系膜下动脉多发自瘤体,随着瘤体的隔绝而被封闭,这样就可能出现臀部或髋部疼痛甚至缺血坏死、性功能障碍和结直肠缺血坏死等并发症。而 AAA 的治疗目的在于消除动脉瘤破裂致死这一隐患,恢复和改善患者的生活质量,因此应尽可能避免发生这些并发症。

Lin 等^[1]曾对 AAA 患者 EVE 术中栓堵一侧或

双侧髂内动脉的情况进行了随访研究,两组均有 50% 出现髋或臀性跛行;双侧组术后 3 d 有 25% 出现阴囊蜕皮,术后 4 个月有 25% 发生尾骶部坏死;单侧组和双侧组术后出现勃起功能障碍者分别为 38% 和 50%。本组病例中,尽管采取了一定措施来保留一侧髂内动脉的血供,也仍有 7.5%(3/40)的病例出现臀、股部疼痛,幸无坏死发生。此外,在封闭双侧髂内动脉而未作重建的 4 例中有 2 例(50%)出现便血等结、直肠缺血表现。因此,我们认为,在进行 EVE 治疗 AAA 的过程中应尽可能避免同时封闭双侧髂内动脉。

二、保留髂内动脉的方法选择和评价

根据髂动脉不同的受累情况,可以采取不同的处理方法。对于仅累及单侧髂动脉分叉者,处理相对简单,只需要使分叉型移植物的分肢(髂动脉受累侧)超越髂动脉分叉,锚定于髂外动脉即可避免出现远端内漏,而对侧的移植物分肢锚定于髂动脉分叉近端即可。这样,在封闭一侧髂内动脉的同时很好地保留了另一侧的髂内动脉。本组 42 例中有 19 例即属此种情况。

如果双侧髂动脉分叉同时受累,则处理相对复杂。我们在早期病例的处理中,多采用一侧髂内动脉重建法,即双侧移植物分肢都锚定于髂外动脉,同时封闭双侧髂内动脉,经一侧下腹部腹膜外切口解剖显露髂动脉,将髂内动脉切断后重新吻合于髂外动脉。该方法操作较为复杂,需作较多的动脉分离和重建吻合工作,尤其在动脉硬化严重者,髂内动脉质量较差,重建吻合较为困难,需要较好的血管外科手术技术。同时,这种质量甚差的髂内动脉重建后也有相当高的再闭塞率,本组为 33.3%(4/12),从而在手术一定时间后出现相应的缺血症状。以后我们在实践中体会到,ⅡC 型 AAA 的处理难点就在于髂总动脉受累扩张无法妥贴地固定移植物,从而产生血液返流造成内漏而使动脉瘤隔绝失败,如能解决移植物在髂总动脉内的固定问题就可使问题迎刃而解。因此,我们创用了移植物外扩张动脉绑扎缩窄术,即利用一侧下腹部腹膜外切口显露髂动脉,在移植物分肢置入髂总动脉后在动脉外用粗丝线绑扎数道,以缩小动脉口径,使之与移植物紧密贴合。与髂内动脉重建相比,该方法更为简便易行,且效果确实可靠。

以上技术的应用使得ⅡC 型 AAA 的 EVE 治疗效果更为完善,从而拓宽了 EVE 治疗 AAA 的指征。需要附加一个下腹部的经腹膜外切口,这是处理双

侧髂动脉受累的 II C 型 AAA 的必要手段,也是其惟一“缺点”。但在专业血管外科医生手中,完成一个下腹部长约 10 cm 的腹膜外切口仅需半小时左右,对手术时间的影响甚小,对患者的创伤和术后恢复也并无不良影响。

三、保留髂内动脉的技术要点

在具体操作中,需掌握以下要点:①一般将分叉型移植物的主体放在髂内动脉封闭侧,后接短肢放在保留侧。后者置放时必须在 DSA 下作精确定位,以髂内动脉开口作为移植物定位标记,根据“就下不就上”的原则来确定短肢和主体接口的重叠长度。②髂内动脉封闭侧的处理可通过术中附加延长移植物来实现,因为术前对瘤体长度的测评可能会有误差,现有的商品化移植物系统也很难做到个性化精确定制。③髂内动脉重建时应尽可能长地显露,并在靠近其起始部处切断,结扎近端断口,将远端断口与移植物远端的髂外动脉吻合。④行髂动脉绑扎时应使丝线绑扎于移植物的支架部分处,以免使没有

支架支撑的移植物覆膜受压狭窄,造成流出道不畅。这一点至关重要。⑤髂内动脉需封闭时应注意髂内动脉的形态和通畅情况,必要时应先行栓堵,以免因髂内动脉血液返流造成内漏。综上所述,通过针对髂内动脉的附加处理,腔内隔绝术治疗 II C 型 AAA 完全可以取得满意、确实的疗效。需强调的是,必须尽可能保留一侧髂内动脉,避免同时封闭双侧髂内动脉。

参 考 文 献

- 1 景在平,赵珺,冯翔,等.胸、腹主动脉瘤腔内隔绝术的临床应用.外科理论与实践,1998,3:203-206.
- 2 景在平,赵珺,赵志青,等.腹主动脉瘤腔内隔绝术治疗标准的初步探讨.第二军医大学学报,1999,20:831-833.
- 3 赵珺,景在平,包俊敏,等.胸主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术中内漏的处理对策.第二军医大学学报,2002,23:843-845.
- 4 Lin PH, Bush RL, Chaikof EL, et al. A prospective evaluation of hypogastric artery embolization in endovascular aortoiliac aneurysm repair. J Vasc Surg, 2002, 36:500-506.

(收稿日期:2002-11-17)

· 消息 ·

中国东部第二届介入放射学年会征文通知 (第一轮)

近年来介入放射学发展迅速,为了及时总结经验、交流新技术与信息,进一步推动我国东部地区介入放射学健康、深入地发展,中国东部第一届介入放射学术会议组委会决定,中国东部第二届介入放射学年会由福建省医学会和“介入放射学杂志”社共同主办,于 2003 年 5 月中旬在素有“海上花园”之称的经济特区厦门市召开。同时将举办国家级继续医学教育学习班并邀请国内外著名介入放射学专家讲座,大会将授予国家级继续医学教育 I 类学分。欢迎大家踊跃投稿,积极参加本次学术交流。现将会议征文的有关事宜通知如下:

一、征文内容:

1. 血管性与非血管性诊疗技术的基础研究 2. 介入影像学研究 3. 介入诊疗技术的前瞻性或回顾性的临床应用研究 4. 介入治疗新技术及经验总结 5. 介入技术规范、标准化的研究 6. 介入器械的开发与应用研究 7. 介入科或介入病房管理及临床护理 8. 计算机应用以及图像处理 9. PACS 与数字化组建和应用。

二、征文要求:

1. 论著限 4000 字以内,并附 800 字以内的中文摘要一份,摘要内容包括“四要素(目的、材料与方法、结果、结论)”。短篇报道、经验交流、病案讨论、专题论坛、综述等限 1000 字以内。稿件一律采用计算机打印或软盘(文件格式为 word 文档),并注明作者姓名、单位、详细地址、邮编。所有的稿件均需单位介绍信或加盖单位公章,请自留底稿,恕不退稿。

2. 征文截稿日期:2003 年 3 月 31 日(以当地邮戳为准),来稿(稿件或软盘)请用挂号邮寄至福建省福州市西二环北路 156 号南京军区福州总医院医学影像科(邮编 350025)吴纪瑞、杨永岩收。

联系电话:0591-7031762、0611-31762(军线)

传真:0591-7032848

电子邮件:zdping2002@sina.com

II C型腹主动脉瘤腔内隔绝术中髂内动脉的处理

作者：[包俊敏](#)，[景在平](#)，[赵志青](#)，[冯翔](#)，[赵琨](#)，[陆清声](#)，[冯睿](#)，[黄晟](#)
作者单位：[200433, 上海, 第二军医大学附属长海医院血管外科, 全军血管外科研究所](#)
刊名：[介入放射学杂志](#) **ISTIC PKU**
英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年，卷(期)：2003，12(1)
被引用次数：4次

参考文献(4条)

1. [景在平](#). [赵琨](#). [冯翔](#). [胸、腹主动脉瘤腔内隔绝术的临床应用](#) [期刊论文] - [外科理论与实践](#) 1998 (04)
2. [景在平](#). [赵琨](#). [赵志青](#). [腹主动脉瘤腔内隔绝术治疗标准的初步探讨](#) [期刊论文] - [第二军医大学学报](#) 1999 (11)
3. [赵琨](#). [景在平](#). [包俊敏](#). [胸主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术中内漏的处理对策](#) [期刊论文] - [第二军医大学学报](#) 2002 (08)
4. [Lin PH](#). [Bush RL](#). [Chaikof EL](#). [A prospective evaluation of hypogastric artery embolization in endovascular aortoiliac aneurysm repair](#) 2002

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [潘晓琳](#). [朱成河](#). [张丽丽](#). [陈丽艳](#). [王婷婷](#). [邱有为](#). [腹主动脉瘤腹膜支架腔内隔绝术的围手术期护理](#) - [实用医药杂志](#) 2010, 27 (1)

腹主动脉瘤(AAA)是由于动脉壁破裂变性后形成永久性异常膨胀、扩张、屈曲延长,是一种常见的动脉扩张性疾病。临床上把位于肾动脉水平以上的腹主动脉瘤称为胸腹主动脉瘤,而将位于肾动脉水平以下的称为腹主动脉瘤。早期诊断、早期治疗是降低该病病死率的唯一有效手段。由于腔内隔绝术治疗创伤小、恢复快,目前成为治疗肾下型腹主动脉瘤的首选方法。笔者所在医院2006~2009年收治AAA患者32例,对其中29例进行了覆膜支架腔内隔绝术,现将护理体会报告如下。

2. 期刊论文 [徐国建](#). [罗灿华](#). [谭羽灿](#). [XU Guojian](#). [LUO Canhua](#). [TAN Yucan](#). [腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤\(附5例报告\)](#) - [岭南现代临床外科](#) 2006, 6 (1)

目的探讨腹主动脉瘤腔内隔绝术的适应症及其并发症的防治。方法对5例患者采用经股动脉植入支架-人造血管复合移植术,对腹主动脉瘤进行腔内隔绝术。结果5例手术均获成功,无任何并发症发生。结论腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤具有简捷、微创、并发症少、术后恢复快等优点,为治疗本病的首选方法。

3. 期刊论文 [赛力克·马高维亚](#). [热衣汗古丽](#)·[买买提](#). [罗军](#). [哈尔满](#)·[阿吉汗](#). [哈尼帕](#)·[斯坎德尔](#). [哈肖](#)·[别克](#). [带膜支架腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤及主动脉夹层动脉瘤疗效分析](#) - [新疆医科大学学报](#) 2005, 28 (8)

目的:评价经导管带膜支架腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤及主动脉夹层动脉瘤的临床疗效。方法:应用带膜支架治疗III型腹主动脉夹层动脉瘤20例及腹主动脉瘤4例。20例主动脉夹层动脉瘤应用带膜支架行近侧内膜破口封堵,4例腹主动脉瘤选用分叉延伸型支架。结果:所有患者带膜支架释放均获得成功。1例主动脉夹层动脉瘤患者术后第3天因急性肾功能衰竭死亡。结论:主动脉夹层动脉瘤和腹主动脉瘤带膜支架腔内隔绝术是一项新的微创、安全的治疗手段。

4. 期刊论文 [徐良](#). [范西红](#). [景在平](#). [范子义](#). [腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤--3例报告](#) - [中国微创外科杂志](#) 2002, 2 (6)

目的探讨腹主动脉瘤腔内隔绝术适应症的选择及并发症的防治。方法采用经股动脉将支架-人造血管复合移植术导入腹主动脉治疗腹主动脉瘤。结果手术操作均获成功。无并发症发生。结论腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤具有简捷、微创、并发症少、术后恢复快等优点。

5. 期刊论文 [余沛旭](#). [洪桂英](#). [YU Pei-xu](#). [HONG Gui-ying](#). [腹主动脉瘤合并高血压患者介入室内行腔内隔绝术的围手术期护理](#) - [中国实用护理杂志](#) 2007, 23 (7)

目的 探讨腹主动脉瘤腔内修复术的围手术期护理要点。方法 对8例腹主动脉瘤合并高血压的患者于术前做好入院指导及心理护理,调整其心理状态以适应手术,防止腹主动脉瘤破裂;术中注意麻醉前及气管插管时血流动力学的剧烈波动,调控及密切观察血压的变化,防治心律失常;术后做好各种管道的护理观察,密切各种并发症的观察及护理。结果 8例腹主动脉瘤合并高血压患者移植术全部成功置入,术后黑便1例,发热1例,经及时治疗与护理病情恢复良好,未出现肾功能衰竭及下肢血栓形成。患者均在术后2周内康复出院。结论 腹主动脉瘤腔内修复治疗系微创手术,但患者多合并一定的并发症,且手术本身亦有一定的并发症,加强围手术期护理,预防并及时处理并发症是提高手术成功率,保障患者痊愈的重要环节。

6. 期刊论文 [周建峰](#). [腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤的疗效观察](#) - [苏州大学学报\(医学版\)](#) 2007, 27 (2)

对16例腹主动脉瘤患者(其中5例合并左髂股动脉重度狭窄)均采用腔内隔绝术治疗。术前均行彩超、CT、磁共振血管造影(MRA)和数字减影血管造影(DSA)检查。结果:术后即刻DSA显示,12例动脉瘤消失,近远端带膜支架与腹主动脉结合处均未见渗漏;4例动脉瘤消失,近远端带膜支架与腹主动脉结合处见少量渗漏。5例左髂股动脉重度狭窄消失,带膜支架通畅。术后1年CT随访显示带膜支架无移位,无渗漏,动脉瘤腔无增大;5例左髂股动脉重度狭窄患者术后间歇性跛行消失。结果表明,腔内隔绝术对腹主动脉瘤是一种创伤小、恢复近期疗效较好的治疗方法。

7. 会议论文 [潘晓云](#). [腹主动脉瘤腔内隔绝术的护理](#) 2005

腹主动脉瘤(AAA)是一种严重威胁病人生命的常见病,1991年随着Parodi首次报告人造血管支架完成AAA腔内手术获得成功,而受到广泛关注而迅速推广应用。与传统手术相比,经血管腔内覆膜支架腔内隔绝术(EVE)具有创伤小,术中失血少,术后恢复快,术后并发症少,住院时间短,疗效可靠等优点。我院自2002年至今开展腔内隔绝术治疗5例腹主动脉瘤,现对术前健康教育、心理护理;术中防止感染、防治并发症;术后一般护理、生命体征观察等进行介绍。

8. 期刊论文 [刘婷婷](#). [曹俊](#). [腹主动脉瘤行双肾动脉开窗型腔内隔绝术患者一例的护理](#) - [解放军护理杂志](#) 2009, 26 (22)

腹主动脉瘤(abdominal aortic aneurysm, AAA)是一类严重的动脉扩张性疾病,临床表现为局部搏动性肿块,瘤体压迫周围神经、血管、淋巴而出现相应症状,患者可因瘤体破裂出血而致死[1]。腹主动脉瘤主要发生于60岁以上的老年人,常伴有高血压病和心脏病。我院于2009年1月收治1例巨大腹主动脉瘤患者,在全身麻醉下行双肾动脉开窗型腔内隔绝术,现将围术期护理体会报道如下。

9. 学位论文 [李新喜](#). [腹主动脉瘤覆膜支架腔内隔绝术与腹主动脉瘤切开加入人造血管置换术的临床对照研究](#) 2008

目的:验证腹主动脉瘤切开加入人造血管置换术与覆膜支架腔内隔绝术短期疗效。

方法：收集我院2002年1月～2007年12月间收治的38例行择期手术的腹主动脉瘤患者，对其临床资料进行分析，所有病例随访1到5年，比较腹主动脉瘤覆膜支架腔内隔绝术组(即腔内组，n=15)与腹主动脉瘤切开加人造血管置换术组(即手术组，n=23) 1. 术前状况;2. 术中失血量、输血量、ICU住院时间、住院费用; 3. 术后住院时间及围手术期生存率; 4. 随访两组患者的并发症和术后生存情况。

结果：1. 腔内治疗组的年龄为36～78岁，平均为62岁；手术组的年龄为24～74岁，平均为59岁，两组差异无显著性(P=0.597)。2. 腔内组术中失血量和输血量平均数分别为50ml和0ml，手术组为1000ml和800ml，两组差异均有显著性(P值均<0.001)。腔内组手术时间和术后ICU观察时间的平均数分别为136min和8h，手术组分别为210min和36h，两组差异均有显著性(P值均<0.001)。腔内组住院费用为138000元，手术组为38100元，两组差异具有显著性(P<0.001)。两组的术后平均住院时间、平均手术时间、围手术期生存率和并发症发生率的差异均无显著性。4. 腔内组术后无死亡，手术组围手术期有1人死亡，术后随访有1人死亡，腔内组累积生存率为100%，手术组为91%，两组差异无显著性(P=0.095)。

结论：在经济允许的条件下，动脉瘤腔内手术的短期疗效明显高于开腹手术，其具有创伤小、失血少、术后恢复快的优点。其长期疗效有待继续随访。

10. 期刊论文 [于作丽](#) [腹主动脉瘤腔内隔绝术的术后监护](#) -[解放军护理杂志](#)2003, 20(9)

腹主动脉瘤是常见的血管疾病,传统方法为外科手术切除和人工血管移植,但有相当比例有手术指征的腹主动脉瘤患者因合并心、脑、肺、肾等重要器官病变而不能或不宜进行手术治疗.腔内隔绝术(endovascular graft exclusion,EVGE)是90年代兴起的高新技术,与传统治疗方法相比,利用介入技术治疗腹主动脉瘤(abdominal aortic aneurysms ,AAA)具有创伤轻微、并发症少、恢复快、死亡率低等优点.

引证文献(4条)

- 1. [钟粤明](#).[胡沁松](#).[陈文忠](#).[郭曼](#).[向彪](#) [腔内隔绝术治疗腹主动脉瘤](#)[期刊论文]-[云南医药](#) 2007(3)
- 2. [景在平](#).[陈泉](#) “杂交”手术在主动脉扩张疾病治疗中的运用及其价值[期刊论文]-[外科理论与实践](#) 2007(1)
- 3. [熊江](#).[刘崎](#).[景在平](#).[赵志青](#).[包俊敏](#).[汤敬东](#).[冯翔](#) [MRA重建图像评估腔内血栓在腹主动脉瘤腔内隔绝术的局限性](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003(4)
- 4. [崔佳森](#).[景在平](#).[赵志青](#).[冯翔](#) [腔内隔绝术治疗瘤颈扭曲大于60° 的腹主动脉瘤](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003(4)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200301006.aspx
授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: 49b16f8e-c1b7-42c4-8dc4-9e38016d7eea

下载时间：2010年11月24日