用取暖设施,密切监测体温,保持体温于正常范围。

及时镇痛,减少不良刺激:充分止痛是快速康复理念中的一个重要方面,更是促使患者早期下床活动、早期进食的有力前提[7]。TUVP术后,为防止出血,我们常规会用纱条牵引尿管,纱条摩擦会导致部分病人感到尿道口疼痛难忍;而且由于尿管刺激、出血、尿管堵塞、持续膀胱冲洗等原因,患者发生膀胱痉挛所致下腹疼痛等较多。上述两种疼痛对于高龄高危患者而言,是极其不良的心理应激,若不及时缓解或消除可能导致患者血压增高,继发大出血甚至心血管事件等发生。因此,我们会时常巡视并询问患者感受,当患者主诉疼痛时,及时查明导致疼痛原因,根据不同情况及时予以正确的处置措施,减轻或消除疼痛。

参考文献:

[1] 赵军, 张宁, 胡岚亭, 等. 高龄高危患者经尿道前列腺气化电切术疗效分析[J]. 中国内镜杂志, 2012, 18(7): 734-737.

[2] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2): 131-133.

[3] 田昕玉, 郑瑾. 快速康复外科理念在外科腹部手术病人围术期护理中的应用[J]. 护理研究, 2012, 26(5A): 1156-1158.

[4] Shah A D, Abaza R. Clinical pathway for 3-day stay after robot-assisted cystectomy [J]. J Endourol, 2011, 25(8): 1253-1258.

[5] 张晔, 张海燕. 快速康复外科理念在复杂性肾结石中的应用及护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(1): 48-49.

[6] 樊倩红, 林瑞盈, 冯玲, 等. 快速康复外科理念在前列腺电切术围手术期的应用及护理[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(10): 50-51.

[7] McAchran S E, Goldman H B. Contemporary length of stay and resource utilization when using a fast-track regimen for mid-urethral sling surgery[J]. Urology, 2009, 74(3): 531-534.

(**收稿**:2012-12-10;**修回**:2013-02-28)

(编辑 张 维)

文章编号:1000-5404(2013)15-1649-02

经验交流

自发性孤立性肠系膜上动脉夹层的血管腔内治疗2例

张 余,牟 玮,李 强,张 辉,刘 平,谭轶锋 (400038 重庆,第三军医大学西南医院放射科)

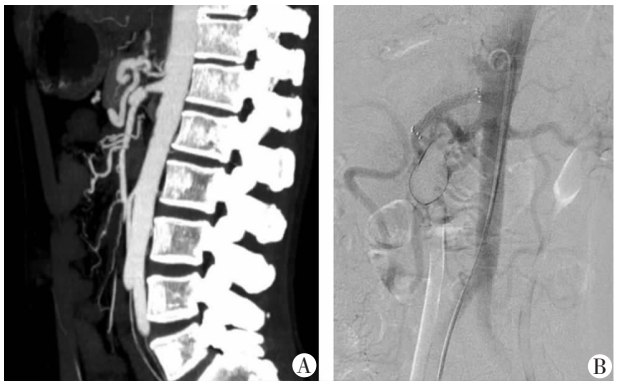
[**关键词**] 夹层;肠系膜上动脉、血管腔内治疗;支架

[**中图法分类号**] R543.5 [**文献标志码**] B

自发性孤立性肠系膜上动脉夹层(spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery,SIDSMA)是指不合并主动脉夹层,而单独出现的肠系膜上动脉夹层,是一种少见的血管疾病[1],临床以急性腹痛为起病症状,严重时可出现肠道缺血性坏死、肠梗阻。我们采用血管腔内治疗2例SIDSMA,效果较好,现结合文献报告如下。

1 临床资料

病例1,男性,47岁,因"突发中上腹痛17 d"于2011年6月1日入院。11年高血压病史,无手术外伤史,发病时外院测血压198/110 mmHg,给予止痛、抑酸、抗炎、降压治疗,疼痛症状无缓解。入院查体:血压120/80 mmHg,腹部平软,中上腹及脐周压痛,无反跳痛、肌紧张,余查阴性。腹部CT血管造影(CTA,图1A):肠系膜上动脉上段增粗,见真、假双腔及低密度的内膜片,真腔狭窄。数字减影血管造影可见真、假双腔,假腔近端破口,无远端破口,可见内膜片,真腔狭窄。用交换导丝通过肠系膜上动脉夹层真腔,置入1枚规格为8 mm×40 mm的Fluency带膜支架。复查造影见肠系膜上动脉夹层消失,血流通畅,远端肠系膜上动脉分支血管显影好(图1B)。术后抗凝(低分子肝素钙4 100 U每12 h 1次,3 d)、抗血小板聚集(阿司匹林100 mg,1次/d,6个月)治疗。术后当日患者腹痛缓解,6个月后复查CTA显示肠系膜上动脉通畅,支架膨张良好,夹层假腔消失。随访13个月患者无任何消化道不适症状。



A:术前CTA示肠系膜上动脉夹层假腔、真腔以及内膜片;B:支架置入后DSA造影示肠系膜上动脉假腔闭塞,真腔通畅

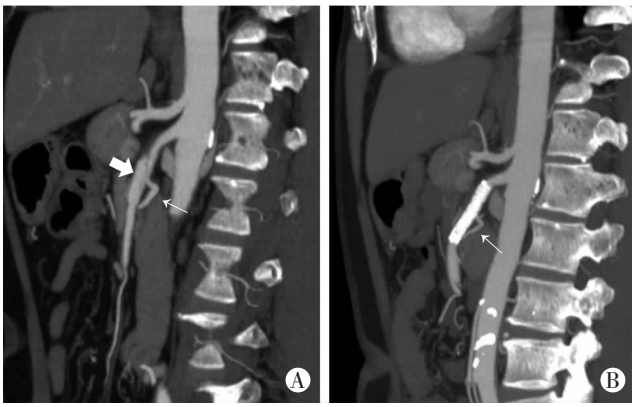
图1 病例1介入术前后腹部影像学表现

病例2:男性,54岁,因"中下腹部疼痛2个月"于2012年3月26日入院。2年高血压病史,无手术外伤史,疼痛发作时外院测血压160/100 mmHg,CTA显示肠系膜上动脉夹层并血栓,给予富马酸比索洛尔片2.5 mg,1次/d降压治疗,阿司匹林100 mg 1次/d抗血小板聚集,低分子肝素钠4 100 U每12 h 1次抗凝治疗,腹痛程度减轻,但仍有间断中轻度中下腹疼痛。入院查体:血压130/70 mmHg,脐周及下腹部压痛,无反跳痛、肌紧张,未闻及杂音,余查阴性。上腹部CTA(图2A):肠系膜上动脉近段增粗,见真、假双腔结构及内膜片影,假腔膨大,未

[**通信作者**] 张 余,E-mail:doublefish123456@163.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130108.1049.003.html(2013-01-08)

见充盈缺损之附壁血栓影,真腔明显狭窄,真腔壁发出一较粗的空回肠动脉。DSA:肠系膜上动脉近段管腔内见局限性真、假双腔及内膜片影,假腔膨大,其近段、远端均可见破裂口,真腔重度狭窄,真腔壁发出一较粗的空肠动脉。引入交换导丝通过肠系膜上动脉夹层真腔,置入大小为 6 mm × 40 mm 的 MARIS 裸支架,并使用大小为 6 mm × 60 mm 球囊(MEDTRONIC)充分扩张支架使其贴壁,复查造影显示原肠系膜上动脉夹层狭窄处扩张,血流通畅,局部仍可见夹层显影,范围较前明显缩小,血流减慢,真腔壁发出的空肠动脉通畅。术后常规抗血小板聚集治疗。术后当天患者腹痛缓解,术后 1、7 个月复查 CTA(图 2B)显示肠系膜上动脉夹层消失,肠系膜上动脉及真腔壁发出的空肠动脉通畅。患者无任何消化道不适症状。



A:术前 ⇧:假腔,↑:真腔壁发出一较粗的空肠动脉;B:术后 1 个月 ↑:真腔扩张良好,肠系膜上动脉及空肠动脉通畅

图 2 病例 2 介入手术前后腹部 CTA 表现

2 讨论

自发性孤立性肠系膜上动脉夹层罕见,早期通过尸体解剖而诊断[1]。随着对本病的认识和影像技术的提高,国内外报道的病例逐渐增多。本病多发生于 40 ~ 60 岁男性,其危险因素、病因、自然病程均不明[2-3]。患者可无任何临床症状,有症状的多表现为脐周腹痛,如未发生缺血性肠坏死、夹层破裂等情况,体检难以发现。无症状的 SIDSMA 患者需临床随访观察,而不要立即药物治疗[4]。SIDSMA 的治疗主要有保守治疗、外科开放手术和血管腔内治疗。对于症状性 SIDSMA 的治疗方式有争议[2,4]。张森等[5]报道 10 例 SIDSMA,其中 6 例经保守治疗后症状缓解,4 例在保守治疗后仍有持续腹痛、怀疑肠坏死而接受手术治疗。Sakamoto 等[6]将肠系膜上动脉夹层分为 4 型:Ⅰ型假腔有近、远端破口;Ⅱ型假腔有近端破口,无远端破口;Ⅲ型假腔血栓形成,可见溃疡样龛影;Ⅳ型假腔完全血栓化。并据此指导选择治疗方式。Ⅱ型夹层假腔没有出口,假腔内血液涡流能导致夹层扩大,是手术治疗的指征;多数Ⅰ、Ⅲ、Ⅳ型保守治疗有可能缓解症状,达到临床治疗效果,若症状持续不缓解或加重、夹层扩大者,则行手术治疗。Chu 等[4]则认为症状性 SIDSMA 的严重并发症是肠道缺血导致的肠梗阻、肠坏死、败血症甚至死亡,倾向于早期腔内治疗干预。本组例 1 为Ⅱ型夹层,例 2 虽为Ⅰ型夹层,但病程长达 2 个月,保守治疗无效,均有腔内治疗指征。

SIDSMA 血管腔内治疗是将真腔扩大成形、封闭假腔、保持肠系膜上动脉远端血流通畅。使用覆膜支架能在恢复真腔血流的同时封闭夹层破口,是夹层治疗理想选择。然而肠系膜上动脉重要分支动脉的开口多距夹层较近,或位于夹层段,植入覆膜支架会封闭这些分支,造成急性肠缺血。研究显示,通过支架径向张力压迫破口,可以减少假腔血流速度,促进假腔内血栓形成,修复和重建动脉[7]。我们认为,应综合考虑夹层的位置、范围,夹层段有无动脉分支,肠系膜上动脉固定部与游离部移行处弯曲角度等情况来选择支架。本组例 1 夹层段无肠系膜上动脉分支动脉,选择置入覆膜支架完全封闭夹层假腔破口,肠系膜上动脉通畅。例 2 夹层段真腔发出一较粗大空肠动脉,若选择覆膜支架,则在封闭瘤腔的同时封闭该空肠动脉,有造成小肠缺血,甚至肠坏死可能,为保留空肠动脉,选择置入裸支架,术后 1 个月复查 CTA 证明假腔封闭,真腔及空肠动脉均通畅。SIDSMA 腔内治疗术后需常规抗血小板聚集治疗,可选用阿司匹林肠溶片 100 mg 1 次/d 或硫酸氢氯吡格雷 75 mg 1 次/d,至少服用半年以上。肠系膜上动脉直接由腹主动脉发出,血流速度快,不易继发血栓,一般使用低分子肝素钙抗凝 3 d 即可。

因此,SIDSMA 应先通过 CTA 分型,对于多数Ⅰ、Ⅲ、Ⅳ患者,单纯保守治疗即可达到临床缓解。但对于Ⅱ型以及保守治疗无效的Ⅰ、Ⅲ、Ⅳ型患者,可以选择手术治疗。相对外科手术,血管腔内治疗有微创、风险低、手术成功率高、无严重不良反应等优点,可以作为首选方案。

参考文献:

[1] Nagai T, Torishima R, Uchida A, *et al*. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery in four cases treated with anticoagulation therapy[J]. Intern Med, 2004, 43(6): 473 - 478.

[2] Cho Y P, Ko G Y, Kim H K, *et al*. Conservative management of symptomatic spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery[J]. Br J Surg, 2009, 96(7): 720 - 723.

[3] Yun W S, Kim Y W, Park K B, *et al*. Clinical and angiographic follow-up of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection [J]. Eur J Vasc Endovasc Srug, 2009, 37(5): 572 - 577.

[4] Chu S Y, Hsu M Y, Chen, C M, *et al*. Endovascular repair of spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery[J]. Clin Radiol, 2012, 67(1): 32 - 37.

[5] 张森, 王屹, 杜湘珂. 原发性孤立肠系膜上动脉夹层 MSCT 血管造影特点及其与腹痛的关系[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(16): 1768 - 1770.

[6] Sakamoto I, Ogawa Y, Sueyoshi E, *et al*. Imaging appearances and management of isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery[J]. Eur J Radiol, 2007, 64(1): 103 - 110.

[7] Zenteno M A, Santos-Franco J A, Freitas-Modenesi J M, *et al*. Use of the sole stenting technique for the management of aneurysms in the posterior circulation in a prospective series of 20 patients[J]. J Neurosurg, 2008, 108(6): 1104 - 1118.

(**收稿**:2012-12-16;**修回**:2013-01-05)

(编辑 汪勤俭)