右锁骨下动脉闭塞支架植入后血流部分开通1例

谢红英,杨成明,曾春雨,王旭开,王红勇,方玉强,陈 乔 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所心血管内科,400042)

[关键词] 锁骨下动脉闭塞;血管成形术;支架
[中图分类号] R816.2;R543.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)02-0151-02

锁骨下动脉闭塞后,患侧上肢处于缺血状态,仅靠部分侧支循环供血,无法满足患者日常生活需要。既往以手术治疗为主,但手术创伤较大,且有较高的并发症发生率和病死率。近年来,由于锁骨下动脉腔内治疗创伤小、临床治疗效果满意,已成为治疗锁骨下动脉闭塞的优先选择。现报告我院1例右锁骨下动脉闭塞,支架植入术后血供逐渐恢复的病例。

1 临床资料

患者,男,41岁,重体力劳动者,因"右上肢活动后冷感10年,加重伴酸胀、麻木15 d"就诊。既往体健,否认高血压、糖尿病史。吸烟每日20支,烟龄20年。饮酒每日250 g,已20年。患者于院外一直以"风湿"治疗,具体不详。入院时查体:右上肢皮温低,血压未测到,桡动脉、肱动脉及腋动脉均无脉搏,右手指端血氧饱和度为40%。辅助检查示血脂总胆固醇高于正常,甘油三脂正常,血沉、C反应蛋白、抗"O"抗体、自身抗体等均正常。考虑为右锁骨下动脉闭塞症,病因为动脉粥样硬化。入院后口服拜阿司匹林100 mg,每日1次,氯匹格雷75 mg,每日1次,3 d后行血管内治疗。

2 治疗与结果

在局部麻醉下,采用seldinger方法于右股动脉及左肱动脉穿刺置血管鞘,右股动脉置入8F血管鞘,造影见右锁骨下动脉在右甲状颈干和右胸廓内动脉分出处完全闭塞,远端无明显侧支循环,右甲状颈干和右胸廓内动脉起始段部分狭窄(图1a)。在8F指引导管和球囊支持下,将Mirick 5.0导丝通过狭窄段到达肱动脉,反复以球囊对狭窄段扩张挤压,造影见肱动脉近段以远完全闭塞,继续在球囊支持下前送导丝,但导丝在肘关节附近受阻,无法继续前行。此时患者肢端血氧饱和度已增至60%,并可见明显侧支循环(图1b)。为确保肱动脉向前臂的侧支循环通畅,遂于肱动脉中段置入1枚6 mm×100 mm自膨胀支架(图1b),再于近端原闭塞段置入10 mm×80 mm自膨胀支架(图1c)。术后给予欣维宁6 mL/h微泵泵入,持续24 h,之后以低分子肝素0.01 mL/kg体重皮下注射,每12 h注射1次,连续7 d;凯时10 μg VD,每日1次;地巴唑片10 mg口服,每日3次;波立维75 mg口服,每日1次;拜阿司匹林100 mg口服,每日1次;舒降之20 mg口服,每日1次。血氧饱和度在术后第2、3、4、5、6、7、8天分别为70%、81%、89%、91%、96%、96%、95%。患者右上肢活动基本正常,右侧上臂、前臂皮温与左侧相似,仅右手掌大拇指桡侧和小指尺侧皮温稍低于对侧。患者出院后口服药物与住院期间相同。随防6个月,患者一般情况良好,左、右手掌温差不明显,重体力活动时右侧前臂及手掌乏力感逐渐减轻,现已完全恢复正常生活和工作。

3 讨论

锁骨下动脉狭窄或闭塞的病因主要为动脉硬化闭塞、大动脉炎,一般左侧发生率远远高于右侧。



a:右锁骨下动脉完全闭塞; b:肱动脉中段支架植入术后,可见远段闭塞,有侧支向远端供血; c:右锁骨下动脉及腋动脉支架植入术后,可见远段血供通畅

图1 手术中动脉造影

[收稿日期] 2009-12-30 [修回日期] 2010-01-16

本例患者各项炎性指标正常,有发生动脉硬化的基础,如高脂血症、吸烟等,故其病因主要考虑为动脉粥样硬化。发生锁骨下动脉粥样硬化症时,患者主要表现为锁骨下动脉盗血综合征和间隙性上肢活动功能受限,有发生脑卒中和狭窄侧肢体远端严重缺血甚至坏疽的危险。经胸外科手术治疗锁骨下动脉狭窄是一种有效的方法,但其并发症发生率高达23%~25%,死亡率达8%,且存在较严重的手术创伤[1]。自1993年开始,有文献报道了锁骨下动脉血管内支架治疗的方法,该方法比外科手术危险性小、禁忌证少,治疗成功率达73%~100%,并发症发生率为0~10%,无死亡病例报告[2-3]。目前所报道的患者均为经PTA和支架植入后,其狭窄段远端血供立即恢复。从本例患者的病史可发现,患者肱动脉远端可能为慢性闭塞性病变,其侧支循环可能已于长期缺血状态中建立,锁骨下动脉病变为近期病变,因而对两处闭塞段均植入支架,在开通锁骨下动脉及腋动脉段后,其肱动脉远段并未完全开通,再辅以药物治疗,结果患者在术后第6天恢复正常。随访1个月,患肢在休息和轻度活动状态下无不适,但在重体力活动时仍有缺血症状。近、远期的治疗效果证实了我们术中的判断,也为此类病变的治疗提供了新的思路。本文认为患者术后的强化抗凝、调脂和改善微循环处理也十分重要。本例患者先后使用了欣维宁、低分子肝素、波立维、拜阿司匹林抗凝,同时采用舒降之调脂,凯时和地巴唑片改善微循环,并要求低脂饮食、戒烟,以减少发生动脉粥样硬化的危险性。

[参考文献]

[1] De Vries JP, Jager LC, Van den Berg JC, et al. Durability of percutaneous transluminal angioplasty for obstructive lesions of proximal subclavian artery: long-term results[J]. J Vasc Surg, 2005,41(1):19-23.

[2] 肖兴丽,孙 刚,靖立新. 锁骨下动脉狭窄经皮血管腔内成形术及支架植入术的临床研究[J]. 黑龙江医学,2008,32(9):651-653.

[3] 柯 伟,李文澜,邓小容,等. 锁骨下动脉闭塞支架植入术[J]. 国际神经病学神经外科学杂志,2008,35(2):115-117.

(编辑:雷 艳)

32例异位妊娠腹腔镜手术治疗体会

王新颖 (鞍山市第三医院妇产科,辽宁 鞍山 114031)

[关键词] 异位妊娠;腹腔镜;手术治疗

[中图分类号] R714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)02-0152-02

异位妊娠是妇科的常见病,随着人们生活水平和健康意识的提高,该病大多能够得以早期诊断和治疗。自2005年1月以来,我们对32例异位妊娠采用腹腔镜手术,均获满意疗效。现结合病例分析将手术治疗体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组32例病例来源于本院妇产科,年龄最小21岁,最大35岁,未婚5例,已婚27例,平均住院日4 d。异位妊娠部位为输卵管壶腹部17例(53.1%),峡部8例(25.0%),伞部5例(15.6%),卵巢2例(6.3%)。腹腔内出血200~500 mL不等。

1.2 手术方法

术前检查血常规、凝血二项和心电图等排除心血管等疾病,置导尿管。麻醉:气管插管全麻。体位:仰卧位,臀部抬高20°。切口:脐下方弧形小切口1 cm长,将气腹针穿刺后充CO_2气体2~3 L;左右两侧麦氏点各做一长约1 cm的小口,分别放入管套式锉卡,内置摄像和手术器械。提起妊娠处输卵管切开取胎,吸净绒毛,电凝止血。生理盐水冲洗腹腔,吸净,术毕。

2 结果

本组中30例均在腹腔镜下完成手术。术后6 h拔出导尿管,心电监测24 h,静脉滴注抗菌素3 d,病人进食及离床活动正常,无并发症发生。另2例因卵巢出血较多,术中转开腹手术,术后恢复顺利。本组病例全部治愈出院。

3 讨论

近年来,由于微创手术的日益发展,腹腔镜技术已被广泛应用于临床外科和妇科对腹部各种疾病的治疗。异位妊娠常发生在一侧的输卵管,采用腹腔镜手术取胎、行输卵管切除或修补术比开腹手术更具有手术简单、损伤小、出血少、时间短、术后恢复快、病人疼痛轻、腹壁疤痕小的特点,因此很容易得到患者和家属的认可,并迅速推广运用。从本组资料看,术后无并发症,平均住院仅4 d,已充分说明了这一点。本文认为,采用腹腔镜手术,由于手术视野清晰,不仅对病变部位显露好,还可以探查其他脏器有无病变,如盆腔炎、阑尾炎等。对于年轻未育或有再生育要求的患者,还可在腹腔镜直视下对病侧输卵管局部注药,保留输卵管的完整以增加受孕机会。值得一提的是,对术中出血较多或采用腹腔镜治疗存在一定困难,术者感到无把握完成手术时,应及时果断中转开腹。本组2例卵巢妊娠破裂出血较多,腹腔镜止血效果不佳,由于及时中转开腹,病人仍得到治愈。所以适时中转开腹手术不应视为腹腔镜手术的失败,相反却是降低腹腔镜手术并发症的关键。掌握好腹腔镜手术的的适应证和中转开腹手术的时机,合理使用器械,加强围手术期的管理与护理等,是保证手术成功的重要环节。

[收稿日期] 2009-12-07 [修回日期] 2010-01-03