

[参 考 文 献]

- [1] 汪忠镐, 金 炜, 李 鸣, 等. 微创外科治疗大动脉疾病 [J]. 中华胸心血管外科杂志, 2003 19(6): 332—334
- [2] Parodi JC, Pajaz J, Baone HD. Transfemoral intra luminal graft implantation for abdominal aortic aneurysm [J]. Ann Vasc Surg 1991 5(6): 491—499.
- [3] 常光其, 李晓曦, 李松奇, 等. 腔内修复联合旁路手术治疗 DeBakey 型升主动脉夹层 [J]. 中国实用外科杂志, 2005 25(12): 741—743
- [4] 董智慧, 符伟国, 王玉琦, 等. 动脉旁路辅助下胸主动脉腔内修复

- 的探讨 [J]. 中国介入心脏病学杂志, 2005 13(5): 280—283
- [5] 李 潮, 李玉亮, 汪忠镐, 等. 采用胸分支型主动脉支架人工血管对主动脉弓降部夹层行腔内修复治疗 [J]. 中华外科杂志, 2005 43(18): 1 184—1 186
- [6] Fu WG, Dong ZH, Wang YQ, et al. Strategies for managing the insufficiency of the proximal landing zone during endovascular thoracic aortic repair [J]. Chin Med J 2005 118(13): 1 066—1 071
- [7] 常光其, 王深明, 李晓曦, 等. 多撕裂口主动脉夹层的一期或分期血管腔内治疗 [J]. 中华外科杂志, 2005 43(13): 866—869

[文章编号] 1000-2200(2006) 06-0594-03

· 血管疾病的外科治疗 ·

多发性大动脉炎的手术时机及对策

陈世远, 余朝文, 高 涌, 周为民, 聂中林, 卢 冉, 孙 勇, 余立权

[摘要] 目的: 总结多发性大动脉炎的外科治疗经验和体会, 进一步探讨该病外科治疗的手术时机和有效的处理方法。方法: 12例中的 11例进行外科手术治疗, 其中 8例采用动脉搭桥术, 3例采用血管介入术, 均针对患者的颅脑缺血、顽固性高血压等严重症状, 手术时机恰当。结果: 手术死亡 2例, 均死于术后严重的脑水肿, 其余手术患者均取得满意的疗效, 术后随访 6个月~3年, 术前症状缓解, 无复发, 总有效率为 63.6%。结论: 适时有效的外科手术治疗多发性大动脉炎可以取得理想的疗效, 但头臂型大动脉炎的治疗须重视脑保护, 血管介入治疗仍需要不断探索、提高。

[关键词] Takayasu综合征; 血管外科手术; 介入治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 543.1 [文献标识码] A

Operational timing and countermeasure for Takayasu arteritis

CHEN Shi-yuan, YU Chao-wen, GAO Yong, ZHOU Wei-min, NIE Zhong-lin, LU Ran, SUN Yong, YU Li-quan
(Department of Vascular Surgery Affiliated Hospital of Bengbu Medical College Bengbu 233004 China)

[Abstract] Objective: To summarize the experience of surgical therapy on Takayasu arteritis (TA), and investigate the timing of the surgical therapy and effective therapy methods on this disease. Methods: Eleven patients underwent surgical therapy and 8 artery bypass operation and 3 cases intervention therapy. The aim of therapy was to alleviate the severe symptoms of brain ischemia and refractory hypertension. The time of operation was appropriate. Results: Two patients died of brain oedema. The good curative effect was achieved in other patients. Follow-up in all the patients ranged from 6 months to 3 years. The symptoms were alleviated in all patients and no recrudescence were found. The efficiency was 63.6%. Conclusions: On the condition that tackling operational time and adopting effective countermeasure, the good curative effect could be achieved in TA patients by surgical therapy. And safeguard of brain must be recognised in TA of Shimizu-sanjo. Intervention therapy still need incessant exploration and enhancement.

[Key words] Takayasu syndrome; vascular surgery; intervention therapy

多发性大动脉炎俗称“无脉症”(又名 Takayasu 综合征), 该病涉及动脉广泛, 如未得到合理有效的治疗往往预后较差, 甚至危及生命。1995~2005年, 我院共收治 12例, 其中 11例采用外科治疗, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 12例, 男 1例, 女 11例; 年龄 17~46岁。入院时除 1例为急性期外, 其余均为大动脉炎的稳定期, 根据数字减影血管造影 (DSA) 的

影像学改变确诊。头臂型 6例, 胸腹主动脉型 2例, 肾动脉型 3例, 混合型 1例。其临床表现主要为颅脑缺血症状, 其中 3例严重患者频繁出现晕厥, 几乎不能站立; 顽固性高血压及下半身缺血症状。

1.2 治疗方法 12例住院确诊后, 除 1例症状较轻行保守治疗外, 其余均接受外科手术治疗, 其中血管介入治疗 3例, 包括肾动脉狭窄段扩张内置支架 2例, 降主动脉狭窄段扩张成形 1例; 外科手术旁路搭桥 8例, 包括升主动脉→降主动脉搭桥 1例, 升主动脉→颈内动脉搭桥 5例, 腹主动脉→肾动脉搭桥 2例; 其中搭桥采用人工血管 3例, 采用自体大隐静脉 4例, 1例肾动脉搭桥取自体髂内动脉。所有颈内动脉搭桥术患者术中均采用有效的脑保护措施,

[收稿日期] 2006-07-10

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 血管外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 陈世远 (1974—), 男, 硕士, 住院医师。

术后积极脱水降颅内压, 肾动脉搭桥患者术中采用低温肾脏保护, 常规抗凝治疗半年以上。

2 结果

死亡 2例, 均由于双侧颈内动脉同时采用人工血管重建导致严重的脑水肿、脑疝死亡, 病死率为 18.2%。其余患者术后重要脏器缺血均达到改善, 但有 2例因术前肾缺血萎缩严重重建肾动脉后, 顽固性高血压仍达不到有效控制, 遂行肾切除术。按时随访 6个月~3年, 结果 1例术后视力恢复不明显, 眼科会诊为视网膜严重损伤所致, 但该患者生活已完全自理, 其余患者术前症状缓解, 脑缺血症状消失, 血压恢复正常, 下半身血供改善明显。总有效率为 63.6%。

3 讨论

3.1 多发性大动脉炎的诊断 该病目前仍为血管外科的少见病, 临床表现多种多样, 但主要表现为颅脑缺血症状, 顽固性高血压或者无脉症, 早期主要为血液免疫学异常改变及非特异性症状, 故诊断较为困难, 从出现首发症状至明确诊断一般需要 10个月。免疫学改变无特异性, 主要为抗“O”升高和血沉加快, 以及抗主动脉抗体阳性, 其阳性滴度 1:32 的阳性率 91.5%。这些指标可以有效地反映大动脉炎的病理改变及进展情况, 为临床治疗提供帮助。明确诊断主要依靠影像学资料, 彩色多普勒具有无创经济的优点, 可作为可疑患者的常规检查和确诊患者的临床随访监测的常规检查手段, 它对了解动脉壁结构的改变具有优势, CT和磁共振成像作为无创检查对大动脉炎的诊断具有较高价值。而 DSA 选择性主动脉造影是多发性大动脉炎诊断的金标准, 可以明确动脉的狭窄部位、程度、范围及侧支循环形成情况, 为其外科治疗提供依据, 本组患者均经过主动脉选择性动脉造影确诊。1990年美国风湿病学会制定了多发性大动脉炎的诊断标准: (1)发病年龄小于 40岁; (2)肢体间歇性跛行; (3)一侧或双侧肱动脉搏动减弱; (4)双上肢收缩压差大于 10 mmHg; (5)一侧或双侧锁骨下动脉或腹主动脉区闻及血管杂音; (6)动脉造影异常。符合以上 6条中 3条者即可确诊。

3.2 手术时机 多发性大动脉炎在临床上根据其病理进展分为急性期、迁延期和稳定期。传统观点认为急性期动脉管壁增厚明显, 炎症反应重, 病理学上处于渗出期, 此期往往临床症状不典型, 故治疗方法上多采用内科保守治疗, 如使用糖皮质激素、免疫抑制剂及抗凝扩血管药物。但仍有相当数量的患者

症状控制不理想, 或者进展迅速导致病情恶化。理想的外科手术时机是稳定期, 即患者病情稳定, 实验室监测指标基本正常, 临床病理典型, 具有大动脉血管明显的影像学改变。但在临床上往往有部分患者在急性期即有严重的颅脑缺血症状和顽固性高危性高血压者, 且药物治疗无效, 这时若不及时手术或犹豫不定, 则可能导致患者全身情况急剧恶化, 延误或丧失相对理想的手术时机。目前的观点^[1]认为, 多发性大动脉炎外科手术的指征为: (1)患者有明显的颅脑缺血症状; (2)顽固性高血压且药物控制不理想; (3)内脏动脉及下肢严重缺血; (4)影像学资料证实大动脉病变明显如严重狭窄或闭塞; (5)患者一般情况良好尚可耐受手术。我们的体会是: 多数患者在进展期和稳定期症状较为明显, 血管的影像学病变也较为典型, 此时选择适当的外科术式可以取得满意的临床疗效。而急性期手术成功率低, 并发症多, 应尽量避免手术; 但对极少数症状典型、血管病变严重的患者, 这时单靠药物治疗效果不佳且病情加剧迅速甚至恶化全身衰竭, 此时笔者认为, 可谨慎选择手术治疗。

3.3 处理对策 对于多发性大动脉炎的治疗, 一般是从药物保守治疗逐渐过渡到外科治疗。在其早期, 急性期阶段多数患者采用药物治疗可以很好地控制病情。但近年来随着血管外科操作技能和血管介入技术的发展, 良好的血管重建是治疗大动脉炎的主要方法, 而动脉搭桥术一直被认为是最为有效的治疗方法。本组 12例采用外科手术旁路搭桥术 8例, 而国内学者也一致公认动脉搭桥手术的优势地位, 但仍存在手术创伤大、危险性高以及由于动脉壁的炎症存在术后易发生吻合口狭窄等不利因素。血管介入治疗技术近年来在血管外科治疗领域已被广泛采用, 适用于小动脉病变且成功率高。李成祥等^[2]报道 10例多发性大动脉炎患者采用血管介入治疗其临床症状缓解明显, 远期疗效良好。但多数学者认为, 血管介入治疗多发性大动脉炎时仍需谨慎, 有报道支架的再狭窄率高达 20%~30%, 所以吴庆华等认为^[3], PTA对短段、长段胸腹主动脉狭窄的治疗均是可行的, 且安全有效, 但不主张置放支架。因为: (1)其动脉壁在急性期时较脆, 扩张时易造成动脉破裂出血或动脉夹层的形成; (2)动脉壁的弹性极差且管壁增厚明显, 扩张后动脉回缩明显, 置入支架后易导致支架扩张不良或支架内血栓形成, 影响疗效, 为以后的人工血管置换带来不利。介入治疗具有创伤小、安全恢复快的优点, 故而部分学者仍在尝试采用治疗。本组有 3例采用血管介入治疗, 其中 2例为肾动脉型狭窄段扩张后置入支架, 术

后恢复理想,疗效满意,另 1 例降主动脉狭窄仅行扩张成形未放置支架,术后观察效果也十分满意。

3.4 头臂型大动脉炎术中脑保护 头臂型大动脉炎主要表现为严重的颅脑缺血,所以外科治疗目的即为重建颅脑血供。但术中、术后脑保护十分重要,一旦处理不当则可发生严重的脑组织缺血再灌注损伤,脑水肿甚至脑疝危及患者生命,本组 2 例病死患者均于术中发生严重脑水肿,术后昏迷不醒,最终病死。我们在处理过程中的体会是:(1)术中维持患者较高的动脉压,确保有效颅脑灌注,尽可能缩短颅脑缺血时间;(2)对脑组织缺血再灌注损伤要有足够的认识和重视,术中可采用颅脑冰帽降温,及早应用脱水剂如甘露醇等,在动脉重建方面采用单侧颈

内动脉重建即可,不可双侧同期重建,且选用血管口径适当,以避免大流量灌注导致脑组织损伤^[4];(3)术后患者有条件应放于监护病房,严密观察患者生命体征及神志的变化。只有这样才可降低头臂型大动脉炎的手术风险,提高手术疗效。

[参 考 文 献]

- [1] 肖占祥,陈福真,符伟国,等.多发性大动脉炎 366 例的治疗 [J].中华普通外科杂志,2001,16(5):261-263
- [2] 李成祥,贾国良,郭文怡,等.10 例多发性大动脉炎的介入治疗 [J].中国介入心脏病学杂志,2002,10(2):90-92
- [3] 吴庆华,寇 镭,陈 忠,等.大动脉炎胸腹主动脉狭窄的腔内血管成形术 [J].中国微创外科杂志,2002,2(6):372-374
- [4] Stoodley MA. Neurosurgical and neuroendovascular management of Takayasu s aneuritis [J]. Neurosurgery 2000,46(4):841-851

[文章编号] 1000-2200(2006)06-0596-02

。血管疾病的外科治疗。

经腹 Budd-Chiari 综合征根治术 4 例诊治体会

高 涌,周为民,聂中林,卢 冉,孙 勇,余立权

[摘要] 目的:探讨经腹 Budd-Chiari 综合征根治术疗效及注意事项。方法:4 例均行下腔静脉造影确定病变部位、类型后,经上腹“人”字型切口进腹,充分游离肝上、下段下腔静脉及病变,3 例直视下切除隔膜并取栓,直接缝合;1 例为双隔膜,切除隔膜并取栓后用直径 25 mm 球囊扩张,取 e-PTFE 人工血管补片扩大成型。结果:4 例手术均成功,无死亡及急性肺动脉栓塞发生,术后下腔静脉高压症状完全消失。随访 6~14 个月,1 例术后 6 个月下腔静脉造影发现原病变处狭窄,行球囊扩张内支架后症状消失。结论:经 Budd-Chiari 综合征根治术与传统根治术相比具有创伤小、术后并发症相对少等优点,是一种安全可靠的外科手术方式。

[关键词] Budd-Chiari 综合征;血管外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 575 R 654.3 [文献标识码] A

Radical surgery for 4 patients with Budd-Chiari syndrome through abdomen approach

GAO Yong ZHOU Weimin YU Chaowen NIE Zhonglin LU Ran SUN Yong YU Liqun

(Department of Vascular Surgery Affiliated Hospital of Bengbu Medical College Bengbu 233004 China)

[Abstract] Objective To investigate effective surgical therapy and essentials on Budd-Chiari syndrome Methods The IVC venography was used to investigate the diseased segment and the open surgical resection of abnormal segment in IVC was performed in 3 patients through an inverse Y incision on abdomen. The double membrane was found in one patient and the surgical resection and obliterans from IVC were performed and the balloon dilatation and angioplasty with e-PTFE vascular graft were also performed Results All the operations were successful There were no death and pulmonary embolus The syndromes of IVC hypertension was alleviated completely The following up ranged from 6 months to 14 months The stricture was found after 6 months in one patient and the syndromes disappeared after the percutaneous transluminal angioplasty and endovascular stent was performed Conclusions Radical surgery on Budd-Chiari syndrome through abdomen approach was less invasive safe with less complications

[Key words] Budd-Chiari syndrome vascular surgical operation

布一加综合征 (Budd-chiari syndrome BCS)是由肝静脉和(或)其开口以上段下腔静脉阻塞性病引起的一种肝后性门静高压症,可根据不同病理选择介入和外科手术诊疗,均可达到较满意疗

效^[1,2]。2003 年 5 月~2006 年 5 月,我科共开展 BCS 根治术及转流手术 20 余例,其中 4 例经腹 BCS 根治术,现总结诊治体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 4 例,男 3 例,女 1 例;年龄 40~65 岁。主要表现:腹胀、肝脾肿大、腹水,呕血或

[收稿日期] 2006-05-10

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 血管外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 高 涌 (1962-),男,主任医师,副教授,硕士生导师