

支架植入治疗胸主动脉夹层 1 例

· 病例报告 ·

庞伦祥, 何劲松, 莫云秋

作者单位: 530011 广西 南宁, 广西中医学院附属瑞康医院心内科

作者简介: 庞伦祥(1968-), 男, 副主任医师, 研究方向: 心血管介入与心电生理临床诊治。E-mail: lunxiangpang@163.com。

[中图分类号] R 543.1 [文章编号] 1674-3806(2009)01-0088-01

1 临床资料 患者男, 37 岁, 因“突发持续性胸痛 1 天”于 2008-07-06 入院。病人持续性胸痛伴胸部紧缩感, 向背部放射, 无撕裂样胀痛。体格检查: 左上肢血压 180/100 mmHg, 右上肢血压 186/102 mmHg, 下肢血压 192/104 mmHg, 两侧肱动脉、桡动脉、股动脉、腘动脉、足背动脉搏动正常, 心率 86 次/分, 心律整齐, 心音正常, 心瓣膜区、锁骨下、肾动脉区均未闻及杂音。辅助检查: 血清 CK-MB 2u/L, 肌钙蛋白阴性。心电图示左室肥大劳损, 胸部 X 线示心影向左增大, 超声心动图示心室肥厚(室间隔 17 mm、左后壁 18 mm), 胸主动脉 CTA 示主动脉弓降部(分出左锁骨下动脉后)至腹主动脉腹腔肝分支水平以上管腔增宽, 内见真假血管腔, 真腔变小, 造影剂明显充填, 主动脉弓降部下缘相当于主动脉韧带附着处见局灶性突起, 腹腔肝水平以上见造影剂至真腔前壁向上突入假腔内, 长约 23 mm。临床诊断为胸主动脉夹层(DeBakey III 型), 入院后给予硝普钠 80 μ g/min 经微量注射泵持续静脉注射, 比索洛尔 12.5 mg/d, 哌唑嗪 1 mg tid, 厄贝沙坦 150 mg/d, 左旋氨氯地平 2.5 mg/d, 血压维持 120~130/70~80 mmHg, 心率 65 次/min, 胸痛略减轻但未消失, 临床决定予支架植入治疗。支架植入过程: 局麻下穿刺左肱动脉, 6F 猪尾导管送至主动脉弓造影示主动脉夹层, 破口位于左锁骨下动脉下方 1 cm 处, 主动脉直径 28 mm。右腹股沟区局麻后切开皮肤钝性分离至右股动脉, 穿刺右股动脉, 置入 6F 猪尾导管至升主动脉, 沿导管送入 0.035" 加硬导丝至升主动脉后退出导管, 沿加硬导丝送入输送鞘管及 28×120 mm 主动脉支架至主动脉弓处, 造影确认支架前端紧靠左锁骨下动脉开口, 后撤输送鞘管释放支架, 再次主动脉弓造影示原主动脉夹层破口已被支架完全覆盖, 夹层消失, 无造影剂渗漏入夹层, 主动脉管腔恢复正常大小

无残余狭窄。阻断右股动脉血流, 退出鞘管及加硬导丝, 缝合右股动脉创口, 恢复右股动脉血流, 分层缝合右腹股沟区创口皮下组织及皮肤。术后随访 3 个月无不良反应。

2 讨论 胸主动脉夹层自从 250 年前首次报道以来, 传统治疗方法采取内科保守治疗+控制血压, 如有动脉分支阻塞则应用外科搭桥或开窗术^[1]。尽管内科治疗和外科手术取得了不少进展, 但病死率仍然居高不下, 如果发生缺血并发症、高血压不能控制或内科治疗后仍持续胸痛, 选择手术治疗是正确的。对于急性主动脉夹层, 支架植入治疗可迅速缓解动态或静态分支血管闭塞, 控制夹层破裂^[2]。近年发展的血管支架植入, 用带膜支架处理主动脉夹层是血管介入一大突破。介入治疗处理急性主动脉夹层以带膜支架为主流, 目的是用带膜支架贴盖真腔进入假腔的破裂口, 从而令假腔减少血流而凝固及停止继续扩张^[1]。主动脉夹层支架植入介入治疗创伤少、技术方便、安全性高、恢复快, 该患者术后随访 3 个月无相关并发症, 提示介入治疗疗效确切。尽管如此, 由于主动脉内血流急、压力高, 支架贴壁不良时易致支架移位及残余瘘等并发症。笔者认为主动脉夹层成功介入治疗的条件要求严格掌握介入治疗的适应证, 精确测量主动脉内径, 准确分辨破口位置, 选择直径大小和长度相匹配的支架, 支架到位准确, 支架释放后贴壁紧密不残留死腔及移位并完全覆盖破口及假腔。

参考文献

- 1 杨建勇, 陈伟, 主编. 放射介入学理论与实践[M]. 第3版. 北京: 科学出版社, 2007: 201-203.
- 2 Mark G·Cowling(英)著, 李龙译. 血管介入放射学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 156-158.

[收稿日期 2008-09-21][本文编辑 韦辉德 刘京虹]