

Stanford B 型主动脉夹层覆膜支架置入术后再发主动脉夹层 11 例分析

耿传良 别自东 孙丽叶 孟庆国

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2015.05.022

Stanford B 型主动脉夹层覆膜支架置入术后可再发 Stanford A、B 型夹层,预后不良。为了解这类患者的临床特征,以制定合理的防治措施,回顾性分析 Stanford B 型主动脉夹层覆膜支架置入术后再发主动脉夹层 11 例,报告如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

选取 2007 年 9 月至 2011 年 4 月于我院经主动脉 CT 血管成像(CTA)确诊为 Stanford B 型主动脉夹层患者 11 例,男 9 例,女 2 例,平均年龄(43 ± 19)岁。其中高血压 10 例、高脂血症 8 例、动脉粥样硬化 7 例、糖尿病 4 例、腹主动脉瘤 4 例、有主动脉夹层家族史 1 例。

1.2 治疗经过

1.2.1 术前准备 经主动脉 CTA 确定主动脉夹层的类型、破口位置、破口与左锁骨下动脉距离、瘤体直径及长度、裂口数目、夹层累及范围、真假腔大小等,以确保准确定位和释放支架。根据夹层累及范围、临床表现、患者及家属意愿决定治疗方案。

1.2.2 入路动脉穿刺或切开 选取术前主动脉 CTA 评估合适的一侧股总动脉,采用 Seldinger 穿刺法或切开技术,入导丝。

1.2.3 数字减影血管造影(DSA) 导丝进入血管腔内后导入猪尾导管先行造影(必要时可由对侧股动脉或桡动脉置入),确认导管导丝位于真腔,明确破口位置、数量、流量、与左锁骨下动脉的距离、主要动脉起源与真假腔关系,并在实时造影监视屏上对原发破口、主动脉弓小弯侧转角以及左锁骨下动脉开口等关键位置定位标记。

1.2.4 腔内支架修复 推送支架复合物至预定释放点后,控制收缩压在 $90 \sim 100$ mmHg,释放支架主体并退出导鞘。再次造影检查支架与主动脉壁贴合程度,判断有无内漏、移位、扭曲等并发症及远端动脉血流改善情况。

2 结果

2.1 手术操作

本组患者中,5 例支架近端锚定于主动脉弓部,近远端锚定间距 >20 mm,释放后即时造影发现少量内漏 3 例,未作球囊扩张;6 例支架锚定于腹主动脉,释放后即时造影发现少量内漏 1 例,未作球囊扩张。

2.2 术后随访

本组 11 例患者均于覆膜支架置入术后再发主动脉夹层,其中 5 例为 Stanford A 型,6 例为 Stanford B 型。夹层再发的临床表现包括:晕厥、胸痛、腹痛、心肌梗死、低血压和呼吸困难。

Stanford A 型夹层再发时间:术后 6 个月 1 例、24 个月 1 例、36 个月 1 例、60 个月 1 例、72 个月 1 例。新发破口位置:3 例位于支架近端的主动脉弓部,破口直径 $6 \sim 30$ mm,其中 1 例为 2 个破口,2 例为 1 个破口,主动脉弓直径为(32.2 ± 3.0) mm。2 例位于升主动脉,破口直径 $10 \sim 30$ mm,其中 1 例为 2 个破口,1 例为 3 个破口。保守治疗 4 例,转外院行胸主动脉人工血管置换 2 例。死亡 3 例。

Stanford B 型夹层再发时间:术后 24 个月 2 例、36 个月 2 例、60 个月 1 例、72 个月 1 例。新发破口位置:2 例位于支架近端的腹主动脉,破口直径 $5 \sim 25$ mm,其中 1 例为 1 个破口,1 例为 2 个破口。4 例位于支架上端,破口直径 $5 \sim 30$ mm,其中 1 例为 1 个破口,2 例为 2 个破口,1 例为 3 个破口。保守治疗 4 例,转外院再次行覆膜支架置入术 2 例。死亡 1 例。存活 5 例随访 $6 \sim 72$ 个月,复查主动脉 CTA 显示胸腔段假腔完全血栓形成。

作者单位:264400 山东省威海市文登中心医院心内科(耿传良,别自东);急诊科(孟庆国);264000 山东省烟台市毓璜顶医院保健科(孙丽叶)

通信作者:别自东,Email:xinneike5@126.com

3 讨论

Stanford B 型主动脉夹层的自然病史与 Stanford A 型不同,其预后相对较好,发生急性主动脉破裂、心包填塞等并发症的可能性较低^[1]。Stanford B 型主动脉夹层的患病年龄一般较大,多合并高血压、糖尿病、动脉粥样硬化等疾病。值得注意的是,Stanford B 型主动脉夹层患者中有 4 例同时合并腹主动脉真性动脉瘤。

Stanford B 型主动脉夹层的治疗方法主要包括:内科保守治疗、介入治疗及手术治疗。手术治疗 Stanford B 型主动脉夹层的早期死亡率较高,因此,对 Stanford B 型主动脉夹层患者一度倾向于内科保守治疗。然而,内科保守治疗主动脉夹层的远期预后并不乐观。Elefteriades 等^[2]研究显示,约 9% 的急性 Stanford B 型主动脉夹层患者在住院期间死亡,其余患者中约有 66% 后期需接受手术治疗。现有的资料表明,Stanford B 型主动脉夹层患者在接受介入治疗后仍可能再次出现不同类型夹层。

本组患者再发 Stanford A 主动脉夹层的可能原因:(1)支架被动弯曲后,弹性回直力损伤了主动脉弓大弯侧。本组再发 Stanford A 主动脉夹层的所有病例支架近端均锚定于主动脉弓部,支架伴随主动脉弓部的形态被动弯曲,弹性回直力的持续存在可导致动脉壁损伤。(2)主动脉管壁变薄。(3)合并高

血压、糖尿病、动脉粥样硬化,导致动脉壁容易受损^[3-4]。(4)先天性动脉管壁中层发育不良。

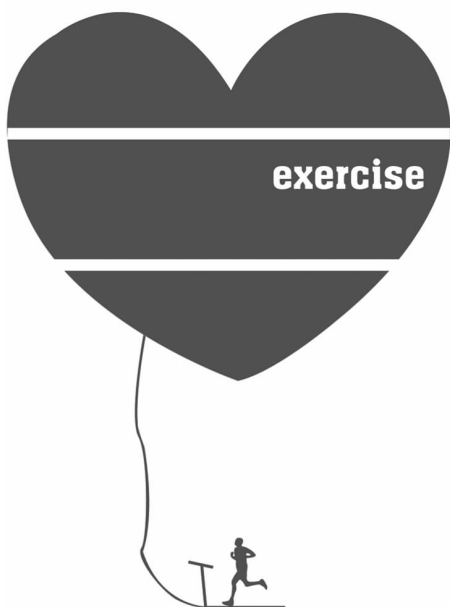
本组患者再发 Stanford B 型主动脉夹层的可能原因:(1)Stanford B 主动脉夹层破口位于腹主动脉的夹层,即腹主动脉夹层的自然病程尚不清楚,但根据文献报道,多数可发生瘤样变。本组病例中有 4 例初次发病时即存在腹主动脉瘤。瘤样变可导致动脉壁变薄,因此发生破裂的风险较高。(2)本组再发 Stanford B 型时间多为术后 1 年,最长为 6 年,可能与血压、血脂控制不佳有关。

参 考 文 献

- [1] Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA. Acute aortic syndromes [J]. Circulation, 2005, 112(24): 3802-3813.
- [2] Elefteriades JA. Natural history of thoracic aortic aneurysms: indications for surgery, and surgical versus nonsurgical risks [J]. Ann Thorac Surg, 2002, 74(5): S1877-S1898.
- [3] Suzuki T, Mehta RH, Ince H, et al. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD) [J]. Circulation, 2003, 108 Suppl 1: II 312-II 317.
- [4] Januzzi JL, Isselbacher EM, Fattori R, et al. Characterizing the young patient with aortic dissection: results from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD) [J]. J Am Coll Cardiol, 2004, 43(4): 665-669.

(收稿:2014-12-11 修回:2015-05-27)

(本文编辑:梁英超)



运动演绎精彩

健康成就未来