

顺序介入治疗肢体动脉硬化闭塞症20例临床分析

杨建国 王永洲 陈树平 王长厚 刘景香^① 王玉刚 元柏民

(河北省沧州市中心医院心内科, 沧州 061001)

关键词 肢体动脉硬化闭塞症; 局部溶栓; 经皮球囊成形术; 内支架植入术

摘要 为评价三种介入治疗技术对肢体动脉硬化闭塞症的临床疗效, 采用局部溶栓、经皮球囊成形术和内支架植入术顺序应用治疗肢体动脉硬化闭塞症20例(28段病变), 治疗成功率96.4%(27/28), 远期随访再狭窄率低。认为三种介入治疗技术顺序应用能明显提高疗效, 减少再狭窄率, 减轻经济负担, 避免严重并发症。

为评价三种介入治疗方法对肢体动脉硬化闭塞症的临床疗效, 自1996年顺序应用局部灌注溶栓剂、经皮球囊成形术(percutaneous transluminal angioplasty, PTA)和内支架植入术治疗肢体动脉硬化闭塞症, 至1998年6月共完成20例(28段病变)。现将一些经验体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择经临床体检、血管超声多普勒及动脉造影证实为肢体动脉硬化闭塞症患者20例(28段病变)。其中狭窄19段, 长度0.8~6.5 cm, 平均3.4 cm。阻塞9段, 长度1.0~13.5 cm, 平均9.6 cm。在阻塞段中急性阻塞(病程<7天)6段, 慢性阻塞(病程>7天)3段(表1, Table 1)。

表1. 病变部位、程度及介入治疗方法

病变程度	病变部位		狭窄段治疗方法			阻塞段治疗方法		
	狭窄	阻塞	溶栓	PTA	支架	溶栓	PTA	支架
髂动脉	5	1	0	5	1	1	1	1
股浅动脉	9	7	0	9	2	7	3	1
腘动脉	2	0	0	2	0	0	0	0
胫前动脉	1	0	1	0	0	0	0	0
足背动脉	0	1	0	0	0	1	0	0
锁骨下动脉	2	0	0	2	2	0	0	0
合计	19	9	1	18	5	9	4	2

1.2 方法

全组病例均为经皮顺行或逆行性穿刺股动脉入路。动脉狭窄的治疗程序为先行PTA, 术后造影残存狭窄<30%, 压力阶差<15 mmHg, 造影剂通过顺畅, 即结束操作, 否则置入内支架。动脉阻塞的治

疗程序: 将灌注导管送入血栓中局部灌注溶栓剂, 若导丝难以通过血栓闭塞部位, 则留置灌注导管嵌入血栓闭塞部位近端进行灌注。尿激酶50 ku, 15 min内推注, 后以尿激酶5万单位/小时喷射灌注。同时予以肝素1000 u/h持续静点滴注, 间隔4~6 h造影观察。溶栓后完全开通者结束操作。对溶栓后残存的基础狭窄行PTA。PTA术后造影效果欠佳者植入内支架。术后给予噻氯匹啶250 mg, 每天两次, 后改为每天肠溶阿斯匹林50 mg。

1.3 结果

本组病例成功标准: ①动脉造影: 病变完全开通或残存狭窄<30%, 狭窄远近端压力阶差<15 mmHg, 血流通过顺畅。②临床结果: 病变远端触及动脉搏动, 动脉缺血临床表明消失或明显改善。全组27段病变获得治疗成功, 治疗成功率96.4%(27/28)。动脉狭窄治疗成功率100%(19/19)。18段首选PTA占94.2%, 其中5段PTA术后效果不好而植入内支架, 占26.3%(5/19)。1例胫前动脉狭窄因动脉较细未行PTA, 给予溶栓及抗凝处理后症状缓解。动脉阻塞的治疗成功率88.8%(8/9)。9段阻塞性病变首选溶栓治疗, 6段急性阻塞病变中3段获完全再通, 3段获部分再通。3段慢性阻塞病变中, 2段获部分再通, 1段溶栓导管置入闭塞段近端溶栓治疗24 h无效而放弃治疗。部分再通病例行PTA, 其中2例PTA术后效果不好而置入内支架。全组患者无严重并发症。

1.4 随访

全组病例除1例失访外, 余19例随访期3~20个月, 平均9.35个月。随访内容: 临床症状、病变远端动脉搏动、血管超声多普勒和动脉造影。7例植入内支架者在术后6个月行动脉造影术。在置入内支架者中, 1例股浅动脉显示血管狭窄50%, 但血流通过顺

^①沧州化肥厂职工医院功能科

畅,无临床症状,未予进一步处理。其余6例显示血管通畅无再狭窄。3例 PTA 术后6个月造影无再狭窄。1例胫前动脉在术后3个月步行1000米足趾麻木,超声多普勒血流速增多,足背动脉搏动减弱,其余患者术后3个月、6个月、12个月行超声多普勒检查血流速正常,无临床症状复发。病变远端搏动无减弱。

2 讨论

许多介入治疗技术如药物溶栓、PTA、内支架植入术已被越来越多的用于动脉狭窄或阻塞性病变。各种方法有其优点,也存在缺陷。两年来我们应用上述三种介入治疗技术不同结合治疗肢体动脉硬化闭塞症获得成功,我们的经验体会是:

(1)动脉狭窄性病变首选 PTA。内支架植入术应作为 PTA 术后的补救措施。本组 PTA 治疗成功率72.2%(13/18)。支架植入率27.8%(5/18)。

(2)动脉阻塞性病变:急性阻塞病变首选局部灌注溶栓。其优点:①能完全开通部分急性动脉阻塞病变。②暴露闭塞段动脉的基础狭窄,更适于行 PTA。慢性阻塞病变溶栓效果欠佳,与国外报道一致^[1]。宜

试行通过导丝,直接行 PTA。

(3)内支架植入术适应症为 PTA 失败或效果不好者,是 PTA 的补救措施,本组 PTA 术后支架植入率31.8%(7/22)。

(4)本组提出的顺序治疗意义在于既能获得治疗成功,又能减少病人经济负担,减少并发症的发生率。

(5)噻氯匹啶可抑制由 ADP 和其它血小板激活剂诱导的血小板聚集反应,是一种更强的抗血小板聚集药物,在理论上优于阿斯匹林^[2]。故全组病例均在术后给予噻氯匹啶250 mg,每天两次,连续服用6个月后改用每天肠溶阿斯匹林50 mg,长期服用对减少再狭窄率起到良好作用。

参考文献

- 1 罗鹏飞,邵培坚,陈晓明,等. 下肢动脉血栓闭塞的导管溶栓治疗. 中华放射学杂志, 1994, 7: 485
- 2 罗晓颖,何汝敏,龚兰生. 血小板聚集抑制剂—噻氯匹啶. 中华心血管病杂志, 1998, 26: 236-237

(此文1998-08-31收到, 1999-01-25 修回)

(此文编辑 朱雯霞)