

· 临床病理讨论 ·

介入溶栓结合血管成形术治疗老年下肢动脉闭塞1例分析

刘 瑜, 宋康兴*

(解放军总医院老年心血管病研究所, 北京 100853)

【关键词】 下肢动脉硬化性闭塞症; 介入溶栓; 血管成形术; 老年人

【中图分类号】 R592; R543.3

【文献标识码】 A

【DOI】 10.3724/SP.J.1264.2013.00079

1 病例摘要

患者, 女性, 74岁, 主因“左下肢疼痛10d”入院。10d前无明显诱因出现左下肢疼痛、发凉, 不能行走, 夜间静息时疼痛加重。既往2型糖尿病、阵发性房颤病史5个月, 无明显间歇性跛行史; 吸烟史40余年, 4~5支/d。查体: 心率120次/min, 心律绝对不齐。左下肢皮肤苍白, 触痛明显, 膝以下及左足皮温明显降低, 左侧股动脉、腘动脉及足背动脉搏动触不清。实验室检查: C反应蛋白 27mg/L, 血糖11.47mmol/L, D-2聚体1.19mg/L。当地医院超声检查: 左侧股动脉下段至腘动脉、足背动脉血栓形成。左侧髂外、股动脉中上段血流速度减慢。入院后初步诊断为左下肢动脉硬化性闭塞症(arteriosclerosis obliterans, ASO)(Fontaine分期: III期), 给予抗血小板、抗凝、调脂、扩血管、改善循环、止痛等治疗。入院第2日经右侧股动脉行左髂动脉造影显示左髂总动脉自开口处完全闭塞(图1A), 引入5F JR 4.0造影导管置于血栓内, 将 2×10^5 U尿激酶注入20ml生理盐水中, 以微量泵按1ml/min(1×10^4 U/min)泵入, 造影见血栓溶解, 左髂动脉近段显影(图1B)。以导丝通过狭窄病变, 对股浅动脉闭塞段进行球囊扩张后, 髂动脉-股深动脉显影(图1C)。术后留置右侧股动脉鞘管, 经鞘管持续给予尿激酶 1×10^4 U/h溶栓治疗。考虑左髂动脉是引起缺血的主要狭窄及闭塞部位, 72h后行二次介入予左髂动脉狭窄处植入1枚7.0mm \times 60.0mm自膨胀支架, 近段植入8.0mm \times 18.0mm裸支架。术后复查造影支架膨胀满意, 左侧髂动脉狭窄解除(图1D), 远端动脉未见闭塞, 患者疼痛明显缓解, 皮温基本恢复正常。

2 临床病理讨论

卢才义主任医师: 下肢ASO是在下肢动脉粥样硬化的基础上引起管腔进行性狭窄或闭塞所致的下肢缺血性症状, 属于外周血管病。由于动脉粥样硬化是一种全身性疾病, 一些冠心病的危险因素如吸烟、糖尿病、高血压病、高血脂、肥胖、高龄、家族史等同样也是下肢ASO的危险因素。本例为老年女性, 有2型糖尿病、吸烟史, 结合症

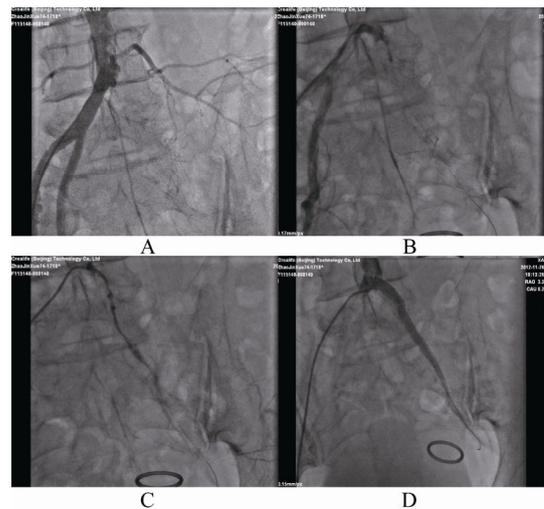


图1 造影结果

Figure 1 Angiography results

A: 第一次介入治疗行造影示左侧髂总动脉自开口处完全闭塞; B: 溶栓治疗后左髂总动脉近段显影; C: 经球囊扩张后髂动脉-股深动脉血流恢复; D: 第二次介入治疗于左髂动脉植入2枚支架, 造影示狭窄解除, 血流恢复

状、体征、下肢动脉造影检查, 左下肢ASO诊断明确。在治疗方面, 由于此类患者多为老年人, 常合并心脑血管疾病、高血压病、糖尿病等, 一旦在动脉粥样硬化的基础上发生动脉急性闭塞, 药物疗效有限, 手术治疗风险大。近年来, 随着介入技术和器械的发展, 血管腔内介入治疗已成为治疗ASO的重要手段。对于动脉粥样硬化继发血栓形成造成的肢体急性缺血, 采用导管接触性溶栓, 直接将溶栓药物注入血栓内, 具有较高的血栓溶解效率, 可使闭塞病变转为狭窄病变, 与血管成形术相结合, 可显著提高远期通畅率。即使溶栓后影像学无明显改善, 或血栓复发, 亦可使闭塞动脉管腔的开通更容易。本例根据造影结果属于TASC II D级病变, 根据指南, 适宜行外科手术。但由于该患者为老年女性, 既往有糖尿病、阵发性房颤病史, 手术并发症几率高。经采用导管接触性溶栓, 造影下见血栓迅速溶解、塌陷, 效果立竿见影, 为远端狭窄或闭塞血管的球囊扩张提供了可能。动脉粥样硬化是系统性疾病, 冠状动脉和周围

血管共病率高达15%。因此,心血管科医师应发挥介入技术的优势,本着全局观念,在立足冠状动脉的同时,关注全身动脉,为防治外周动脉疾病而努力。

王禹主任医师:随着年龄增长,下肢ASO发病率随之增加,65岁以上的男性人群发病率约为10%,75岁以上人群的发病率达20%,髂动脉较常累及。间歇性跛行是下肢ASO的典型临床表现,但仅有10%~20%的下肢ASO患者出现,此例患者在发病前就无明显间歇性跛行。由于狭窄和闭塞的进展是缓慢的,下肢ASO常有侧支循环形成,很少引起明显的肢体急性缺血表现。本例是在动脉粥样硬化的基础上继发血栓形成而导致肢体急性缺血,有很高的致残风险。经导管动脉内接触性溶栓结合血管成形术,由于创伤小、远期疗效好已成为临床治疗动脉血栓的主要方法。在支架的选择上,由于球扩式支架本身缺乏弹性、受压后易出现塌陷闭塞,柔韧性欠佳,不太适合于易受压或活动关节部位。而自膨胀式支架,它的优点是柔韧性较好,有利于通过扭曲血管和钙化病变,能顺应血管壁的自然曲度,不易受压变形、甚至可跨越活动关节释放。因此,本例在综合考虑患者病变特点和不影响肢体功能的基础上,于远段髂动脉狭窄处植入1枚自膨胀支架,近段植入1枚金属裸支架。冠心病合并外周动脉疾病很常见,心血管介入医师要提高周围动脉介入治疗水平。

赵玉生主任医师:下肢ASO的综合治疗措施包括基础

治疗(药物和非药物)、外科手术及介入治疗。生活方式的改变、控制危险因素(包括戒烟、合理饮食、适当运动等)与抗血小板、调脂、控制好血压血糖是ASO治疗的基石。外科冠状动脉旁路移植术长期通畅率较高,但创伤大、术后并发症多,患者不宜接受。介入治疗ASO始于20世纪60年代,由于其创伤小、并发症少、住院时间短等优点,目前已广泛开展,且有超越冠状动脉旁路移植术的趋势。下肢ASO行介入手术在病例选择、血管入路、支架选择、术中操作、手术策略等方面都与冠状动脉介入不同,有其自身特点,心内科介入医师要注意积累经验,提高技能。该患者为左髂动脉闭塞,研究表明,腔内治疗远期疗效与病变部位、长度等有关,髂动脉优于股腘动脉及膝下动脉。不论采用外科手术或介入治疗,上述药物治疗是贯穿始终的。采用多种综合性治疗措施,才能提高腔内治疗的远期疗效。本例术后应嘱其戒烟、适当运动、控制血糖达标、调脂等,因同时合并有房颤,可华法林联合抗血小板(阿司匹林+氯吡格雷)治疗国际标准化比值维持在2.0~2.5,并定期随访。

(参与讨论医师:卢才义,王禹,赵玉生,宋康兴,刘瑜,郭新红,李彦华,高磊,田进文,张玉霄)

(刘瑜整理)

(编辑:王雪萍)

· 消息 ·

声 明

本刊2013年第12卷第3期第226页“激动网织红核因子相关因子2对大鼠氧化应激所致血管平滑肌细胞损伤的影响”一文,脚注“冯建,现在四川省泸州医学院附属医院心内科工作”更改为“冯健,现在四川省泸州医学院附属医院心内科工作”。特此声明,并致歉意。

《中华老年多器官疾病杂志》编辑部

2013-04-28