

开窗和分支型腔内移植物成份分离——保护分支血管或潜在的新衰竭模型？

J.F. Dowdall, R.K. Greenberg, K. West, M. Moon, Q. Lu, C. Francis and K. Pfaff

Department of Vascular Surgery, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

目的： 主动脉腔内修复术后模块成份分离被视为迟发性衰竭的可能原因之一。本研究旨在建立分支和开窗型腔内移植物的成份分离的允许范围，并明确是否有因素能预测其发生。

设计： 通过研究所有患者术后至少1年的数码成像资料，对开窗和分支型腔内动脉瘤修补术后各成份的关系进行分析。建立数学模型，并用该模型判定所需带膜支架的最小重叠度，以预先排除成份分离可能带来的风险。

结果： 截至2006年接受开窗和分支型腔内移植治疗的184例患者中，有106例患者入选（须随访超过1年）。其中14例（13%）有成份间移动的证据，包括8例明显的成份分离（<2支架重叠）。成份分离的8例患者，及除外38%的总体人群，经数学模型识别最终均有发生成份分离的风险。

结论： 模块设备中经常观察到成份移动，但临床事件少见。支架重叠程度、瘤体内径、长度及带膜支架直径可用于预测成份间移动导致成份分离的风险。

一项比较颈动脉内膜剥离术中Fluoropassiv™薄壁颈动脉补片与静脉补片效果的前瞻性随机化临床研究

R. Meerwaldt, K.W.W. Lansink, A.M. Blomme and W.M. Fritschy

Department of Vascular Surgery, Isala Clinics, Zwolle, The Netherlands

介绍：颈动脉内膜剥离术（CEA）时使用补片血管成形效果优于颈动脉原发性闭合。然而，选用何种类型的补片材料仍存在争议。Fluoropassiv™薄壁颈动脉补片是一种基于生物相容性氟化高聚物的多聚脂补片，经表面修饰后具备可渗透，纳米厚度，可溶解的特点。本研究是首个评估颈动脉内膜剥离术中Fluoropassiv™薄壁颈动脉补片与静脉补片效果的初步临床试验。

材料与方法：**** 87例患者随机分为两组：42例予Fluoropassiv™补片，45例予静脉补片。由一名血管外科医生和一名神经科医生共同观察，并经多普勒超声扫描，共计随访2年。无一人失访。再狭窄定义为颈动脉最大收缩速度比 >2.6 ，内腔减小 $>50\%$ 。

结果： Fluoropassiv™补片组围手术期卒中发生率为 2.4% ，而静脉补片组为 8.9% （ $p = 0.02$ ，1例为回归性卒中，4例为非回归性卒中）。多元分析显示作为CEA指征的双侧颈动脉狭窄和卒中，与围手术期卒中相关。在校正双侧颈动脉狭窄和卒中后，围手术期卒中与补片类型没有相关性。补片类型不影响手术时间、钳夹时间、颅神经损伤、高血压、血肿、感染、出院时间及早期血栓栓塞事件。2年随访期间，Fluoropassiv™组和静脉补片组累计死亡率（分别为 4.4 vs 4.8% ）、补片闭塞率（ 4.8% vs 2.2% ）及卒中率（ 2.2% vs 2.4% ）均无显著差异。

结论： 首个临床试验显示Fluoropassiv™薄壁颈动脉补片与静脉补片相比并不增加血栓事件，且与术后较高的出血事件发生率不相关。

PET-FDG和USPIO增强MRI在有症状的颈动脉中度狭窄患者中的联合运用

T.Y. Tang,^{1,3} R.R. Moustafa,² S.P. Howarth,³ S.R. Walsh,¹ J.R. Boyle,¹ Z.Y. Li,³ J.-C. Baron,² J.H. Gillard³ and E.A. Warburton²

¹*Cambridge Vascular Unit, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK,*

²*Department of Clinical Neurosciences, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK, and* ³*University Department of Radiology, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK*

介绍： PET-FDG（position emission tomography- fluorodeoxyglucose正电子发射断层摄影-氟脱氧葡萄糖）及 USPIO-enhanced MRI（超小超顺磁性氧化铁粒子增强磁共振成像）正越来越多地用于描述颈动脉瘤炎症，后者被认为是高危斑块的一种危险因素。但目前尚无联合运用PET-FDG和USPIO-enhanced MRI的报道。

报道： 两例以卒中为临床表现，并经多普勒超声发现颈动脉狭窄50%的患者，同时接受PET-FDG和USPIO-enhanced MRI检查。两项检查结果一致并相互补充，提示两种技术反映了相似的代谢过程。

讨论： 颈动脉血管形成术患者的选择很大程度上仅基于管腔狭窄程度。如果斑块炎症与出现临床症状的风险相关，那么在选择适合接受颈动脉手术的患者时，这两种鉴定炎症活跃程度的显像模式可能有望替代风险标记物。

穿透性无名动脉损伤的开放手术治疗和腔内治疗

D.F. du Toit, W. Odendaal, A. Lambrechts and B.L. Warren

Department of Surgery, Tygerberg Hospital and the University of Stellenbosch, Tygerberg, South Africa

目的：对开放术式和腔内术式治疗穿透性无名动脉损伤进行回顾性分析

方法：收集在单中心治疗满18年的患者资料，包括人口统计学、临床表现、检查资料、伴发伤、病理表现、治疗方法、并发症及死亡率等数据。

结果：共计39例无名动脉损伤患者，其中36例男性、3例女性，平均年龄27岁（从18-49岁不等）。38例由刺伤所致，另有1例缘于枪弹伤。主要临床表现为休克（47%）及血肿形成（42%）。23例合并伴发伤。39例患者的病理表现依次为：假性动脉瘤21例、活动性出血损伤13例、动静脉瘘4例及动脉闭塞1例。开放修补手术34例，腔内修补术5例。总体生存率79%。生存者中卒中发生率6%。血管内支架治疗患者住院及重症监护时间较开放手术治疗患者更短。

结论：无名动脉损伤的发病率及死亡率均较高。由专家组谨慎制定手术方案，并尽可能在术前行血管造影，这种血管手术径路能达到更好的手术效果。在治疗稳定的无名动脉损伤患者时，可选用腔内和混合术式。

一项预期随访两年的生活质量研究：膝关节下旁路分流术保肢后仅非糖尿病患者持续改善

M. Engelhardt,¹ H. Bruijnen,² C. Scharmer,² W.A. Wohlgemuth,³ C. Willy¹ and K.D. Wölfle²

¹*Division of Vascular Surgery, Military Hospital Ulm, Germany,* ²*Department of Vascular Surgery, Zentralklinikum Augsburg, Germany,* and ³*Department of Diagnostic Radiology and Neuro-Radiology, Zentralklinikum Augsburg, Germany*

目的：因肢端威胁性缺血行膝关节下旁路分流术救肢成功后，评估术后24个月健康相关生活质量(HRQoL)。

方法：共研究89例行膝关节下旁路分流术保肢的患者。血管再通后分别于6、12及24个月前用短式36v1调查表评估HRQoL。

结果：24个月后47例患者(53%)肢端和移植物功能完好，27例患者(30%)死亡，7例患者接受二期截肢术，3例患者移植血管段发生不可逆闭塞，4例患者失访。24个月时下列4大领域HRQoL值显著升高：躯体功能($p < 0.01$)、身体疼痛($p < 0.01$)、心理健康($p = 0.04$)及社会功能($p = 0.01$)。除基线值以外，随访过程中糖尿病患者与非糖尿病患者相比HRQoL持续较低，HRQoL最大改善时间延迟(12月 vs. 6月)且显著改善较少。24个月后非糖尿病患者仍有5个领域保持改善，而糖尿病患者只有躯体疼痛有所改善。

结论：成功施行膝关节下旁路分流术后HRQoL持续改善时间超过12个月。因此，对血管重建术的积极态度似乎取决于患者的自身看法。尽管保肢率与非糖尿病患者相似，不可否认，糖尿病患者生活质量获益较少。

腔内及开放径路修复无血栓形成腘动脉瘤的荟萃分析

R.E. Lovegrove, M. Javid, T.R. Magee and R.B. Galland

Department of General Surgery, Royal Berkshire Hospital, Reading, UK

目的：腔内修复腘动脉瘤作为一种相对较新的技术还有待评估。本研究旨在比较开放及腔内两种径路修复腘动脉瘤的效果。

方法：收集所有已发表的比较开放及腔内两种径路修复腘动脉瘤效果的研究。终点有手术持续时间、住院天数及术后并发症包括短期开通率。疗效评估联合采用随机效应及荟萃分析法，差异评估采用优势比(OR)、加权平均值(WMD)及对数危害比(HR)。

结果：三项研究共包含141例患者(37例腔内手术, 104例开放手术)。患者各项临床特征无显著性差异。与开放手术相比, 腔内手术操作时间显著延长(WMD 120分钟, $p < 0.001$), 术后30天更易发生移植物血栓(OR 5.05, $p = 0.06$)及再次介入手术(OR 18.80, $p = 0.03$), 但术后住院天数较短(WMD - 3.9天, $p < 0.001$)。两种术式长期一级开通率无显著差异(HR 1.70, $p = 0.53$)。

结论：腔内修复腘动脉瘤与开放手术中期获益类似。然而, 腔内径路短期移植物血栓及再次介入发生率显著增加。基于现有技术还难以证明腔内修复腘动脉瘤的疗效。

内膜下血管成形术和经皮腔内血管成形术对股浅动脉闭塞的疗效比较

A. Antusevas,¹ N. Aleksynas,¹ R.S. Kaupas,² D. Inciura¹ and S. Kinduris¹

Departments of ¹Vascular Surgery, and ²Radiology, Kaunas University of Medicine, Kaunas, Lithuania

目的：汇报内膜下血管成形术(SA)治疗股浅动脉闭塞的效果，并与经皮腔内血管成形术(PTA)治疗类似病变进行比较

设计：前瞻性临床研究

对象：从2002年6月至2006年8月，共计71例患者的73支股浅动脉接受SA术，75例患者的75支股浅动脉接受PTA术。

方法：所有因股浅动脉闭塞行SA或PTA术的对象均预先登记后行回顾分析。记录并存病、手术指征、径流、闭塞血管长度、血管钙化及移植物开放情况。

结果：SA和PTA手术成功率分别为87.7%和81.3%。SA组在术后第1、6、12、24月的一级开通率分别为 84.9 ± 4.2 、 71.2 ± 5.1 、 68.5 ± 5.3 及 65.8 ± 5.2 。各相同的时间点一级辅助开通率在SA组分别为 84.9 ± 4.2 、 83.6 ± 4.2 、 71.2 ± 5.2 及 68.5 ± 5.3 ；在PTA组分别为 81.3 ± 4.4 、 62.5 ± 5.5 、 44 ± 5.6 及 42.7 ± 5.6 。钙化与SA术失败相关。SA及PTA术后随访期间均未发生截肢。

结论：SA术治疗股浅动脉闭塞效果优于PTA术。

超声引导下泡沫剂硬化疗法对复杂及简单曲张静脉的中期疗效观察

J.L. O'Hare,¹ D. Parkin,¹ C.P. Vandebroek² and J.J. Earnshaw¹

¹Gloucestershire Royal Hospital, Great Western Road, Gloucester GL1 3NN, UK, and ²University Hospital Antwerp, Edegem, Belgium

目的：本研究旨在描述泡沫剂硬化疗法开展的效果，着重观察伴有复杂静脉疾病的患者。

方法：序贯选择因躯干静脉曲张行超声引导下泡沫剂硬化疗法的患者，术后第2周予临床和手提多普勒评估，第6月予静脉二维成像评估。

结果：共计165例患者的185支躯干静脉接受治疗。其中复杂病变占据较大比例（109支血管CEAP分级4~6级，76支血管CEAP分级1~3级）。治疗期间91%曲张静脉（168支）仅采用泡沫剂硬化疗法。两周后，经手提多普勒仪探测闭塞的曲张静脉占93%（136/147）。10%（15/147）仍可见小腿静脉曲张。6个月后，闭塞的躯干静脉仍占74%（68/92），部分闭塞占10%（9/92），但16%（15/92）已完全开放。曲张静脉闭塞率在下列两组间比较：原发性和再发性静脉曲张；CEAP2~3级（22/30~73%）和4~6级（46/62~74%）静脉曲张；直径< 7mm（29/38~76%）和直径≥7 mm（13/23 - 57%）静脉曲张之间不存在显著差异。所有患者均无深静脉血栓形成的依据，但与治疗前多普勒扫描相比，有9支血管（10%）出现新发的局部深静脉反流。

结论：泡沫剂硬化疗法对复杂及简单曲张静脉一样有效。