

颈动脉内膜切除术与非体外循环搭桥术同步：早期结果系统性回顾的最新报告

K.R. Fareed^a, P.M. Rothwell^b, Z. Mehta^b, A.R. Naylor^{a,*}

a. The Department of Vascular Surgery, Clinical Sciences Building, P.O. Box 65, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK

b. The Stroke Prevention Unit, University Department of Clinical Neurology, The John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

目的：更新我们之前对颈动脉内膜切除术 (CEA) 与非体外循环搭桥术(OFF-CABG)同步手术随访结果的系统性回顾。

结果：我们确认了 12 个合格的研究，包括 324 例同步行 CEA 和 OFF-CABG 手术的资料。手术死亡率为 1.5% (95%置信区间 (CI):0.3-2.8)，死亡或同侧中风的风险率为 1.6% (0.4-2.8%) 死亡或其他中风的风险率为 2.2% (95%CI: 0.7-3.7)，死亡，中风或心肌梗死的风险率为 3.6% (95%CI:1.6-5.5)。

结论：324 名患者已发表的有限数据表明同步行 CEA 和 OFF-CABG 手术比 CEA 同步或者后续行体外循环搭桥术的早期结果好。但这些结果也可能是由于发表偏见，病例选择或者大动脉并未处理好或者插入导管，而不是因为 CEA 术有更低的中风率。我们鼓励有同步行 CEA 和 OFF-CABG 手术经历的同事上传其未发表数据以进一步支持该辩论。

颈动脉支架植入术和冠脉搭桥术随访 30 天结果的系统性综述和荟萃分析

A.R. Naylor^{a,*}, Z. Mehta^b, P.M. Rothwell^b

a. *The Department of Vascular Surgery, Clinical Sciences Building, Leicester Royal Infirmary, Infirmary Square, Leicester LE2 7LX, UK*

b. *The Stroke Prevention Research Unit, University Department of Clinical Neurology, The John Radcliffe Hospital, Oxford, UK*

目的：检测并发心血管病和颈动脉疾病的患者经受颈动脉支架植入术（CAS）和冠脉搭桥术（CABG）时的整体心血管事件风险。

设计：对所有已发表的同时行 CAS 和 CABG 的研究的手术风险进行系统性综述。

结果：11 项已发表的研究合格入选，共包括 760 例 CAS 加 CABG 的手术资料。大部分患者（87%）没有神经学上的症状，82% 的患者有单侧颈动脉狭窄。总体死亡率为 5.5%（95% CI: 3.4–7.6），同侧中风率为 3.3%（95% CI: 1.6–5.1），任意中风危险率为 4.2%（95% CI: 2.4–6.1），而 30 天心肌梗死率仅为 1.8%（95% CI: 0.5–3.0）。但是 30 天死亡和同侧中风率为 7.5%（95% CI: 4.5–10.5），30 天死亡和中风率为 9.1%（95% CI: 6.1–12.0），30 天死亡和中风以及心肌梗死的风险为 9.4%（7.0–11.8）。研究表明，患者在 CAS 术后 48 小时内进行 CABG 术的累积风险并不比延迟 2 周后再进行 CABG 术的累积风险的大。

结论：对大部分无症状单侧颈动脉狭窄患者的队列研究表明 30 天的死亡和中风率为 9.1%。这些数据可与之前的评估同步行颈动脉内膜切除术（CEA）和 CABG 的系统性综述相比较，并表明 CAS 加 CABG 相比 CEA 加 CABG 而言创伤性更小，更具吸引力。但是这 9% 的危险性是否在所有单侧颈动脉狭窄的无症状患者身上都能被证实尚有疑问。

胸腔和胸腹大动脉修复术后血清肌红蛋白变化和肾脏的发病率和死亡率：横纹肌溶解是否起作用？

C.C. Miller III*, M.A. Villa, J. Sutton, D. Lau, K. Keyhani, A.L. Estrera,

A. Azizzadeh, S.M. Coogan, H.J. Safi

Department of Cardiothoracic and Vascular Surgery, University of Texas Medical School at Houston, Memorial Hermann Heart and Vascular Institute, Houston, TX, USA

目的：胸腔和胸腹大动脉修复术后的肾功能不全已成为一个非常棘手的问题，以前广为接受的肾损伤机制--缺血和栓塞并不能完全解释病因了。所以我们研究了大动脉术后的血清肌红蛋白和肾功能不全。

方法：我们研究了 2006 年 9 月至 2008 年 2 月之间 109 名经受了胸腔/胸腹动脉修复的患者术后 3 天的血清肌红蛋白。其中 42 名 (38%) 患者为女性。平均年龄为 67 岁 (23-84 岁)。由于我们主要聚焦在肾功能上，肾脏专家认为透析已日益积极，我们根据透析分为三组 (1) 肌酐指征 (2) 非肌酐指征 (3) 未透析

结果：109 例中有 13 名患者 (12%) 由于肌酐指征而透析 (>4 mg dl-1)，另外有 28 名 (26%) 患者由于其他原因做透析。总体死亡率未 109 例中有 12 例 (11%)，其中 11 例透析患者 (27%) 和 1 例未透析患者 (1.5%)，在不同指征的透析患者之间死亡率并没有不同。死亡率的预测因素包括肾小球滤过率 GFR 的基线，术后血清肌红蛋白以及透析。而预测透析的唯一因素就是术后血清肌红蛋白。

结论：术后血清肌红蛋白和肾功能衰竭之间的强烈联系表明横纹肌溶解样现象可能在胸腹大动脉修复术后的病因学中起了一定作用。我们假设了肾损伤的一个全新机制，由此可以发展出治疗肾损伤的相应策略。

血管内修复是治疗真菌性主动脉瘤的长久之计吗？

R.E. Clough^a, S.A. Black^a, O.T. Lyons^a, H.A. Zayed^a, R.E. Bell^a,
T. Carrell^a, M. Waltham^a, T. Sabharwal^b, P.R. Taylor^{a,*}

a. Department of Vascular Surgery, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

b. Department of Radiology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

目的：血管内修复对于退行性动脉瘤的效果已得到公认，但是这种治疗方法对于感染性病理的动脉瘤的作用还颇有争议。该研究的目的是通过我们中期结果的综述获得血管内修复的长久性

方法：回顾分析了 1998-2008 年之间包括 673 名连续主动脉瘤患者进行血管内修复的数据库。

结果：19 名患者 (2.8%) 确诊为感染性主动脉瘤，这些患者总共有 23 个动脉瘤 (16 个胸主动脉瘤和 7 个腹主动脉瘤) 。 6 名患者 (32%) 出现破裂。 7 名患者 (58%) 术前接受了平均 11 天 (1-54 天) 的抗生素治疗。 15 名患者 (79%) 的血培养阳性，其中金黄色葡萄球菌是最常见的致病菌。 19 名患者全部接受了血管内修复手术。其中有 3 个一型内漏 (一个需要转复术开放修复) 和 2 个二型内漏。一名患者出现暂时性截瘫，后通过脑血管液体引流解决，另有一名患者中风。 30 天死亡率为 11% ，平均随访 20 个月 (0-83 个月) 后存活率为 73% 。 8 例死亡患者都与动脉瘤有关。

结论：血管内修复手术对于感染性主动脉疾病能够提供早期较好的存活率，但是其长期的移植物感染仍值得担忧。

动脉瘤血管内修复术 (EVAR) 后频繁进行 CT 随访是否有益？

N.V. Dias*, L. Riva, K. Ivancev, T. Resch, B. Sonesson, M. Malina

Vascular Center Malmö-Lund, Malmö University Hospital, Entrance 59 – 7th floor, 205 02 Malmö, Sweden

目标：通常动脉瘤血管内修复术 (EVAR) 后的影响随访 (FU)是要用周期增强 CT 来扫描的。本研究是评估 EVAR 后 CT-FU 的有效性。

方法：本研究中，304 个连续腹主动脉瘤病例中有 279 个 (男 261，年龄 74 (中位数年龄 IQR : 70 - 79) 平均瘤体 58 毫米 (IQR : 53 - 67)) 的患者，在实施 EVAR 后至少一年检查一次 CT 和腹部平片。所有 AAA 未破裂患者都在同一个机构接受过 Zenith 支架移植术。患者并无症状仅仅因为一次影像随访而被再次干预。这些数据是前瞻性输入电脑然后回顾性进行分析的。

结果：在 EVAR 术后随访时，在平均 54 个月 (IQR: 34-74) 实施了 1176 次 CT 扫描。27 例患者出现了术后 AAA 扩张 (五年无扩展率是 $88 \pm 2\%$)，57 例患者接受了术后干预，五年的二次成功率是 $91 \pm 2\%$ 。279 例患者中，26 (9.3%) 例患者在他们的常规 CT 检查随访中获益，因为他们的再次干预是基于无症状的影像学发现：伴或不伴内漏的 AAA 直径扩张 ($n = 18$)，支架远端扭结 ($n=4$)，支架远端分离引起的不伴 AAA 扩张的三型内漏 ($n=2$)，由于支架结构部分覆盖引起的孤立性髂总动脉扩张和肠系膜上动脉失灌注 ($n=1$)。

结论：少于 10% 的患者从 EVAR 后每年的 CT-FU 中获益。只有一例因支架部分分支覆盖导致的再干预可能会因为如果随访只做简单的直径测量和腹部平片而延误。这表明减少 CT 频率对于大多数病人已经足够，这能简化 FU 流程，减少放射暴露和 EVAR 的总费用。但对比增强 CT 对于计划进行再干预的患者来说仍然很重要。

原发性血管内膜下和血管内的血管成形术对糖尿病病人下肢缺血性溃疡的影响：5年多学科的糖尿病足治疗

V. Alexandrescu^{a,b,*}, G. Hubermont^{c,d}, Y. Philips^{c,d},
B. Guillaumie^a, Ch. Ngongang^{a,b}, V. Coessens^a,
P. Vandebossche^{e,f}, M. Coulon^g, G. Ledent^g, J.-C. Donnay^h

a. Department of Surgery, Princesse Paola Hospital, Marche-en-Famenne, Belgium

b. Department of Surgery, Sainte-Thérèse Hospital, Bastogne, Belgium

c. Department of Diabetology, Princesse Paola Hospital, Marche-en-Famenne, Belgium

d. Department of Diabetology, Sainte-Thérèse Hospital, Bastogne, Belgium

e. Department of Emergency Care, Princesse Paola Hospital, Marche-en-Famenne, Belgium

f. Department of Emergency Care, Sainte-Thérèse Hospital, Bastogne, Belgium

g. Department of Radiology, Princesse Paola Hospital, Marche-en-Famenne, Belgium

h. Department of Anesthesiology, Princesse Paola Hospital, Marche-en-Famenne, Belgium

引言：本研究目的在于评价利用结合内膜下的和血管内的血管成形术对糖尿病病人治疗下肢缺血性溃疡的治疗作用和
研究其它合并因素对组织愈合过程的影响。

方法：受试对象为2002年9月至2007年12月就诊的糖尿病病人中，176只出现多处缺血性创伤的肢体，对这些肢体进行联合多级的血管成形术处理。其中，有98例进行联合的血管内膜下和血管内的血管成形术处理，26例为血管内膜血管成形术处理，52例为其它处理，包括选择性多级血管内的血管成形术。临床和双重的评价（6个月一次）的平均随访期为22.1个月（范围为1-50个月）。

结果：对于124例单独或联合血管内膜下处理，有102例获得成功（成功率为82%），150例各种血管内的血管成形术中，有145例获得成功（成功率为96%）。27例初始未成功的血管成形术中（22例内膜下血管成形术和5例血管内的血管成形术）有16例进行了血管再造，8例辅助血管内处理，另外3只为截肢手术。这些患者在整个随访期间总共需要21次二期或者5年三期血管成形术。30天的存活率为99%（其中一个病人因心肌梗塞死亡）。在意向治疗分析中12、24、36和48月的累计初次和二次 patency 率为62%、45%、41%和38%，和80%、69%、66%和66%。在同一时间间隔内，临床合计成功率为86%、77%、70%和69%，而相应的肢体成活率分别为89%、83%、80%和80%。初次开通对于1-4年闭塞部位长度(>10 cm)和肾终末期疾病(ESRD)有负面影响($p < 0.0001$)。肢体成活率与同期组织缺陷的程度(>3 cm)，ESRD和骨髓炎无关。另外，对于老年人(>70岁)会伴随发生周围神经病变，卧床不起和心脏衰竭(左心室射血分数(LVEF) < 30%)。

结论：首次血管成形术是促进糖尿病缺血性溃疡愈合的有效方法，且创伤性较小，但是除了合理的血运重建，甚至有时需要反复重建，要达到满意的肢体救助率，还意味着需要多学科控制当前的危险因子来促进伤口愈合。

膝上股腘动脉分流术移植，胶原浸渍聚脂 (Dacron)还是膨胀泡沫聚四氟乙烯假体 (ePTFE)：短期和长期的多中心随机试验结果

R.J. van Det ^{a,*}, B.H.R. Vriens ^a, J. van der Palen ^b, R.H. Geelkerken ^a

a. Department of Vascular Surgery, Medisch Spectrum Twente Hospital, PO Box 50.000, 7500 KA Enschede, The Netherlands

b. Department of Clinical Epidemiology, Medisch Spectrum Twente Hospital, Enschede, The Netherlands

目的：比较膨胀泡沫聚四氟乙烯假体 (ePTFE)与胶原浸渍聚脂 (Dacron) 作为膝上股腘动脉分流术移植物的优劣。

设计：前瞻性多中心随机临床试验。

病例及方法：1992-1996年间，ePTFE (n=114) 与 Dacron (n=114) 随机作为血管移植 (直径 6 mm) 用于 228 例膝上股腘动脉分流术。病例纳入指征为：跛行、静息痛或组织缺失。术后按预定时间点进行随访，包括临床检查和多普勒超声检查。所有病例均给予华法林。研究主要终点是术后 2、5、10 年分流道首次通畅率。次要终点为死亡率、首次辅助通畅率、二次通畅率。通过寿命表分析和时序检验计算累计开放率。

结果：使用 ePTFE 术后 5 年首次通畅率、首次辅助通畅率和二次通畅率分别为 36% (可信区间: 26-46%), 46% (可信区间: 36-56%) 和 51% (可信区间: 41-61%)；使用 Dacron 分别为 52% (可信区间: 42-62%) (p=0.04), 66% (可信区间: 56-76%) (p=0.01) 和 70% (可信区间: 60-80%) (p=0.01)。术后十年，使用 ePTFE 分别为 28% (可信区间: 18-38%), 31% (可信区间: 19-43%) 和 35% (CI: 23-47%)；使用 Dacron 分别为 (可信区间: 18-38%), 49% (可信区间: 37-61%) 和 49% (可信区间: 37-61%)。

结论：通过长期的 10 年随访，Dacron 作为膝上股腘动脉分流术移植更优于 ePTFE。在无隐静脉可利用时，Dacron 可作为移植材料的首选。

大型社区医院实施静脉内射频消融术 400 例报道

J. van den Bremer ^{a,*}, P.Ph.A. Hedeman Joosten ^b, J.F. Hamming ^a,
F.L. Moll ^c

a. Department of Surgery, Leiden University Medical Center, P.O. Box 9600, 2300 RC Leiden, The Netherlands

b. Department of Surgery, Rijnland Hospital, Simon Smitweg 1, 2353 GA Leiderdorp, The Netherlands

c. Department of Surgery, University Medical Center, P.O. Box 85500, 3508 GA Utrecht, The Netherlands

目前静脉内射频消融术 (EIA) 已成为大隐静脉功能不全(GSV)的标准治疗方案。我们考察了一家大型社区医院应用该治疗方法过程中的困难、技术水平、疼痛评分、失败率以及学习曲线。

方法：323 例患有 GSV 的病人 (共计 403 只下肢) 实施了静脉内射频消融术。术后 6 周对病人进行临床检查和静脉内多普勒超声检查，术后第 1 周给予直观类比标度疼痛评分 (VAS)，并分析手术时间及手术成功率。

结果：6 周后 301 只 (74.7%) 被治疗的腿进行了二维超声检查。其中 282 名患者 (93.7%) 存在完全闭塞，12 名 (4.0%) 患者存在部分闭塞。7 名 (2.3%) 患者腿上的 GSV 并未闭合。VAS 最高均值在术后第五天。从这一个系列开始，每个患者的手术时间都快速减少，在 15 条腿后开始稳定。

结论：静脉内消融术对于 GSV 是安全有效的，该手术简单易行、相对无创并被患者广泛接受。我们认为，该方法可广泛应用于 GSV 的手术治疗。