

## 对症状性颈动脉狭窄行颈动脉内膜剥除术引起脑卒中和死亡危险度的当前趋势：最新系统性回顾

K. Rerkasem<sup>a</sup>, P.M. Rothwell<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Vascular Surgery Division, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand*

<sup>b</sup> *Stroke Prevention Research Unit, University Department of Clinical Neurology, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK*

**目的：**明确是否存在有关近年来对症状性颈动脉狭窄行颈动脉内膜剥除术（CEA）手术风险系统性减少的证据。

**方法：**我们对 2000 至 2008 年间发表的所有研究进行系统性回顾，包括经报道的症状性颈动脉狭窄的中风和死亡危险度。关于手术性脑卒中或死亡的比例，我们将经报道的危险度与 2001 年前我们发表的研究回顾、仅由外科医生报道与包括由神经科医生或脑卒中医生作为评估者或作者的研究进行比较。

**结果：**494 个研究中，只有 53 个研究报道了症状性颈动脉狭窄的手术风险。与我们之前的回顾一致，已发表的研究中仅由外科医生报道的脑卒中和死亡的手术风险 (3.9%, 95% confidence interval (CI): 3.4–4.3) 明显低于 ( $p < 0.001$ ) 包括由神经科医生报道的研究 (5.6%, 95% CI: 5.1–6.2)。有神经科医生或脑卒中医生参与的研究报道手术性脑卒中与手术性死亡之比为 4.0 (范围：3.6–4.5)，而仅由外科医生参与的研究报道为 2.7 (范围：2.1–3.9) ( $p=0.002$ )。我们发现 1985 年至 2008 年间，无证据表明因症状性颈动脉狭窄行 CEA 的死亡或脑卒中风险有所减少。2001 年至 2008 年发表的研究显示手术死亡率为 1.4% (范围：1.2–1.6%)，明显高于 ECST 和 NASCET 的报道 (1.0%, 95% CI: 0.9–1.1%)。但是，在这段时期行 CEA 治疗的患者平均年龄不断增大。

**结论：**没有证据显示在过去十年中因症状性颈动脉狭窄行 CEA 治疗的手术风险有系统性减少。仅由外科医生参与的研究显示较低的非致命性手术性脑卒中比例，提示一些较小的手术性脑卒中中被忽略。

## 急性缺血性脑卒中静脉溶栓后早期颈动脉内膜剥除术

M.A. Bartoli <sup>a,\*</sup>, C. Squarcioni <sup>b</sup>, F. Nicoli <sup>b</sup>, P.-E. Magnan <sup>a</sup>, S. Malikov <sup>a</sup>,  
L. Berger <sup>a</sup>, G.B. Lerussi <sup>a</sup>, A. Branchereau <sup>a</sup>

*a Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Hôpital de la Timone, Service de Chirurgie Vasculaire, 13005 Marseille, France*

*b Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Hôpital de la Timone, Service d'Urgence Neuro-Vasculaire, 13005 Marseille, France*

急性缺血性脑卒中(AIS)静脉溶栓(IVT)后，颈内动脉(ICA)狭窄可依然存在并增加再次脑卒中的风险。颈内动脉剥除术(CEA)已显示可减少脑卒中的风险。但是，在溶栓后行CEA是否安全，如果安全，选择什么时候行CEA，尚不明确。我们对AIS行IVT后残留的高度颈内动脉狭窄15天内进行CEA治疗做一前瞻性研究报道。

**方法：**所有患者在脑卒中发病3小时内行脑部MRI检查。在神经血管单元行IVT后一天进行CT血管造影以评价脑部以及颈动脉是否开放。神经学上稳定的患者在脑动脉完全再通后进行CEA。CEA前后特别谨慎控制血压。

**结果：**2005年1月至2008年1月，我们连续对12名患者进行手术。美国国立卫生研究院卒中评分(NIHSS)中位数为12(范围：5-12)。颈内动脉(ICA)合并大脑中动脉(MCA)占58.3%。症状出现直至CEA的时间中位数为8天(范围：1-16天)。30天时脑卒中和死亡比率为8.3%(一例非致死性的出血性脑卒中)。90天时，9名患者Rankin评分0-1分，一名患者2分，2名患者3分。

**结论：**我们对IVT后残留颈内动脉狭窄的患者行CEA达到了阻塞血管的完全开通，所有患者术后3月有良好功能预后。我们提倡术前、术中、术后非常严密监测血压，并在神经科专家与外科医生间通力合作以明确CEA的最佳时间。

## 术后限制性液体治疗对腹部血管外科手术恢复的效果

J.A. González-Fajardo<sup>a,\*</sup>, L. Mengibar<sup>a</sup>, J.A. Brizuela<sup>a</sup>, J. Castrodeza<sup>b</sup>,  
C. Vaquero-Puerta<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Division of Angiology and Vascular Surgery, Hospital Clínico Universitario of Valladolid, Avda. Ramón y Cajal, s/n 47003 Valladolid, Spain*

<sup>b</sup> *Department of Preventive Medicine, Hospital Clínico Universitario of Valladolid, Avda. Ramón y Cajal, s/n 47003 Valladolid, Spain*

**目的：**比较对选择性腹部外科手术患者术后进行限制性液体疗法或标准静脉液体疗法两者的不同效果。一级终点为术后留院时间。

**设计：**前瞻性观察者单盲、随机、对照试验。

**材料和方法：**经腹膜主动脉髂动脉进路进行肾下移植修补的患者为合格。在手术及重症监护病房期间，由对本研究不知情的麻醉医师开液体医嘱。在血管外科病房，标准组（SG）患者每天接受 2500ml 液体，限制组（RG）患者每天 1500 ml 液体。所有患者基于意向处理分析。

**结果：**40 例患者随机分入 RG(n=20)或 SG (n=20)。胃肠道功能恢复无明显差异。但术后留院时间 RG ( 8 天 ) 短于 SG ( 12 天 ) (p=0.003)。

**结论：**术后限制性液体疗法可明显减少重大择期腹部血管手术患者的留院时间。

## 同时处理结直肠恶性肿瘤和腹主动脉瘤：多中心经验和文献回顾

J. Shalhoub<sup>a,\*</sup>, P. Naughton<sup>a,b,c</sup>, N. Lau<sup>a</sup>, J.S. Tsang<sup>c</sup>, C.J. Kelly<sup>c</sup>,  
A.L. Leahy<sup>c</sup>, N.J.W. Cheshire<sup>a,b</sup>, A.W. Darzi<sup>a</sup>, P. Ziprin<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Department of Bio Surgery & Surgical Technology, Faculty of Medicine, Imperial College London, St Mary's Hospital, London, UK*

<sup>b</sup> *Regional Vascular Unit, Imperial College Healthcare NHS Trust, St Mary's Hospital, London, UK*

<sup>c</sup> *Department of Vascular Surgery, Royal College of Surgeons in Ireland, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland*

**目的：**对于同时患有结直肠癌（CRC）和腹主动脉瘤（AAA）的案例，同时与分阶段处理或优化分阶段操作都缺乏共识。在此呈现我们的经验，回顾有关治疗困境的文献并明确血管内主动脉修补（EVAR）的作用。

**设计，材料和方法：**对双中心经验进行观察性研究并对已发表的文献进行系统性回顾。

**结果：**2001年至2006年，从个三级转诊中心的前瞻性数据库中确定24位患者。对恶性肿瘤和动脉瘤同时干预的有13名患者。其中10名患者先实施肿瘤切除后行开放性动脉瘤修补（n=3）或EVAR（n=7）。2名患者（AAA直径：7.0和8.0cm）在结肠切除前行EVAR。1名患者选择同时进行两种手术。均未出现间期AAA破裂、移植物感染或术后死亡。文献回顾明确了269位这样的病例，其中101名患者进行联合手术。在分期手术中，有9名患者出现间期动脉瘤破裂和1例主动脉移植物感染。

**结论：**在我们的经验中，可以对患者进行分阶段处理而没有间期动脉瘤破裂。EVAR在防止延迟CRC处理、高危患者和联合治疗方面的作用具有发展性。

## 对股浅动脉闭塞行 PTFE 搭桥或者 thrupass ? —随机对照试验

M. Lepäntalo\*, K. Laurila, W.-D. Roth, P. Rossi, J. Lavonen, K. Mäkinen,  
H. Manninen, P. Ronsi, J. Perälä, D. Bergqvist, Scandinavian Thrupass Study Group

*Department of Vascular Surgery, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland*

Thrupass 腔内血管移植治疗股血管病变的早期效果是大有希望的。与外科治疗相比，血管内治疗慢性下肢缺血建议要达到更少的发病率和更好的成本效益。

**患者和方法：**本研究为随机多中心试验，注册一批 60+60 例股浅动脉 (SFA) 闭塞 5 – 25cm 不等的患者进行治疗，随访 3 年。患者或进行腔内 PTFE thrupass(WL Gore & Ass)移植或进行外科聚四氟乙烯(PTFE) 近端腘动脉旁路移植。随访 3 年时一期通畅率定为一二级终点，二期通畅率、功能成功、生活成本和质量为二级终点。

**结果：**其中一个中心的 100 例连续性 SFA 闭塞病例显示只有 40%的病变符合本研究。注册 44 名患者时因以下中期分析结果而过早终止：1 年一期通畅率 (不包括技术故障) thrupass 48%，旁路移植为 95% (p= 0.02)。通畅的差异有利于对血管搭桥手术而非血管内 thrupass 在完成 1 年随访后也持续，1 年时一期通畅率分别为 46 %和 84 % (p = 0.18)，其后为粗略等线生命表曲线。排除技术故障，相应的二期通畅率分别为 63 %和 100 % (p=0.05)，根据意向性分析为 58 %和 100 % (P=0.02)。二次结果，因此无法分析。

**结论：**治疗 SFA 闭塞 (TASC IIB 和 C 或 Imelda Ia 和 II) 应当进行聚四氟乙烯搭桥，而不是聚四氟乙烯 thrupass，因为 thrupass 与恶化的早期结果相关。这些结果只占一小类股血管疾病。

## 永久性坐骨神经伴行动脉

I.M. van Hooft<sup>a</sup>, C.J. Zeebregts<sup>b</sup>, S.M.M. van Sterkenburg<sup>a</sup>, W.R. de Vries<sup>a</sup>, M.M.P.J. Reijnen<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> *Alysis Zorggroep, Location Rijnstate, Department of Surgery, Division of Vascular Surgery, Wagnerlaan 55, 6815 AD Arnhem, The Netherlands*

<sup>b</sup> *University Medical Center Groningen, Department of Surgery, Division of Vascular Surgery, Groningen, The Netherlands*

**背景：**永久性坐骨神经伴行动脉 ( PSA ) 是一种罕见的血管畸形，发病率约为 0.03-0.06%。在早期胚胎发育期间，当股浅动脉发育正常时坐骨神经伴行动脉通常会消失。本研究旨在评价 PSA 的临床表现和结果。

**结果：**本综述描述 122 名患者的 159 例 PSA。发现 PSA 时的评价年龄为 57 岁，发病率在性别上相同分布。大多数 PSA 为单侧 ( 70% )，并且为完全型 ( 79% )。91 名患者 ( 80% ) 表现的症状包括间歇性跛行、缺血、搏动性肿块或神经症状。48% 的患者表现有动脉瘤，7% 的患者有狭窄，9% 的患者有 PSA 的闭塞，6% 的患者有 PSA 远端血管的闭塞。治疗方法取决于 PSA 的症状和分类。9 例患者 ( 8% ) 最终进行了截肢术。

**结论：**PSA 是一种罕见的血管异常，具有较高的并发症发病率，包括动脉瘤形成和缺血，可导致截肢术。从可得到的文献中无法得出随访策略。

## 低剂量乙酰水杨酸在动脉粥样硬化血栓二级预防中不耐受性的流行率

E. Tournoij<sup>a</sup>, R.J.G. Peters<sup>b</sup>, M. Langenberg<sup>c</sup>, K.J.K. Kanhai<sup>d</sup>, F.L. Moll<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Department of Vascular Surgery (G04.130), University Medical Center Utrecht, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht, The Netherlands*

<sup>b</sup> *Department of Cardiology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands*

<sup>c</sup> *General Practitioner's Practice Gezondheidscentrum West, 's-Hertogenbosch, The Netherlands*

<sup>d</sup> *Medical Affairs Department, sanofi-aventis Netherlands, Gouda, The Netherlands*

每日低剂量乙酰水杨酸经 (ASA) 常用于动脉粥样硬化血栓患者以预防血管并发症。文献报道中关于低剂量 ASA 的副作用和并发症有不同的定义。我们探究服用低剂量 ASA 的患者中 ASA 不耐受性的流行率、症状特点和后果。105 个中心的全科医师和专科医生回顾最近连续性 10 位开 ASA 处方的患者文件。参与的患者完成一问卷调查关于当前 ASA 的使用 (医生与患者一起完成问卷调查), 联合药物的使用和提示 ASA 不耐受性的症状。本研究总共包括 947 例患者。60 例患者 (6.6%) 终止 ASA 治疗, 主要因为出现被认为是 ASA 使用引起的副作用。在低剂量 ASA 单一治疗的患者中, 提示不耐受性的副作用很普遍。为发现和治疗这些症状, 需要更多的意识, 因为副作用的发生时患者中断 ASA 治疗的最重要的原因。

## 阿司匹林和西洛他唑联合治疗与血小板聚集减少和预防运动诱导的血小板激活相关

M. Cleanthis<sup>a,b</sup>, V. Bhattacharya<sup>a</sup>, J. Smout<sup>b</sup>, H. Ashour<sup>a</sup>, G. Stansby<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Department of Vascular Surgery, Queen Elizabeth II Hospital, Gateshead NE9 6SX, UK*

<sup>b</sup> *Northern Vascular Centre, Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne NE7 7DN, UK*

**背景：**西洛他唑已被证明增加跛脚患者步行距离的有效性，但是在心血管疾病二级预防中是否比安慰剂更有效尚未被阐明。运动对于血小板功能的直接作用仍待恰当的明确。我们通过对跛脚患者进行反复踏车试验研究阿司匹林和西洛他唑联合治疗对血小板活性的作用。

**方法：**19 例跛脚患者完成一 双盲、随机、对照、交叉试验。每位受试者接受 2 周的阿司匹林 ( 75mg ) 和安慰剂以及阿司匹林和西洛他唑 ( 100mg ，每天 2 次 ) 。在每个 2 周治疗周期以后，患者均参加标准化的踏车试验(3.2 km h<sup>-1</sup>, 10° 斜坡) 步行至最大的跛行距离。该试验总共重复三次，实验前后留取血样本。血小板激活通过自由血小板计数聚集、对血小板激活的表面标志行流式细胞计量术以及可溶性血小板选择蛋白测定来检测。

**结果：**与阿司匹林和安慰剂联合治疗比较，阿司匹林和西洛他唑联合治疗与花生四烯酸诱导的血小板聚集减少相关 ( $p < 0.01$ , Wilcoxon 符号秩检验)。阿司匹林和安慰剂治疗与运动后的血小板选择蛋白表达升高、血小板-单核细胞聚集以及 CD42b 表达减少相关 ( $p < 0.05$ , Wilcoxon 符号秩检验)。在阿司匹林和西洛他唑联合治疗，运动后自发性血小板聚集无差别，同时可溶性血小板选择蛋白减少 ( $p < 0.05$ , Wilcoxon 符号秩检验)。

**结论：**阿司匹林和西洛他唑联合治疗导致血小板激活抑制并减少运动对血小板的作用。其益处可视为西洛他唑增强阿司匹林对环氧合酶通路的抑制作用。