

护理程序可以部分解释外周血管手术后不同医院死亡率的差异
S.E. Hoeks^a, W.J.M. Scholte op Reimer^b, H.F. Lingsma^c, Y. van Gestel^a,
H. van Urk^d, J.J. Bax^e, M.L. Simoons^a, D. Poldermans^d

^a *Department of Anesthesiology, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands*

^b *Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands*

^c *Centre for Medical Decision Making, Department of Public Health, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands*

^d *Department of Vascular Surgery, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands*

^e *Department of Cardiology, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands*

目的: 本研究目的是调查不同医院的外周血管手术的患者死亡率差异是否反映出护理质量的不同。

设计: 观察性研究。

材料: 包括荷兰的11家医院, 连续入院的711位血管外科患者。

方法: 采用多元logistic回归模型来分析1年死亡的患者特征, 结构, 和护理程序。模型由连续增加的年龄、性别、Lee 指数构成, 保留危险因素, 随访护理质量, 最后选择护理参数的过程。

结果: 总的1年死亡率是11%, 在不同医院从6% 到 26%。医院之间观察了患者特征和质量指标有大的差异。(如年龄> 70岁: 28-58%; 应用beta阻滞剂治疗的: 39-87%)。校正后分析结果提示大部分死亡率的变异可以用年龄、性别和Lee 指数来解释 (Akaike's (AIC) = 59, $p < 0.001$)。差异的另外原因可以用护理过程来解释(AIC = 5, $p = 0.001$)。

结论: 不同医院之间患者特征、护理结构、护理过程和死亡率存在差异。即使在校正患者人群的危险因素后, 死亡率差异可以由护理的质量和过程来解释。

正中腹部疤痕的异位性骨化：一个文献综述

P.G.L. Koolen, M.H.F. Schreinemacher, A.G. Peppelenbosch

Department of Surgery, Maastricht University Medical Centre, P.O. Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands

异位性骨化（HO）是骨骼系统以外的骨形成，包括旧切口。尽管这是一个矫形外科术后众所周知的并发症，对血管外科术后来讲仍然不常见。但是最近数据显示多达25%的腹部术后患者会形成HO。本文提出腹主动脉瘤主-双髂动脉修复重建术后7年有HO症状的病例。此外，我们回顾病因学，提示骨形成蛋白起重要作用。同时综述了治疗，外科切除原发性闭合是主要治疗方法，但是缺乏其他治疗的支持证据。

在颈动脉内膜切除术前双重抗血小板治疗降低术后栓塞和血栓事件：术后经颅多普勒监测是不必要的

R.Y. Sharpe^a, M.J.S. Dennis^b, A. Nasim^b, M.J. McCarthy^b, R.D. Sayers^b, N.J.M. London^b, A.R. Naylor^b

^a *The Vascular Studies Unit, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK*

^b *Department of Vascular Surgery, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK*

背景: 颈动脉内膜切除术后的血栓性卒中(CEA)发生于栓塞之前（用经颅多普勒超声(TCD)检测），增加剂量的右旋糖酐可以预防。但是，该项治疗很难集中，并且右旋糖酐已经停止生产。一项随机试验提示单用75mg的氯吡格雷（在每天给予75mg阿司匹林基础上，在术前一天晚上给予75mg的氯吡格雷）明显降低CEA后的栓塞。我们假设该双重抗血小板治疗的模型可以显著降低右旋糖酐治疗的需要。

方法: 回顾性分析在2006年8月1日到和2009年7月30日期间CEA术后的297名患者。所有患者得到常规阿司匹林治疗（每天75mg）加上术前晚上给予75mg氯吡格雷。所有患者进行血管镜检查，对于有颞窗的($n = 270$)进行术中和术后的TCD检测。

结果: 高的栓塞发生率要求右旋糖酐的(任何一个10分钟多于25个栓子)270位患者中只有1位(0.4%), 明显低于给予氯吡格雷的历史对照组3.2%。没有术间死亡，但是297位患者中有3位有非致残性卒中(术中预先形成的，高血压危象后豆状核出血，对侧栓塞)。总的30天死亡/卒中发生率(1.0%)低于先前观察的821位患者的发生率 2.6%。

结论: 术前一天晚上给予 75 mg 氯吡格雷（在常规每天 75mg 阿司匹林治疗基础上）明显降低术后栓塞和右旋糖酐的使用。没有同侧的血栓缺血性事件发生。这次研究的结果是以后术前给予 75 mg 氯吡格雷（在常规每天 75mg 阿司匹林治疗基础上），停止术后的 TCD 监测。

腔内AAA修复术解剖上的适应与否可能影响随后的破裂

S. Perrott^a, P.J. Puckridge^{a,b}, R.K. Foreman^b, D.A. Russell^{a,b}, J.I. Spark^{a,b}

^a *Flinders University, Adelaide, Australia*

^b *Department of Vascular Surgery, Repatriation General Hospital/Flinders Medical Centre, Adelaide, Australia*

目的: 单一中心研究结果提示对破裂的腹主动脉瘤(rAAA)施行腔内主动脉瘤修复术(EVAR)可能降低开放手术的死亡率。该观点没有被随机对照试验证实,提示EVAR解剖上的适合与否可能独立地改善rAAA的预后。我们的目的是对rAAA患者开放性手术修复的结果评估,术前计算机成像评估rEVAR的适合与否。

方法: 从1998年1月开始的一项对所有破裂的主动脉瘤回顾性调查。以rEVAR解剖上的适应性为基础分组,术前CT。

结果: 118位rAAA的患者,48位术前CT。其中9名患者扫描被淘汰,排除在外。16名患者适合rEVAR,23名不适合。按照人口统计分组,组间Glasgow动脉瘤评分没有差异。适合EVAR的患者30天死亡率没有显著降低(适合的6.9% 不适合的30.4%; $P = 0.066$),在手术时间、输液、住院时间长短和院内发病率方面没有差异。

结论: 解剖上的适应性可能影响破裂的AAA开放性手术的结果。需要进一步研究来证实。

腹主动脉瘤开放性手术前和后肾动脉腹主动脉节段和动脉瘤形态上和机械的改变

W.Majewski^a, M.Stanišić^a, K.Pawlaczyk^a, A.Marszałek^b, M.Seget^b,
W.Biczysko^b,
Z.Krasiński^a

^a *Department of General and Vascular Surgery, Poznań University of Medical Sciences, Długa 1/2, 61-848 Poznań, Poland*

^b *Electron Microscopy Laboratory of Department of Clinical Pathomorphology, Poznań University of Medical Sciences, Poznań, Poland*

目的: 研究目的是如何评估主动脉瘤壁的超微结构, 囊和颈影响主动脉壁的膨胀性和手术后 2 年的近端扩张。

方法: 30 位患者的动脉瘤囊和颈进行活组织电镜检查。计算机成像 (CT) 和超声 (M 超声检查) 评估患者动脉瘤的直径和膨胀性。

结果: 根据主动脉残根的术后 CT 检查分为两组。组 I ($n = 11$) 基本没有扩张, 平均 1mm (1-3 mm), 组 II ($n = 19$) 主动脉显著扩张, 平均 5.2mm (4-12 mm)。组 II, 动脉瘤颈的改变弹力纤维是可以比较的, 但是和动脉瘤囊一样明显。组 I, 动脉瘤囊的膨胀性显著低于动脉瘤颈和肾动脉。组 II, 动脉瘤囊和颈的膨胀性显著低于肾动脉腹主动脉节段 ($p = 0.01$)。组 II 患者的活组织检查显示正常结构的过渡退化, 与动脉瘤囊和颈的壁膨胀性的改变有关。

结论: 正常主动脉结构在超微结构的紊乱和破坏与降低的主动脉膨胀性有关。动脉瘤颈的低的膨胀性与术后 2 年的近端主动脉扩张有关。

来自体内的 Egr-1 诱骗基因治疗静脉移植在抑制内膜增生中的作用

M. Peroulis^{a,b}, J.Kakisis^{a,b,*}, A.Kapelouzou^a, A.Giagini^a, S.Giaglis^a, G. Mantziaras^a, N.Kostomitsopoulos^a, P.Karayannacos^a, A.Macheras^b

^a *Center of Experimental Surgery, Foundation of Biomedical Research, Academy of Athens, Athens, Greece*

^b *3rd Department of Surgery, Athens University Medical School, 'Attikon' Hospital, Athens, Greece*

目的: 目的是检验假说: 术中转染结合转录因子 Egr-1 的诱骗寡核苷酸 (ODN) 可以明显抑制静脉移植内膜增生。

设计: 实验研究。

材料和方法: 用 Egr-1 的诱骗基因, 只有载体的突变 ODN 来治疗兔颈静脉到颈动脉移植, 用 300 mmHg 的非扩张压力 20 分钟, 或者不治疗。所有动物饲以 2%胆固醇饮食, 48 小时、6 周、12 周后处死动物。石蜡包埋的静脉段用于分析。

结果: DAPI 染色鉴定 ODN 的成功转染。实时定量 PCR 显示转染 Egr-1 诱骗基因 ODN 的动物 Egr-1 基因表达降低 60%。Ki-67 标记提示细胞增生显著降低。所有静脉移植的内膜和中膜厚度增加。但是, 用 Egr-1 诱骗基因 ODN 治疗的内膜厚度显著降低, 管腔面积增加。

结论: 术中压力介导的 Egr-1 诱骗基因 ODN 转染移植静脉, 显著降低高胆固醇血症兔的内膜增生。

慢性腔静脉血栓后支架和髂股静脉闭塞后支架：中期通畅率和临床结果

A. Rosales ^{a,*}, G.Sandbæk ^{a,b}, J.J.Jørgensen ^{a,b}

^a *Department of Vascular Surgery, Oslo University Hospital, Aker, N 0514 Oslo, Norway*

^b *University of Oslo, Oslo, Norway*

目的: 本研究目的是决定慢性闭塞的腔静脉和髂股静脉支架后的中期通畅率和临床结果。

设计: 观察性研究。

材料/方法: 在 2000 到 2009 年间，调查了 2400 位慢性静脉功能不全(CVI)的患者，34 位患者深静脉血栓 (DVT) 后深静脉闭塞进行腔内治疗。平均年龄 41 岁 (从 15 岁-63 岁)，19 名女性。进行随访检查：彩色多普勒超声 (CDU), 上行性静脉造影 (AV), 静脉闭塞体积描记术(VOP)，静脉压力梯度 (VPG) 和 CT 静脉造影或经股-腘静脉造影术。主要症状是静脉性跛行，水肿，疼痛和溃疡。所有患者进行支架治疗。22 位髂股、9 位髂、1 位腔静脉-髂股采用自展式支架。21 个程序要求通过腹股沟韧带支架。

结果: 34 位中有 32 位(94%)施行最初再通。平均随访 33 个月(1-96)的临床检查、CDU、VOP。21 位患者中 14 为通畅 (67%)，21 位患者中 16 为最初辅助通畅 (76%)，21 位患者中 19 为二级通畅 (90%)。静脉性跛行和水肿的成功再通。

结论: 对于由于慢性静脉闭塞血栓后的静脉性跛行，水肿和反复静脉性溃疡的支架治疗临床结果较好，中期通畅率较好。

激光和射频消融研究(LARA study): 一项随机研究比较射频消融静脉内激光消融(810 nm)

S.D. Goode, A. Chowdhury, M. Crockett, A. Beech, R. Simpson, T. Richards, B.D. Braithwaite*

Department of Vascular and Endovascular Surgery, E Floor, West Block, Queens Medical Centre, Nottingham NG7 2UH, UK

目的: 没有随机研究比较射频消融(RFA) 和其他的静脉内技术。本研究最初的目的是观察大隐静脉(GSV)RFA是否比静脉内激光消融(EVLA)疼痛低和损伤小。

材料和方法: 本试验有两个队列-双侧隐静脉闭锁不全引起静脉曲张(VV) 和单侧GSV VVs。本研究中涉及87个下肢。双侧组的肢体一侧RFA治疗, 另一侧EVLA。单侧组肢体随机RFA或 EVLA。RFA采用Celon RFiTT 系统 (Teltow, 德国)。EVLA 采用810nm的激光 (BiolitecAG, 德国)。按需要进行静脉切除术。最初终点采用直观模拟标度尺(VAS)评估疼痛和损伤。二级终点是多普勒超声评估6周和6个月的通畅率。

结果: 双侧组, RFA在术后 2-11天疼痛显著低于EVLA 。在3-9天RFA的损伤也显著低于EVLA 。单侧组在手术后疼痛的平均值, 损伤, 和活性积分上没有差异。RFA 和 EVLA 术后10天闭塞率为 95% 。

结论: RFA 比 EVLA 的疼痛低, 损伤小, 但是单侧组术后成功率没有差异。