

# 常规完成血管造影对原发性颈动脉内膜剥脱术愈后的影响：某教学医院的一项前瞻性研究

J.-B. Ricco<sup>a</sup>, G. Régnault de la Mothe<sup>a</sup>, S. Fujita<sup>b</sup>, O. Page<sup>a</sup>, A. Valagier<sup>a</sup>,  
C. Marchand<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Vascular Surgery Department, Jean Bernard Hospital, University of Poitiers, Medical School, Rue de la Milétrie, Poitiers 86021, France*

<sup>b</sup> *Vascular Surgery service, Tsukuba Hospital, Ibaraki, Japan*

目的：在事先选定的一所教学医院内，我们对原发性颈动脉内膜剥脱术（CEA）后为了预防中风，颈动脉闭塞和残余狭窄而完成的血管造影术的有效性进行评估。

材料和方法：该项前瞻性研究入选自1995年1月到2009年8月之间的共1179例行CEA的1055例患者，排除严重肾功能不全，造影剂过敏和重复行CEA或颈动脉搭桥的患者。在这项队列研究中，552例（52.3%）为无症状患者，318例（30.2%）为短暂性脑缺血发作（TIA）以及185例（17.5%）为中风患者。收集1055例患者的常规完成血管造影结果。有以下指征的患者行手术治疗：（1）颈内动脉（ICA）或颈总动脉（CCA）狭窄超过50%，颈外动脉（ECA）狭窄超过70%；（2）任何瓣膜病变；（3）任何腔内填充缺陷。术后1周和术后1年行超声复查。中位随访时间是7年。

结果：812例（69%）病人的第一次CEA由1位深资外科大夫操作，367例（31%）病人由1位外科大夫进行操作，该操作在上级深资外科大夫的监督下进行。完成血管造影显示72例（6.1%）病人存在明显的缺陷而需要再次手术治疗，这包括ECA瓣膜病变（30例），补片处血栓形成（7例），远端ICA瓣膜病变或狭窄（20例）以及CCA瓣膜病变或残余斑块（15例）。逻辑回归分析显示根据完成的血管造影术的结果来分析，颈动脉斑块总长度 $>6\text{cm}$ （ $p=0.02$ ，OR值：2.31；95%置信区间（CI）（1.21-3.72）），ECA的外翻式动脉内膜剥脱术（ $p=0.01$ ，OR值：3.41；95%CI（2.10-5.94））及第一次由新手操作（ $p=0.02$ ，OR值2.42；95%CI（1.81-4.23））都是手术存在缺陷的独立预测因素。未发生与颈动脉导管插入术或对比造影剂相关的并发症。30天内中风和死亡的总共发生率为1.5%，深资外科大夫与新手相比无统计学差异（ $p=0.60$ ）。行常规完成血管造影（1.4%）与行缺陷修补术（2.8%）的病人相比，中风和死亡的总体发生率没有显著性差异（ $p=0.28$ ，OR值:0.67;95%CI（0.22-2.09））。但是，手术修补组病人的术后TIA发生率明显增加（ $p=0.001$ ，OR值:5.8;95%CI（1.8-18.9））。随访到7年时，颈动脉狭窄 $>50\%$ 或阻塞的病人而行常规完成血管造影术检查的病人的自由生存率为 $87.5\pm 6.7\%$ ，同时行外科修补术的病人的自由生存率为 $92\pm 5.4\%$ 。

结论：单中心研究表明CEA行常规完成血管造影会有较好的术前结果。根据完成的血管造影结果分析：斑块长度，颈外动脉（ECA）内膜剥脱术的手术操作和第一次手术由新手进行操作是手术缺陷的独立预测因素。

# 心外科术后中风和相关的无症状颈动脉疾病：一个更新的系统回顾和Meta分析

A.R. Naylor, M.J. Bown

*The Department of Vascular Surgery at Leicester Royal Infirmary, Leicester LE2 7LX, UK*

目的：（1）有神经系统症状/无症状的单侧/双侧颈动脉疾病（包括阻塞）病人经历心脏手术但未行预防性的颈动脉内膜剥脱术（CEA）或颈动脉支架植入术（CAS）后的中风的发生率。（2）无症状的单侧/双侧颈动脉疾病（包括阻塞）病人经历单独心脏手术的中风的发生率。（3）合并有严重双侧颈动脉疾病，并且同时行单侧CEA+心脏手术的非操作性无症状狭窄的病人的同侧半球的中风发生率。

方法：系统性回顾和Meta分析。

结果：有症状/无症状的50-99%狭窄或阻塞并经历心脏手术病人的中风发生率是7.4%（95%CI 4.8-9.9），但在80-99%狭窄或阻塞的病人中发生率增加到9.1%（95%CI 4.8-16）。排除有中风/TIA及有单侧/双侧阻塞历史的病人，无症状50-99%狭窄和70-99%狭窄的病人的中风危险分别降低到3.8%（95%CI 2.0-4.8）和2.0%（95%CI 1.0-5.7）。有单侧，无症状的50-99%狭窄的病人的单侧中风的发生率是2.0%（1.0-3.8%），而所有类型的中风风险的发生率是2.9%（2-5.7%）。这些风险并没有因为狭窄严重性（70-99%，80-99%）而增加。有双侧，无症状50-99%狭窄或50-99%狭窄+对侧的阻塞的病人行心脏手术后的中风危险的发生率是6.5%，死亡/中风的风险是9.1%（3.8-20.6%）。双侧80-99%狭窄，行单侧并同时行心脏/颈动脉血管重建的病人非手术同侧，对侧狭窄的半球的中风发生率为5.7%。

结论：没有有力的证据证明在单侧无症状的颈动脉疾病并行心脏手术的病人中预防性行CEA/CAS的作用。预防性行CEA/CAS仍然在严重，有症状的双侧颈动脉疾病的病人中实施，但是这样措施只会使心脏手术病人只获得1-2%的益处。

## 主动脉肠瘘行开放手术或血管腔内修补术？一项多中心比较研究

S.K. Kakkos<sup>a</sup>, P.N. Antoniadis<sup>b</sup>, C.N. Klonaris<sup>c</sup>, K.O. Papazoglou<sup>d</sup>,  
A.D. Giannoukas<sup>e</sup>, M.I. Matsagkas<sup>f</sup>, T. Kotsis<sup>c</sup>, K. Dervisis<sup>b</sup>,  
T. Gerasimidis<sup>d</sup>, I.A. Tsolakis<sup>a</sup>, C.D. Liapis<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Department of Vascular Surgery, University Hospital of Patras, Greece*

<sup>b</sup> *Konstantopoulou Hospital, Athens, Greece*

<sup>c</sup> *University of Athens, Greece*

<sup>d</sup> *University of Thessaloniki, Greece*

<sup>e</sup> *University of Thessaly, Greece*

<sup>f</sup> *University of Ioannina, Greece*

目的：为了比较对主动脉肠瘘（AEF）行血管腔内修补术（EVAEFR）或者开放修补术（O-AEFR）的结果。

设计：多中心回顾性比较研究。

材料/方法：25例主动脉术后（中位4年）AEF（24例为二次手术，23位男性，中位年龄75岁）的病人。19例有术前败血症的证据。8例行EV-AEFR，17例行O-AEFR。

结果：比较两组之间的术前特征。EV-AEFR的在院死亡率与O-AEFR相比较低（分别是0%和35%， $p=0.13$ ）。相似的结果，EV-AEFR后的发病率与O-AEFR相比较低（分别是25%和77%， $p=0.028$ ）。EV-AEFR术后无复发，无败血症，无再次手术和无AEF相关死亡的比率有变得更差的趋势，EV-AEFR早期的生存优势在两年后消失，两组之间的总体长期生存率（包括术前死亡率）相同。术前败血症对再发和无败血症比率无影响，但是与较差的两年总体生存率有关（24%对50%， $p=0.32$ ）。多变量分析显示现有症状的数量（2个对1个）是更差的再手术率，AEF-相关和总体生存率的单独预测因素。

结论：这项研究表明：与O-AEFR相比，EV-AEFR与术后无死亡相关，能够得到满意的短期和长期结果。更多的研究应该集中在EV-AEFR在因为合并休克或并存病行O-AEFR时有高风险的病人中的作用，或者作为一项中间程序。

## 运用大隐静脉对感染性腹主动脉进行螺旋静脉重建：蒂尔堡经验的初步结果

M. van Zitteren, T.J. van der Steenhoven, D.H.C. Burger,  
D.P. van Berge Henegouwen, J.M.M. Heyligers, P.W.H.E. Vriens  
*Department of Vascular Surgery, St. Elisabeth Hospital, P.O. Box 90151, 5000 LC Tilburg,  
The Netherlands*

目的：这项研究的目的是评估为了修补感染性动脉瘤或替代感染性主动脉移植而行腹主动脉螺旋静脉重建病人的结果。

方法：回顾性收集2005年3月至2010年3月之间的因腹主动脉血管感染的而行螺旋静脉重建的所有病例。根据临床检查，实验室结果，计算机断层照相法（CT）和正电子发射断层扫描（PET），和微生物检查来确定诊断。螺旋静脉重建包括采集大隐静脉和重建螺旋移植，主动脉重建和肠系膜胃网膜动脉重塑。一期处理的结果是保证生存和保留肢体。二期的结果包括技术，临床的巩固和提高，再感染，持续感染的处理及保证血管的通畅。

结果：所有的5例病人均手术存活，没有院内死亡。中位随访时间13个月（6-67个月）的结果：生存和肢体保存率为100%。此外，技术，临床和持续性成功的结果是100%。没有再感染或后续感染。

结论：螺旋静脉重建运用 GSV 显示了好的短期生存率和肢体保存率。因此，它可以被视为一种治疗腹主动脉血管感染的有前途的方法。然而，还需要更多的随访来评估长期结果。

# 药物干预减轻腹主动脉（AAA）的扩张-系统性回顾

D. Bergqvist

*Department of Surgical Sciences, Section of Surgery, Uppsala University Hospital, SE 751 85 Uppsala, Sweden*

介绍：能够通过药物干预来减轻腹主动脉瘤的扩张速率吗？

方法：运用一个基于Internet的系统性文献搜索来确定关于药物方法来影响动脉瘤扩张速率的报道。

结果：最初的450篇文献，21篇文献未回顾：包括共12321人的15项队列研究和共1069位病人的7项随机临床试验（RCTs）。大部分研究的实施并未进行预先研究的样本大小的计算。没有一种关于药理影响扩张速率的同一形式，但是应该对他汀类药物，非甾体类抗炎药（NSAIDs）和大环内酯类进行深入地研究。

结论：在对药物能够减轻动脉瘤扩张和防止破裂的可能性下结论之前，需要正确地设计RCTs。

# 斯堪的纳维亚 Propaten®试验—1年公开的运用肝素-保护管腔内表面的 PTFE 人造血管与常规的单纯 PTFE 人造血管的比较—一项临床随机对照多中心试验

J.S. Lindholt <sup>a</sup>, B. Gottschalksen <sup>b</sup>, N. Johannesen <sup>c</sup>, D. Dueholm <sup>d</sup>,  
H. Ravn <sup>e</sup>, E.D. Christensen <sup>f</sup>, B. Viddal <sup>g</sup>, T. Flørenes <sup>h</sup>, G. Pedersen <sup>i</sup>,  
M. Rasmussen <sup>j</sup>, M. Carstensen <sup>k</sup>, N. Grøndal <sup>a</sup>, H. Fasting <sup>a</sup>

*a Vascular Research Unit, Department of Vascular Surgery, Viborg Hospital, Postbox 130, 8800 Viborg, Denmark*

*b Department of Vascular Surgery, Slagelse Hospital, Slagelse, Denmark*

*c Department of Vascular Surgery, Aalborg Hospital, University Hospital of Aarhus, Skejby, Denmark*

*d Department of Vascular Surgery, Kolding Hospital, Kolding, Denmark*

*e Department of Vascular Surgery, Eksjö District Hospital, Eksjö, Sweden*

*f Department of Vascular Surgery, Aabenraa Hospital, Aabenraa, Denmark*

*g Department of Vascular Surgery, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway*

*h Department of Vascular Surgery, Oslo University Hospital, Aker, Norway*

*i Department of Vascular Surgery, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway*

*j Department of Vascular Surgery, Gentofte Hospital, Hellerup, Denmark*

*k Department of Vascular Surgery, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark*

目的：为了比较肝素保护的PTFE [ (Hb-PTFE) (Propaten®) ] 移植物和常规聚四氟乙烯 (PTFE) 移植物的效力的一项双盲，随机，临床对照，多中心研究。

材料和方法：11个斯堪的纳维亚中心注册的有慢性功能性或临界性下肢缺血并计划行股-股动脉或股-髂动脉旁路移植的569名病人。病人按中心分层被1:1随机分配。管壁通畅以多普勒超声扫描评估。总共546位病人（96%）在有效的随访的情况下，完成该项研究。

结果：PTFE 移植和肝素-保护 PTFE 移植的平均术前失血分别是 370ml， 399ml

（ $p=0.32$ ）。总体来说，1年后主要血管通畅率在 Hb-PTFE 移植和 PTFE 移植分别为 86.4%和 79.9%（OR 值=0.627,95%CI: 0.398; 0.989,  $p=0.043$ ）。次级血管通畅率在 Hb-PTFE 移植和 PTFE 移植分别为 88%和 81%（OR 值=0.569（0.353; 0.917,  $p=0.020$ ））。亚组的分析显示运用 Hb-PTFE 行股-髂动脉旁路移植能够显著减轻风险（50%）（OR 值=0.515（0.281; 0.944,  $p=0.030$ ）），在临界性缺血的情况下运用 Hb-PTFE 也能够显著减轻风险（50%）（OR 值=0.490（0.249; 0.962,  $p=0.036$ ））。

结论：Hb-PTFE 移植能够显著减轻主要移植物失败的总体风险（降幅 37%）。能够使股-髂动脉旁路移植术和临界性缺血的风险降低 50%。

## 血管腔内激光消融治疗大隐静脉曲张中结扎或不结扎股隐静脉连接点效果比较的一个5年随机临床试验的结果

B.C.V.M. Disselhoff<sup>a</sup>, D.J. der Kinderen<sup>b</sup>, J.C. Kelder<sup>c</sup>, F.L. Moll<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Department of Surgery, Bergmankliniek, Bilthoven, The Netherlands*

<sup>b</sup> *Department of Dermatology, Dermalink, Amersfoort, The Netherlands*

<sup>c</sup> *Department of Cardiology, St Antonius Hospital, Nieuwegein, The Netherlands*

<sup>d</sup> *Division of Vascular Surgery, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands*

目的：为了评估结扎股隐动脉连接点（SFL）是否能够提高血管腔内激光消融术（EVLA）治疗大隐静脉（GSV）曲张的效果的一个5年随机临床试验（RCT）。

方法：43例有症状的双侧GSVs功能不全的病人（86条患肢）进行随机化分组，病人的两条患肢中，一条不行SFL的EVLA，另一条行SFL的EVLA。11位病人失去随访，2位病人死亡，对剩下的30位病人（60条患肢）进行分析。在第6,12,24和60个月，对双重确诊的腹股沟区静脉曲张复发和静脉临床严重性评分（VCSS）治疗后进行研究。

结果：5年生存表分析显示未行SFL的EVLA组的79%的肢体未发生腹股沟区的静脉曲张复发（95%信任区间（CI）；67-92%），在行SFL的EVLA组为65%（95%CI；51-82）（ $p=0.36$ ）。腹股沟区的静脉曲张复发的原因在未行SFL的EVLA组是因为血管的新生（0%），再通（9%）及不适当属支的存在（14%），在行SFL的EVLA组是因为血管的新生（33%），再通（0%）及不适当属支的存在（0%）VCSS明显的改善，并对两组之间的VCSS进行对比。

结论：静脉曲张复发的比率在两研究组之间相似。5年随访发现，与行SFL的EVLA组相比，未行SFL组血管新生较少，但是不适当属支的存在及早期再通较多。

## 血管腔内激光消融术（EVLA）对再发静脉曲张的治疗

N.S. Theivacumar, M.J. Gough

*Leeds Vascular Institute, The General Infirmary at Leeds, Great George Street,  
Leeds LS1 3EX, United Kingdom*

目的：这项队列研究是为了评估在处理再发静脉曲张（RVVS）中，血管腔内激光消融术（EVLA）的有效性和安全性。

方法：根据反流的方式对RVVS行EVLA的104条患肢（95位病人）进行分组。比较年龄/性别相符并行EVLA治疗的主要GSV/SSV相关的静脉曲张（GP组和SP组）的再发SFJ/大隐静脉（GSV）（GR组）和SPJ/小隐静脉（SSV）（SR组）病人的静脉曲张消融率和QoL（亚伯丁静脉曲张严重度评分（AVVSS））。

结果：对RVVS病人的104例中102例（98%）患肢的轴静脉进行消融治疗，同时2条大隐静脉（GR组）到3个月时部分再通（51例患肢中49例（96%）行GSV消融，在GP组为51例患肢中的50例（98%） [p=0.2]）。在3个月时的AVVSS的改善（中位GR：14.2（四分位数间距（IQR）10.2-18.9）到3.2（1.2-6.4）， $p < 0.001$ ；GP：中位15.9

（IQR11.4-22.7）到3.8（1.1-5.6）， $p < 0.001$ ，Mann-Whitney u-检验）相似（78%对76%， $p=0.23$ ）。SR和SP组的24例患肢中的24例SSV施行消融，在AVVSS的%提高分别是83%（中位数14.4（IQR8.2-19.4）到2.4（1.9-4.6）， $p < 0.001$ ，Mann-Whitney u-检验）和84%（中位数13.8（IQR6.3-17.5）到2.2（1.2-5.1）， $p < 0.001$ ）（ $p=0.33$ ）。这些改善持续随访1年。另外29条患肢的大隐静脉单独前壁附件（AAGSV）或部分GSV/SSV反流能够成功消融。初发和RVVS并发症发生率相似。

结论：EVLA是一种对RVVS安全和有效的治疗选择，适合的病人是应优先选择。