

2005 年到 2010 年间 9 个国家的颈动脉外科临床的变化。来自 VASCUNET 的调查结果以及为未来临床标准的制定给予的建议。

. Vikatmaa^{a,*}, D. Mitchell^b, L.P. Jensen^c, B. Beiles^d, M. Björck^e, E. Halbakken^f, T. Lees^g,
G. Menyhei^h, D. Palomboⁱ, T. Troëng^{e,i}, P. Wigger^k, M. Venermo^a

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

^b *Department of Surgery, North Bristol NHS Trust, Bristol, UK*

^c *Department of Vascular Surgery, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark*

^d *Melbourne Vascular Surgical Association, Melbourne, Australia*

^e *Institution of Surgical Sciences, Section of Vascular Surgery, Uppsala University, Uppsala, Sweden*

^f *Department of Vascular Surgery, Vestfold Central Hospital, Tonsberg, Norway*

^g *Northern Vascular Centre, Freeman Hospital, Newcastle Upon Tyne Hospitals NHS Trust, UK*

^h *Department of Vascular Surgery, University of Pecs, Pecs, Hungary*

ⁱ *Vascular and Endovascular Surgery Unit, San Martino University Hospital, University of Genoa, Genoa, Italy*

^j *Department of Surgery, Blekinge Hospital, Karlskrona, Sweden*

^k *Clinic of Vascular Surgery, Cantonal Hospital, Winterthur, Switzerland*

目的：此研究的目的旨在分析 9 个国家颈动脉外科手术方法、预后结果的变化。

实验对象和方法：48,185 例颈动脉内膜切除手术（CEAs）以及 4602 例颈动脉介入术（CAS）均包含于此对照研究中。同时也参考各个国家所提供的各自 CEA 理论预后标准。

结果：在所有调查的 CEA 术例中，按照现行欧洲指南的入组标准施术并且预后良好的比例为 92.6%。因狭窄原因而施术的比例为 60.1%，并且此比例在意大利（31.4%）和丹麦（100%）等国家变化不等。在有症状病人中，卒中和死亡所占的比例为 2.3%。此比例在意大利（0.9%）和挪威（3.8%）之间变化不等。在无症状入组病人中，卒中和

死亡率为 0.9%。最低为意大利 (0.5%)，最高则为瑞典 (2.7%)。我们估计，每 1000 例 CEA 病例中休克预防率从意大利 (72.9) 到丹麦 (130.8) 不等。

结论：在所有调查国家中，临床水平明显不同。由于入选标准的不同，在所有调查国家中 CEA 理论休克预防率也不同。

ADSORB : 关于降主动脉非复杂急性动脉夹层支架介入术预后的调查研究

J. Brunkwall^{a,*}, J. Lammer^{b,e}, E. Verhoeven^{c,e}, P. Taylor^{d,e}

^a *Department of Vascular Surgery, University Clinics, University of Cologne, Germany*

^b *Department of Radiology, Vienna University, Vienna, Austria*

^c *Department of Vascular Surgery, Klinikum Süd, Nuremberg, Germany*

^d *St. Guys and Thomas Hospitals, London, UK*

即使应用最好的药物治疗 (BMT), 降主动脉急性夹层 30 天死亡率仍然是 10%。而且 , 4-5 年间发展成动脉瘤的几率为 25%。这是目前第一例急性夹层 BMT 和支架介入治疗效果对照试验 , 试验对象为罹患非复杂降主动脉急性动脉夹层的病人。入选时间标准为症状出现 14 天内的急性夹层。对所有入组的 61 例病人进行随机分组并且依照时间顺序 (1, 3, 6, 12, 18, 24, 30 和 36 月)进行随访调查。管腔栓塞 , 动脉扩张以及破裂均为初始终点事件。

该调查将检查是否在急性 B 型血管夹层介入术后有血管重构以及其对动脉瘤形成、破裂和再介入的影响。

经腹腔镜球囊开窗术治疗动脉瘤的预后治疗：长期结果分析

M.T. Voûte^a, F.M. Bastos Gonçalves^{a,b}, J.M. Hendriks^a, R. Metz^c, M.R.H.M. van Sambeek^d,
B.E. Muhs^e, H.J.M. Verhagen^{a,*}

^a Department of Vascular Surgery, Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, The Netherlands

^b Department of Vascular Surgery, Hospital de Santa Marta, CHLC, Lisbon, Portugal

^c Department of Surgery, Kennemer Gasthuis Hospital, Haarlem, The Netherlands

^d Department of Surgery, Catharina Hospital, Eindhoven, The Netherlands

^e Division of Vascular Surgery, Yale University, New Haven, CT, USA

目的：血管内介入治疗术（EVAR）后球囊膨胀是个重要的发现，此也许会影响预后结果。这会伴随着 II 型内漏或者内张力增加，侧枝循环的减少以及后续球囊再开窗等一系列问题的出现。但是此术的长期临床预后仍然未知。

方法：该调查研究入组 8 例病例，其均在 EVAR 之后行腹腔镜侧枝动脉截流以及球囊开窗术扩张动脉瘤。再介入和临床病例信息从相应医院获得。应用软件对球囊体积的变化进行实时 CTA 分析检测。

结果：随访中期为 6.6（0.6-8.6）年，在此段时间内，仅仅 2 例病例动脉瘤收缩；1 例病例则保持稳定。其他病例则会伴有持续的（n=2）或者周期性（n=3）球囊生长，这些均认为是球囊介入术失败。其中 6 例行再介入术，2 例转为开放性外科手术治疗，1 例撤换支架，3 例行髂动脉扩张移植术。在余下的随访时间内，所有的旨在解决球囊进一步扩张问题的再介入均成功施行。

结论：尽管与外科开放性手术相比，血管内介入治疗具有低侵入和低风险等优点。球囊介入术的长期预后结果仍然未知。所以额外的其他补救措施仍然有必要对球囊生长进行抑制。

AAA 发病率降低对动脉瘤影像学普查的影响

R.J. Darwood*, M.J. Brooks

Department of Vascular Surgery, Bristol Royal Infirmary, United Hospitals Bristol NHS Trust, Upper Maudlin Street, Bristol BS2 8HW, UK

方法：NHS 腹主动脉瘤影像学普查系统 (NAAASP)，是以 2002 年多中心动脉瘤普查实验研究 (MASS) 而建立的普查系统，随后便在 UK 推广开来。最近研究显示 AAA 发病率呈下降趋势，此实验的目的在于调查 AAA 发病率下降对影像学普查量的影响。

方法：在普查中心 (Bristol - population 1,123,203) 现已经建立预测普查量和外科手术量的系统。通过对比 MASS 和 NAAASP 早期普查 (EI) 的数据信息来进行两者工作量的对比。

结果：就2011/2012年度患者量而言，NAAASP早期手术数据所提供的少于MASS所提供AAA罹患数据量[84 (EI) versus 198 (MASS) $p < 0.0001$]；同时外科手术量也有更明显的统计学差异[10 (EI) versus 30 (MASS) $p = 0.0002$]。随时间的递进，外科手术量要比诊断量差异更为显著。2015/16年，AAA诊断量差异：90 (EI) versus 212 (MASS) ($p < 0.0001$)；外科手术量的差异：29 (EI) versus 71(MASS) ($p < 0.0001$)。同时在2015/16年，在超声影像学诊断方面，AAA诊断量也明显降低。

结论：与MASS数据库相比，基于现行流行病学数据的模式筛选 (NAAASP) 所提供的工作量明显减少。这对于劳动力安排，新普查中心的建立以及NAAASP的未来发展均具有重要的意义。

选择开放性腹主动脉瘤修复术风险分层分数评分：他们是否适合用于术前决断？

G.J. Bryce^{a,b,*}, C.J. Payne^{a,b}, S.C. Gibson^a, D.B. Kingsmore^a, D.S. Byrne^a, C. Delles^b

^a *Department of Vascular Surgery, Western infirmary, Dumbarton Road, Glasgow G11 6NT, UK*

^b *Institute of Cardiovascular & Medical Sciences, BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre, University of Glasgow, 126 University Place, Glasgow G12 8TA, UK*

目的：风险分数用于评估心血管事件以及预防性AAA修复术前死亡事件的发生风险。此评估旨在研究5项指标的预测能力。

设计和方法：2005年8月到2007年9月格拉斯哥一项包含106例行选择性AAA开放性手术连续病例前瞻性多中心队列研究显示：格拉斯哥动脉瘤评分（GAS），血管生理和手术危险评分（V(p)-POSSUM），血管生化和血液病学模式评分（VBHOM），修订的心脏危险评分（PCRI）以及术前生理能力和手术应激水平评分（PRS of E-PASS）。评分通过ROC和AUC曲线进行分析。终点事件为所有原因的死亡，主要恶性心血管事件（MACE）以及各类心源性死亡。

结果：GAS，VBHOM和RCRI并不能预测终点事件的发生风险。V(p)-POSSUM可以预测MACE(AUC ¼ 0.681)、心源性死亡(AUC ¼ 0.762)以及各种原因的死亡(AUC ¼ 0.780)，同时E-PASS也可以预测MACE(AUC ¼ 0.682)、心源性死亡(AUC ¼ 0.821)、各种原因死亡(AUC ¼ 0.703)。

结论：Whilst V(p)-POSSUM和E-PASS可以预测终点事件的发生，而PCRI和GAS则在术前手术风险的评估上略显劣势。