

外周血管介入诊疗技术（二）

学习目标

- **掌握：** 下肢动脉硬化闭塞症的操作步骤。
- **熟悉：** 主动脉瘤、主动脉夹层的介入治疗的操作步骤。
- **了解：** 下肢动脉栓塞溶栓术的适应证。

疗效评估

影响溶栓效率的因素除给药方法和剂量外，还与血栓存在的时间和其主要成分有关。

其临床疗效还与栓塞的部位，侧支循环的情况有密切关系。一般来说，闭塞的血管早期再通者，临床疗效较好。

对于有血管狭窄的患者，约30%溶栓后可发生再闭塞。因此目前多提倡溶栓治疗联合PTA或血管支架治疗，以取得更好的疗效。

第三节 主动脉夹层支架植入术

定义：主动脉夹层是血流通过主动脉内膜的裂口进入中膜，冲开一个纵行的腔隙。

主动脉夹层的治疗包括内科药物治疗、外科手术治疗及介入治疗。

介入治疗即血管腔内覆膜支架植入术，也称血管腔内隔绝术，其原理是通过植入覆膜支架封闭内膜撕裂口，阻断真假腔之间血流的交通，从而使假腔血栓化，压缩假腔，扩张真腔。

第五章 第三节



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

二、夹层的分期和分型

DeBakey分型（根据原发内破口起源与夹层累及范围分类）：I型内破口位于升主动脉，而夹层范围广泛；II型内破口位于升主动脉，夹层范围局限于升主动脉；III型内破口位于降部上段（锁骨下动脉远端），夹层范围局限者为IIIa，广泛者为IIIb。

Stanford分型：凡是累及升主动脉的夹层均为A型，其余为B型。

适应证

1. Stanford A 型中的逆行性夹层，破口位于降主动脉。
2. Stanford B型夹层合并重要脏器缺血，主动脉破裂或迫近破裂，顽固性高血压，药物不能缓解的持续疼痛等。
3. 急性发作期胸主动脉最大直径 $\geq 4\text{cm}$ 或者慢性期胸主动脉最大直径 $\geq 5\text{cm}$ ，内膜破裂口距左锁骨下动脉开口 1.5 cm 以上。

相对禁忌证

1. 原发破口或初始病变距离左锁骨下动脉 $\leq 1\text{cm}$ 。
2. 髂-股动脉严重狭窄或扭曲不适合于导载系统的进入。
3. 并发心包填塞、升主动脉和主动脉弓分支血管累及、严重的主动脉瓣返流（ $\geq \text{II}$ 级）。
4. 锚定区严重粥样硬化病变或者锚定区直径 $\geq 38\text{mm}$ 。

术前准备

1. 常规检查：血小板计数、出凝血时间及凝血酶原时间等血管成形术前常规检查。
2. 器材准备：除一般的血管造影器材准备外，还需准备猪尾标尺导管、超硬交换导丝、覆膜支架等介入器材，股动脉切开器械包。

操作方法

1. 主动脉造影
2. 解剖暴露股动脉
3. 支架植入
4. 再次造影



术前CTA了解主动脉夹层情况



标尺导管造影定位



覆膜支架释放后复查

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/725323132211011142>