期聚知刊出版社
JZKpublishing

覆膜支架治疗右髂动脉闭塞性病变合并腹主动脉溃疡 1 例

戴一笑 郑光锋 张强 戎建杰*

南京中医药大学附属苏州市中医医院血管外科，江苏苏州，215000；

摘要：患者男性，73 岁，入院前 1 年无明显诱因出现双下肢发凉，逐渐加重，伴有长期腹痛，CTA 确诊右髂动脉闭塞性病变合并腹主动脉溃疡，择期局麻下行介入手术治疗。术后好转出院。

关键词：髂动脉闭塞；穿透性主动脉溃疡；覆膜支架
DOI:10.69979/3029-2808.24.5.032

穿透性主动脉溃疡(Penetratingaorticulcer，PAU)于 1934 年 Shennan 与 Vilacosta 共同提出，[1]PAU 是一种动脉粥样硬化进展到炎性斑块溃疡的现象，[2]主髂动脉闭塞性疾病(Aortoiliacocclusivedisease，AIOD)是一种罕见的外周动脉疾病，以远端主动脉和近端髂血管病变为特征[3]。本文报道 1 例少见的右侧 AIOD 合并腹主动脉 PAU 患者的病历资料，在通过采用覆膜支架技术（coveredstent，CS）恢复下肢动脉血运的同时隔绝了腹主动脉 PAU，改善了患者腹痛及下肢缺血的症状。

1 临床资料

患者男性，73 岁，入院前 1 年无明显诱因出现双下肢发凉，逐渐加重，伴有长期腹痛，门诊以“右髂动脉闭塞性病变合并腹主动脉溃疡”收住入院。患者 1 年前开始出现下肢发凉，右下肢为重，患者未予重视，出现间接性跛行，跛行距离为 100 米，伴阵发性腹痛。患者既往高血压病史，腰椎间盘突出病史，否认其他病史，否认手术史，否认外伤史，否认吸烟史，饮酒史。查体：双下肢等长，双下肢皮肤发凉，右下肢为甚，皮色可，未见明显色素沉着，未见皮肤破溃，未见青紫斑，双下肢股动脉搏动可及，右侧腘动脉及胫后动脉未触及，左侧腘动脉及胫后动脉可及。腹平软，轻度压痛，无反跳痛及肌肉紧张，未触及搏动性包块。行计算机断层扫描血管成像（computedtomographyangiography，CTA）检查提示腹主动脉穿通性溃疡，右侧髂总动脉及髂内外动脉闭塞，右侧腘动脉重度狭窄伴侧枝形成。术前完善相关检查，排除手术禁忌后于入院后第三天行介入手术治疗。手术如下：患者取仰卧位，常规消毒铺巾后，局麻成功后，穿刺双侧股动脉，置入 4F 鞘，进行造影提示肾下段主动脉溃疡，右髂动脉闭塞。建立通道后，先后选取球囊扩张右髂动脉。标记双肾动脉及髂动脉位置，交换置入超滑导丝，选取大动脉腹膜支架（先健，XJZDZ26080）至腹主动脉预定位置，后选取肝素涂层血管内腹膜支架系统（戈尔，VBHO81002W）及镍钛支架系统（Cordis,C08080MV）至右髂动脉预定位置。术毕，使用 6F 血管闭合器闭合，清洁包扎。患者术后生命体征平稳，安返病房。患者术后 7 天出院，腹痛症状缓解，1 月后电话随访患者诉无腹痛症状，无双下肢间接性跛行，无其余明显不适，术后右侧腘动脉及足背动脉可及。

2 讨论

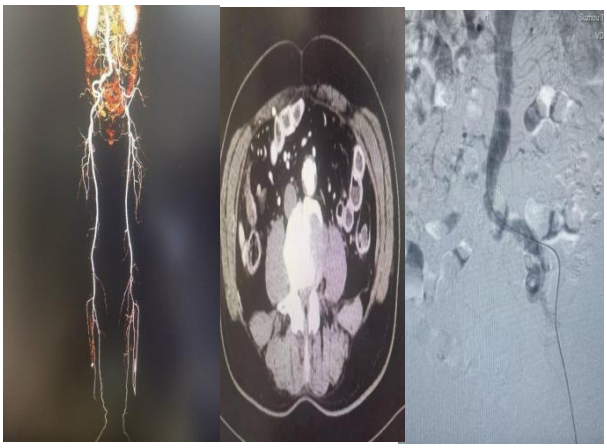
PAU 的临床病程是多变的，这些溃疡可以保持稳定、扩大或发展为内陷、夹层、假性动脉瘤，如果溃疡突破了外膜，甚至会导致主动脉破裂。[4]PAU 的自然史尚不完全清楚，可能与壁内血肿和主动脉夹层有关，或导致主动脉壁破裂。[5]PAU 患者如果表现出疾病快速进展的迹象，影像学特征包括溃疡生长，或伴有壁内血肿，或高血压控制不佳，或持续疼痛，可考虑将 TEVAR 作为稳定和排除急性 B 型 PAU 的一种选择。[6]相关指南表示，与开放式修复胸降主动脉和腹主动脉 PAU 相比，血管内手术相关和院内死亡的风险更低，尽管两种手术方式的长期数据相似。[7]

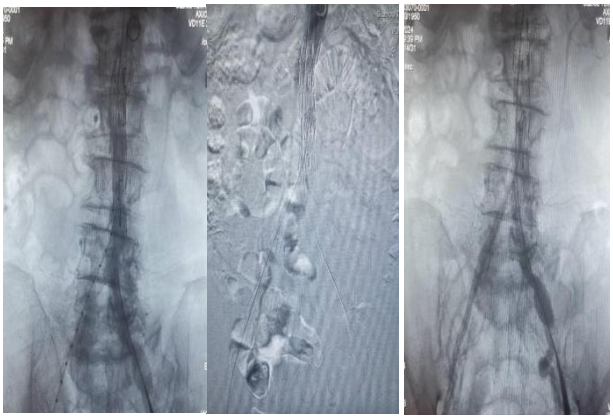
诊断急性主动脉综合征的主要方法是高质量的轴向成像，最好是计算机断层扫描(CT)血管成像，因为它的可及性广，进入时间短。[8]PAU 横断成像上可见主动脉腔在主动脉壁内的局灶性突出。[9]

下肢慢性动脉闭塞性疾病主要由动脉粥样硬化引起，症状从间歇性跛行到重度肢体缺血不等。自 2007 年以来，血管内装置和技术取得了长足的进步，血管内治疗目前成功率高，并发症少。[10]目前认为对于严重 AIOD，存在血栓或破裂风险的患者，首选覆膜支架。[11]

本病例报道是应用 CS 治疗右髂动脉闭塞性病变合并腹主动脉溃疡的报道。治疗右髂动脉闭塞性病变合并腹主动脉溃疡的短期术后效果满意，后续仍需通过随访

观察其远期疗效。手术应根据患者的情况进行个体化的分析，积极处理并发症，选择合适的手术方案。





CTA 提示患者腹主动脉穿通性溃疡，右侧髂总动脉及髂内外动脉闭塞，右侧腘动脉重度狭窄伴侧枝形成；B.轴位提示腹主动脉 PAU，腹主动脉局部造影剂深入斑块内部；C.造影提示肾下段腹主动脉 PAU；D.术中腹主动脉腹膜支架植入；E.术中右髂动脉腹膜支架植入；F.术后造影提示腹主动脉支架定位佳，无明显内漏，双肾动脉及双髂动脉显影良好，未见造影剂外溢等；

参考文献

[1]DevR,GitanjaliK,AnshumanD.Demystifyingpenetratingatheroscleroticulcerofaorta:unrealisedtyrantofsenileaorticchanges.JCardiovascThoracRes.2021;13(1):1-14.

[2]SorberR,HicksCW.DiagnosisandManagementofAcuteAorticSyndromes:Dissection,PenetratingAorticUlcer,andIntramuralHematoma.CurrCardiolRep.2022Mar;24(3):209-216.

[3]BujakM,GamberdellaJ,MenaC.Managementofatherosclerotic aortoiliacocclusivedisease.Intervent CardiolClin.2014(2):531-543.

[4]GeorgiadisGS,AntoniouGA,GeorgakarakosEI,etal.Surgicalorendovasculartherapyofabdominalpenetratingaorticulcersandtheirnaturalhistory:asystematicreview.JVascIntervRadiol.2013Oct;24(10):1437-49.e3.

[5]OderichGS,KärkkäinenJM,ReedNR,etal.PenetratingAorticUlcerandIntramuralHematoma.CardiovascInterventRadiol.2019Mar;42(3):321-334.

[6].LomazziC,GrassiV,DomaninM,etal.Artofoperativetechniques:treatmentoptionsinarchpenetratingaorticulcer.AnnCardiothoracSurg.2019Jul;8(4):500-508.

[7]IsselbacherEM,PreventzaO,HamiltonBlackJ3rd,etal.2022ACC/AHAGuidelinefortheDiagnosisandManagementofAorticDisease:AReportoftheAmericanHeartAssociation/AmericanCollegeofCardiologyJointCommitteeonClinicalPracticeGuidelines.Circulation.2022Dec13;146(24):e334-e482.

[8].ErbelR,AboyansV,BoileauC,etal.2014ESCGuidelinesonthediagnosisandtreatmentofaorticdiseases.EurHeartJ.2014;35(41):2873 - 2926.

[9].ChoKR,StansonAW,PotterDD,etal.Penetratingatheroscle-roticulcerofthedescendingthoracicaortaandarch.JThoracCardiovascSurg.2004;127(5):1393 - 9

[10]YangM,ZhangB,NiuG,etal.Long-termresultsofendovascularreconstructionforaortoiliacocclusivedisease.QuantImagingMedSurg.2021Apr;11(4):1303-1312.

[11]沈晨阳,张永保,房杰,等.主髂动脉闭塞症腔内治疗新进展[J].中华外科杂志,2022,60(02): 117-121.

基金：苏州市卫生健康委员会临床重点病种诊疗技术专项项目（LCZX202214）

作者简介：戴一笑，（1999-）女，汉族，江苏苏州人，硕士研究生在读，南京中医药大学附属苏州市中医医院血管外科，研究方向：中西医结合的普通外科的临床研究.