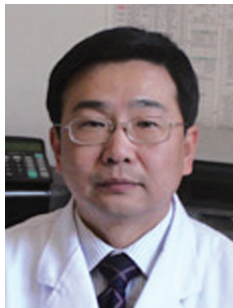


2014年5月,美国心血管造影和介入学会(SCAI)发布了最新“外周动脉疾病(PAD)血管内介入治疗共识声明”,包括“2014 SCAI主-髂动脉介入共识声明:恰当地使用标准”和“2014 SCAI股-腘动脉介入共识声明:恰当地使用标准”。PAD指除冠脉之外的主动脉及其分支动脉的狭窄、闭塞或瘤样扩张疾病。临床表现为下肢动脉搏动异常、行走时下肢无力或活动受限、直立或斜躺时局限于足或腿部静息性疼痛等,常伴严重并发症,包括间歇性跛行、截肢等。动脉粥样硬化是下肢PAD主要病因。新共识主要从解剖、临床治疗、手术技巧和策略三方面因素,推荐首选血管内介入治疗应用于几乎所有主-髂动脉PAD。

2014 美外周动脉疾病血管内介入治疗共识解读

介入是外周动脉疾病主要治疗手段

▲ 天津医科大学第二医院心脏科 刘长乐 李广平



李广平 教授

新共识指出,目前血管内介入治疗仍是PAD主要治疗手段,手术成功率>90%,死亡率低,是生活方式改善和运动未能有效控制症状患者的适宜治疗策略,但对比剂肾病等需引起足够重视。

入路选择需综合考虑

动脉入路选择需考虑多种因素,包括病变严重程度、病变位置等。对于TASC分级为A、B、C级的主-髂动脉PAD,血管内介入治疗优于动脉内膜切除术,证据表明前者在降低患者死亡率方面

更具优势。

共识推荐血管内介入治疗适用于较严重的主-髂动脉PAD患者,定义为主-髂动脉狭窄>50%、静息平均步行压力梯度>5 mm Hg,跛行伴严重肢体缺血(Rutherford

分级2~6)。

股-腘动脉PAD介入治疗后再狭窄率高的情况已得到较大改善,其绝对适应证包括:(1)股-腘动脉狭窄>70%或CTO、跛行影响生活或工作(Rutherford分级

2~3)、药物治疗和(或)步行治疗不能耐受或失败;(2)股-腘动脉狭窄>70%或CTO伴严重肢体缺血(Rutherford分级2~6);(3)股总动脉狭窄>70%或CTO、临床需要血管通路。

支架类型并无太大区别

球囊导管、血管内支架可广泛用于多种PAD病变,得益于药物洗脱球囊、药物洗脱支架和可吸收生物支架等新设备和新技术的研发应用。COBEST试验表明,对于泛大西洋协作组(TASC)分级为C和D病变,覆膜支架可能优于裸金属支架;但对于B级病变,二者无明显差异。目前,没有充分的证

据显示哪种支架优于其他类型,不同支架疗效相似,但尚需大规模临床研究的循证医学证据。共识指出,球囊扩张支架治疗主-髂动脉PAD在径向支撑力和位置精确度两方面具有优势,更适用于严重钙化病变和慢性完全闭塞性病变(CTO),其优点包括灵活性好、适用于不同直径的血管、可用于更大长度的病变等。

各指南对抗栓治疗的推荐

2006年版ACC/AHA PAD诊疗指南

推荐阿司匹林(75~325 mg)降低卒中、心肌梗死和血管性死亡风险,氯吡格雷(75 mg/d)可替代阿司匹林抗血小板治疗,无心衰者服用西洛他唑(100 mg、Bid)有效,所有间歇性跛行严重已影响日常活动者(无心衰情况下),建议考虑西洛他唑试验性治疗。

2011年版ACC/AHA PAD诊疗指南

阿司匹林(75~325 mg)用于减少动脉粥样硬化性症状性PAD患者卒中、心肌梗死、血管性疾病死亡风险安全、有效,包括间歇性跛行、严重下肢缺血、既往下肢动脉重建或因缺血截肢(I, B)。氯吡格雷(75 mg)可安全、有效替代阿司匹林(I, B)。

2014年SCAI PAD共识声明

行血管内介入治疗的PAD患者予阿司匹林(81~325 mg/d),双重抗血小板(如加用普拉格雷、替卡格雷等)用于主-髂动脉PAD患者的研究证据尚不充分,尚无临床试验验证其有效性。对于介入术中抗凝药物的选择,仍推荐使用普通肝素进行抗凝治疗。

主-髂动脉介入共识声明:恰当使用标准

▲ 吉林大学第二医院心内科 李淑梅



李淑梅 教授

A、B、C型病变最佳治疗方式为介入治疗;大多数D型病变患者仍首选血管内介入治疗,其次为开放性手术。

介入指征分类

适合主-髂动脉介入治疗指征 (1)腹主动脉末端及髂总动脉狭窄≥50%,和(或)静息平均压力梯度≥5 mm Hg,伴有中度跛行,药物及步行治疗失败后;(2)髂内动脉狭窄≥50%,和

(或)平局压力梯度≥5 mm Hg,伴有中重度臀部症状及跛行;(3)髂外动脉狭窄≥50%,和(或)静息平局动脉压力梯度≥5 mm Hg,伴中度跛行,且经药物及步行治疗无效;(4)无症状严重主-

髂动脉疾病,因其他原因需行血管评价。

可能适合的介入治疗指征 主-髂动脉狭窄≥50%,伴生活方式或职业限制性跛行,药物及步行治疗有效,经评估后支持介入治疗者;髂内动脉

狭窄≥50%伴血管性阳痿者。

不建议介入治疗 主-髂动脉狭窄<50%;主-髂动脉狭窄<50%伴轻度跛行;(3)无症状主-髂动脉狭窄,不需为其他目的行介入检查者。

主-髂动脉闭塞性疾病治疗包括主-股动脉、髂-股动脉的旁路移植术以及主-髂动脉的动脉内膜切除术能改善患者预后,但手术伴有风险。不仅如此,开放性手术还可发生更多并发症,延长住院时间。与此相比,血管内主-髂动脉介入治疗成功率超过90%,且降低院内死亡率。

2007年TASC将主-髂动脉病变分为A、B、C、D四级:A型病变最轻,血管介入成功率最高;B、C型

病变仍首选血管介入治疗;D型病变首选旁路移植术,但随着技术的提高,D型病变也可行血管介入。当狭窄>50%,或闭塞以及管腔直径不足以传送鞘管的病变为严重主-髂动脉疾病。病变程度还可通过测定病变两侧压力阶差来判断。ACC/AHA定义正常静息压力梯度为5 mm Hg, DIST定义正常静息压力梯度为10 mm Hg,对于不确定病变,在充血阶段,可通过动脉内注射20 mg罂粟碱后测定。

血管介入治疗步骤

1

血管评价,主要通过七要素 (1)靶病变部位。(2)对侧髂动脉是否存在病变。(3)是否需要治疗的腹股沟下的血管。(4)是否存在腹主动脉疾病。(5)主髂动脉分叉角度。(6)靶病变严重程度。(7)髂动脉和肱动脉的可用性评价。

2

抗凝、抗血小板治疗 患者行血管介入治疗前需口服阿司匹林(81~325 mg/d),大多数研究支持术中应用普通肝素。

3

跨越病变 主髂动脉导丝技术与其他介入技术相似,对于弯曲的髂动脉及复杂病变,亲水导丝通过效果更好。

4

血管成形术和支架置入术 原位放置支架能减小血管回缩,并预防突发事件,然而,原位放置支架与临时性支架置入术对减少血管内再狭窄等程度一直存在争议,但诸多研究显示,二者无明显区别。最近研究显示,对于严重血管病变,支架置入技术成功率仍然很高,并发症少,肢体生存率达98%,且较单纯球囊扩张、支架置入后患者血管再狭窄发生率低。

5

支架选择 球囊扩张支架和自扩张支架在临床应用中各具优势。球囊扩张支架精确性高,且对于严重钙化病变及反复性强病变效果更好。而自扩张支架弹性好,并可随血管直径变化而变化。覆膜支架早期仅用于髂动脉瘤、动脉粥样硬化及医源性穿孔等,但最近研究显示,覆膜支架再狭窄率低于裸支架。对于伴股动脉病变的主髂动脉疾病患者,可应用杂交技术,即行开放性内膜切除术后给予支架置入术,该手术将手术范围限制在腹股沟以下,并避免了开放手术诸多并发症。