

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

图书基本信息

书名：<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

13位ISBN编号：9787547813836

10位ISBN编号：7547813836

出版时间：2012-11

出版时间：上海科学技术出版社

作者：符伟国 等主编

页数：232

字数：280000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

内容概要

符伟国、王利新主编的这本《血管疾病腔内治疗病例解析》精选血管疾病腔内治疗的经典病例进行解析。

所选病例病变包括各部位动脉与静脉的阻塞性病变和扩张性病变；治疗技术包括腔内成形术、支架植入术、取栓术、滤网植入术、瘘管修复术、动脉瘤栓塞术，以及多种技术的综合使用。

《血管疾病腔内治疗病例解析》有以下几个特点：第一，所选病例有代表性意义，值得剖析；第二，解析精当，有助于读者拓展思路并借鉴经验与教训；第三，反映了当今血管外科腔内治疗技术的发展和理念的更新。

《血管疾病腔内治疗病例解析》主要读者对象为血管外科医师，尤其是青年医师。

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

书籍目录

- 病例1 降主动脉瘤腔内修复术
- 病例2 主动脉夹层腔内修复术
- 病例3 慢性主动脉夹层腔内修复术
- 病例4 “烟囱”技术在主动脉夹层腔内修复术中的应用
- 病例5 主动脉夹层腔内修复术后远端瘤样扩张的治疗
- 病例6 胸主动脉损伤腔内修复术
- 病例7 胸主动脉假性动脉瘤腔内修复术
- 病例8 杂交手术治疗复杂胸主动脉瘤
- 病例9 主动脉缩窄腔内修复术
- 病例10 腹主动脉瘤腔内修复术
- 病例11 腹主动脉瘤伴髂动脉狭窄的腔内修复术
- 病例12 近端瘤颈扭曲腹主动脉瘤腔内修复术
- 病例13 破裂性腹主动脉瘤腔内修复术
- 病例14 腹主动脉夹层腔内修复术
- 病例15 腹主动脉假性动脉瘤钢圈栓塞加单个裸支架治疗
- 病例16 腹主动脉假性动脉瘤多层裸支架修复
- 病例17 肠系膜上动脉狭窄的腔内治疗
- 病例18 肠系膜上动脉夹层腔内修复术
- 病例19 肠系膜上动脉瘤腔内修复术
- 病例20 脾动脉瘤腔内修复术
- 病例21 肝动脉瘤破裂的腔内治疗
- 病例22 肾动脉狭窄支架成形术
- 病例23 肾动脉假性动脉瘤腔内治疗
- 病例24 肾动脉瘤栓塞
- 病例25 脑保护下颈动脉支架成形术
- 病例26 颈动脉狭窄腔内治疗(一侧狭窄、对侧闭塞)
- 病例27 颈动脉狭窄腔内治疗(串联性病变)
- 病例28 颈动脉瘤腔内修复术
- 病例29 锁骨下动脉狭窄腔内修复术
- 病例30 锁骨下动脉瘤腔内修复术
- 病例31 锁骨下动脉瘤颈转流及腔内修复术
- 病例32 髂动脉瘤腔内修复术
- 病例33 股动脉假性动脉瘤腔内修复术
- 病例34 髂动脉闭塞腔内修复术
- 病例35 股浅动脉闭塞腔内修复术
- 病例36 股浅动脉短段闭塞腔内修复术
- 病例37 腘动脉闭塞腔内成形术
- 病例38 Re-entry技术在股浅动脉长段闭塞中的应用
- 病例39 腘动脉逆穿治疗长段股浅动脉闭塞
- 病例40 膝下动脉狭窄的腔内治疗
- 病例41 膝下动脉腔内支架成形术
- 病例42 下肢动脉栓塞取栓术
- 病例43 动静脉瘘腔内修复术
- 病例44 外伤性动静脉瘘腔内修复术
- 病例45 下腔静脉滤网植入术

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

章节摘录

版权页：插图：因要同时处理腹主动脉瘤及动脉狭窄闭塞等情况，手术时间长、创伤大，高龄、合并症较多的患者可能无法耐受手术。

针对这些患者，可预先采用腔内的方式处理髂动脉狭窄，允许人工血管内支架输送系统通过。但即使预先进行球囊扩张，支架系统导入与回撤引起的斑块脱落仍可造成远端动脉栓塞，从而引起垃圾脚等并发症。

2.腔内策略治疗的策略是通过腔内的方式（PTA）预先处理髂动脉狭窄，允许人工血管内支架输送系统通过髂动脉，然后行常规腹主动脉瘤腔内修复术。

撤出输送系统后，再次造影明确髂动脉狭窄处有无弹性回缩或者夹层形成。

如有上述情况发生，可通过植入支架彻底地处理髂动脉狭窄。

通过腔内的方式，一期同时处理髂动脉狭窄和腹主动脉瘤。

3.术前准备（1）完善血常规、肝肾功能、电解质、凝血全套等实验室检查。

（2）通过CT检查腹主动脉的大致类型、瘤体累及的范围、与附近分支动脉之间的距离等信息；以及动脉狭窄的位置、范围及狭窄程度。

（3）术前测踝肱指数（ABI）以了解下肢缺血情况。

4.麻醉和体位麻醉可采用连续硬膜外麻醉或者气管内插管全身麻醉。

连续硬膜外麻醉的优点是无需气管插管，对呼吸的影响较小；缺点是不能暂停呼吸，膈肌运动可影响造影的质量，同时患者术中仍存在一定的焦虑。

全麻的优点是术中有利于维持患者的循环稳定，因能暂停呼吸，故成像质量高。

5.技术与要点（1）导入动脉问题：如输送系统前送过程较为勉强，可在表面涂抹灭菌石蜡油以降低摩擦力；如遇股动脉或髂动脉太细，可先行经皮腔内血管成形术（PTA），然后导入输送系统。

（2）人工血管内支架附体对接技术：Terumo导丝配合猪尾巴导管（其他可选单弯或者Simon等导管）经对侧髂动脉从人工血管内支架缺口选入是对接技术的关键。

附体定位准确后进行释放，然后采用CODA球囊进行扩张使其与主体紧密结合。

并发症 1.导入动脉损伤 如果输送系统直径大于导入的股动脉或者髂动脉，就容易出现导入动脉破裂及发生夹层。

此患者本来就有髂动脉狭窄，在球囊或输送系统导入时更易发生损伤。

出现夹层后可植入裸支架进行固定；发生破裂后可植入带膜支架进行修复。

2.栓塞支架输送系统在前送和回撤过程中，容易将动脉壁上的斑块和附壁血栓蹭落，这些斑块或者血栓随血流流至远端，导致下肢动脉栓塞。

小的栓塞对下肢的血供影响较小，缺血症状常在抗凝、活血等治疗后得到改善；大的栓塞需要通过取栓处理。

3.内漏完成移植物放置后，常规要进行动脉造影来证实是否有内漏存在。

对于 I型内漏通常可随访，大部分在术后1~3个月内自愈；II型和 III型内漏须立即治疗。

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

编辑推荐

《血管疾病腔内治疗病例解析》主要读者对象为血管外科医师，尤其是青年医师。

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>