

孤立性肠系膜上动脉夹层动脉瘤内支架植入治疗成功一例

赵振华 王伯胤 杨建峰 周军庆

孤立性肠系膜上动脉夹层动脉瘤是一种罕见的疾病，以中年男性好发，病因尚未明确^[1]。临床症状为剧烈的上腹部或左上腹疼痛，常伴有恶心、呕吐、腹泻等症状，部分患者可有餐后腹部疼痛、纳差、慢性肠绞痛等症状，发生破裂致失血性休克者罕见^[2]。现将浙江省绍兴市人民医院放射介入科成功救治的1例该病患者的情况介绍如下。

临床资料 男性患者，45岁，因“反复腹痛6d，加剧半天”入院。腹部CT增强扫描及多层螺旋CT血管造影(CTA)结果诊断为：孤立性肠系膜上动脉起始段夹层动脉瘤。见图1。数字减影血管造影(DSA)示：肠系膜上动脉起始部狭窄，离起始部约1.5cm见内膜破口及夹层，增大的假腔压迫真腔呈细线状，肠系膜上动脉分支未受累；见图2A。

治疗方法 完善术前准备后行孤立性肠系膜上动脉夹层动脉瘤内支架植入术。将5F CORBA导管插至肠系膜上动脉开口，用0.014交换导丝(Amplat Super Stiff，美国)通过狭窄段后将导丝插入回肠动脉分支，固定导丝，撤出CORBA导管，交换7F 70cm长鞘(COOK公司，美国)，在导丝引导下置入8mm×57mm球囊扩张支架(Boston Scientific Vascular LD球囊扩张支架，美国)，确认支架到位后，缓慢扩张球囊释放支架。

结果 球囊扩张过程中患者感中腹部轻度疼痛，术后腹痛即消失。术后DSA见假腔基本闭塞，肠系膜上动脉及其分支基本通畅，见图2B。术后予低分子肝素、氯吡格雷、阿

司匹林常规抗凝治疗，患者腹部症状消失。术后第5天行CTA复查结果见图3。

讨论 孤立性肠系膜上动脉夹层动脉瘤的确诊主要依赖影像学检查，CTA是本病诊断与术后随访的首选检查方法。目前孤立性肠系膜上动脉夹层动脉瘤的血管腔内介入治疗方法为内支架植入术及弹簧圈瘤体栓塞术，主要适用于肠系膜动脉起始部，瘤体较短而且主要分支未累及、不合并小肠梗死的病例，文献报道以自膨式支架植入为主^[3]。本例使用球囊扩张式支架也取得良好的效果。肠系膜上动脉夹层动脉瘤常合并血管壁炎性反应，动脉壁较脆弱，支架释放过程中有可能致血管破裂，因此，在内支架植入时操作要轻柔，支架释放时球囊要缓慢加压并仔细观察，同时要做好开腹手术准备，如发生血管破裂立即行外科手术。

参 考 文 献

- Morris JT, Guerriero J, Sage JG, et al. Three isolated superior mesenteric artery dissections: update of previous case reports, diagnostics, and treatment options. *J Vasc Surg*, 2008, 47(3): 649-653.
- Baldi S, Zander T, Rabellino M, et al. Endovascular management of a spontaneous dissecting aneurysm of the superior mesenteric artery: case report and discussion of treatment options. *Ann Vasc Surg*, 2009, 23(4): 535.e1-e4.



图1 术前CTA VR三维重建图：肠系膜上动脉根部狭窄，肠系膜上动脉起始段夹层形成，累及长度约5cm，可见撕裂内膜瓣及真、假腔，假腔较大(粗箭头)，真腔(细箭头)明显受压变细



A. 内支架释放术前(箭头示肠系膜上动脉起始段夹层动脉瘤)



B. 内支架释放术后(夹层动脉瘤假腔大部分闭塞，假腔内有少量造影剂进入)



图3 术后5d复查CTA,MIP曲面图示：肠系膜上动脉内支架位置良好，夹层及假腔消失，真腔扩张良好，肠系膜上动脉各主要分支通畅