

中山医院血管外科团队采用“原位开窗技术”

## 成功为胸主动脉瘤患者拆除“定时炸弹”

2016年12月28日 版面：A3

作者：陶婷婷

近日，中山医院血管外科团队制定“原位开窗技术”的手术方案，并运用自主研发的设备，成功为体检时查出最大瘤径已达5.6厘米的胸主动脉瘤患者张先生实施了手术。

胸主动脉瘤可以形象地描述为胸腔中的主动脉由直形的血管变成了一个鼓起的“气球”，一旦破裂，高速、高压的动脉血流就会瞬间从破裂之处喷涌而出，患者短时间内就会有生命危险。胸主动脉瘤的传统手术方式是开胸切除动脉瘤加人工血管置换，但手术创伤很大，术中出血多，手术死亡率极高。张先生由于动脉瘤体已经累及到左锁骨下动脉，辗转北京、上海几个大医院就诊，均被告知无法行单纯微创腔内修复治疗。

中山医院血管外科主任符伟国教授介绍说，腔内修复是近十年来出现的一种治疗胸主动脉瘤的微创新方法，即将带有人工血管膜的金属支架植入到血管腔内，固定在瘤体两端健康的血管壁上，如同在鼓起的“气球”内部重新架设了一段正常形态“桥梁”——人工血管内支架，血流从支架内流到远端而不再作用于瘤壁，瘤腔内血栓形成而不再破裂。然而，行腔内修复的必需条件是在病变两端有一段至少为2厘米的健康血管作为支架的固定区域，否则血流仍会流到瘤腔内导致手术失败。

考虑到张先生的动脉瘤很长，长度已近30厘米，一枚人工血管内支架不能完全覆盖病变，符伟国教授团队又从患者的股动脉内导入了另一枚人工血管内支架，与前一枚支架重叠部分后释放到远端正常血管处。并将球囊在支架的近端和连接处扩张进行加固，待造影显示瘤体完全修复，左锁骨下动脉血流得以保存后，采用血管封堵器闭合了腹股沟处的穿刺点，并压迫左侧肘窝的穿刺点止血。

如何既有效地处理病变，又不影响左锁骨下动脉功能？血管外科团队制定了“原位开窗技术”的手术方案：在胸主动脉瘤形成的大“气球”内先安置好人工血管内支架“大桥梁”，然后在“大桥梁”正对左锁骨下动脉的开口处再打开一个“隧道口”，将一个小口径血管支架从这个隧道口处释放到左锁骨下动脉内，通过这个“小桥梁”重新恢复左锁骨下动脉的血流。“运用自主研发的可调控鞘（Fu-star）配合可调控穿刺针两项专利设备，我们可以在术中于支架上开孔以保留左锁骨下动脉，还是有机会采用腔内微创方法来治疗。”借力于独特的设计装置，“定时炸弹”得以轻松拆除，张先生幸运地成为“Fu-star可调控鞘+可调控穿刺针”的组合新技术的全球首位受益者。

编辑：chunchun 审核：刘纯

 点击下载PDF (<http://www.shkjb.com/FileUploads/pdf/161228/kj12283.pdf>)

 沪公网安备 31010102006630号 (<http://www.beian.gov.cn/portal/registerSystemInfo?recordcode=31010102006630>)

中国互联网举报中心 (<https://www.12377.cn/>)

Copyright © 2009-2022

上海科技报社版权所有

上海科荧多媒体发展有限公司技术支持



([//bszs.conac.cn/sitename?method=show&id=5480BDAB3ADF3E3BE053012819ACCD59](http://bszs.conac.cn/sitename?method=show&id=5480BDAB3ADF3E3BE053012819ACCD59))