

<<冠状动脉搭桥术后再次血运重建策略>>

图书基本信息

书名：<<冠状动脉搭桥术后再次血运重建策略>>

13位ISBN编号：9787117152594

10位ISBN编号：7117152591

出版时间：2012-2

出版时间：人民卫生出版社

作者：周玉杰 等主编

页数：122

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>

<<冠状动脉搭桥术后再次血运重建策略>>

内容概要

冠状动脉搭桥术是冠心病治疗史上最重要的突破之一。

自从19世纪60年代第一例冠状动脉搭桥手术实施以来，经过几代心血管医师的不懈努力和探索，冠状动脉搭桥术已成为冠心病最重要的治疗手段。

目前，全世界接受搭桥手术的患者已有数千万例，仅美国每年接受搭桥手术的患者即达到50万例。

我国于20世纪70年代开展了搭桥手术，尽管起步较晚，但手术数量持续递增，根据2008年的资料，全国当年接受搭桥手术的患者已超过14万例。

然而，桥血管的退化或闭塞却是困扰心血管医师和患者的重要难题。

大隐静脉是目前最常用的血管桥，而静脉桥血管在术后1年即可出现粥样硬化病变，至术后10年通畅率只有60%。

内乳动脉桥尽管通畅率高，但毕竟应用非常有限。

据此推算，我国每年都会新增数万例因桥血管闭塞而亟须再次治疗的患者，搭桥术后的再次血运重建问题已成为临床医师不可回避的一项挑战。

由于二次搭桥治疗风险极大，因此经皮介入治疗成为桥血管病变的重要治疗手段。

由于桥血管病变特殊的组织病理学特点，其介入术后再狭窄和不良心血管事件发生率均明显高于自身血管病变。

再狭窄、远端血栓栓塞以及非介入病变的持续进展是静脉桥血管病变介入治疗目前面临的主要挑战。

近年来，桥血管介入治疗领域已经取得了较大进展，药物洗脱支架的应用，以及多种新型血栓保护装置问世等使这一领域成为研究的热点之一。

但目前，桥血管介入治疗领域仍处于探索阶段，有关该领域的专著几近空白。

书籍目录

- 第一章 冠状动脉旁路移植术的历史回顾
 - 第一节 冠状动脉旁路移植术的发展史
 - 第二节 冠状动脉桥血管的选择和预后
- 第二章 静脉桥血管病变的病理生理特点
- 第三章 再次冠状动脉旁路移植术
 - 第一节 旁路移植术后桥血管对自身动脉的影响
 - 第二节 再次冠状动脉旁路移植的风险评估
 - 第三节 再次冠状动脉旁路移植的主要挑战和预后
 - 第四节 再次冠状动脉旁路移植的手术指征和围术期管理
 - 第五节 再次冠状动脉旁路移植的策略和技巧
 - 第六节 多次冠状动脉旁路移植手术
- 第四章 桥血管造影技巧
 - 第一节 桥血管解剖
 - 第二节 桥血管造影技巧
- 第五章 桥血管介入治疗策略
 - 第一节 静脉桥血管病变介入治疗的主要风险及应对策略
 - 第二节 直接支架置入策略
 - 第三节 静脉桥血管病变的风险评估
 - 第四节 桥血管吻合口病变介入治疗
 - 第五节 动脉桥血管介入处理
 - 第六节 经桡动脉路径处理桥血管病变
- 第六章 桥血管介入治疗的器械选择
 - 第一节 指引导管
 - 第二节 导引导丝
 - 第三节 球囊
 - 第四节 支架
 - 第五节 药物洗脱支架在静脉桥血管介入中的地位
 - 第六节 血栓保护装置
- 第七章 桥血管介入治疗并发症及其防治
 - 第一节 无复流或慢血流
 - 第二节 夹层
 - 第三节 穿孔
- 第八章 影像学在桥血管介入治疗中的应用
 - 第一节 多层螺旋CT
 - 第二节 血管内超声
 - 第三节 血流储备分数
 - 第四节 光学相干断层成像
- 第九章 辅助介入治疗手段在桥血管病变中的应用
 - 第一节 冠状动脉内超声溶栓技术
 - 第二节 冠状动脉定向斑块旋切术
 - 第三节 血栓保护装置和血栓抽吸装置
 - 第四节 激光血管成形术

<<冠状动脉搭桥术后再次血运重建策略>>

章节摘录

版权页：插图：（一）心肌保护1.逆行灌注随着外科技术的不断提高，再次旁路移植的死亡率逐年下降，但仍远远高于首次旁路移植手术。

这其中很大一部分原因是围术期心肌梗死，克里夫兰医学基金的结果显示，再次手术患者死亡原因85%是心血管源性的。

更进一步的，再次手术患者住院死亡中67%是由于发生围术期心肌梗死，H0。

再次手术围术期心肌梗死因素众多，包括由于远段冠状动脉弥漫性病变造成的不完全再血管化、静脉桥血栓形成、IMA血管桥闭塞、静脉桥粥样硬化栓子引起的栓塞、旁路手术造成的心肌损伤、动脉桥血流量不足、术前心肌梗死，以及PrccA的并发症。

但术中心肌保护不充分主要有两个原因：原有的静脉桥粥样硬化斑块脱落造成冠状动脉栓塞；在再次手术中，心肌顺行灌注未达到预期效果。

目前，多数心脏中心认为再次旁路移植手术中采用冠状静脉逆行灌注结果要优于单纯顺行灌注。

在再次旁路移植手术中，自身冠状动脉以及桥血管存在着多处狭窄与闭塞，冠状动脉循环要复杂得多。

例如，在再次旁路移植手术合并左主干病变者更容易导致心功能不全与死亡。

顺行灌注容易导致静脉桥血管内的粥样硬化斑块脱落，造成冠状动脉栓塞。

发现逆行灌注不但能够灌注已经结扎的桥血管区域心肌，即使未再血管化的心肌也能得到灌注。

而且逆行灌注还能把一些已经脱落的粥样硬化碎片从冠状动脉切口冲出。

也就是说，逆行灌注不但能够预防桥血管粥样硬化斑块脱落，而且能够治疗某些斑块脱落后造成的栓塞。

Shemie等回顾认为在再次旁路移植手术中未使用逆行灌注是死亡的最大的独立预测因素。

对于内乳动脉到前降支通畅的再次旁路移植患者，逆行灌注在心肌保护方面也有很大优势。

通常内乳动脉到前降支为原位移植，在顺行灌注时需临时将内乳动脉夹闭，但因患者自身冠状动脉往往严重狭窄，灌注效果并不满意，不得不结合全身降温的方法，而且在分离过程中往往容易损伤夹闭的内乳动脉，曾经有人为了避免分离内乳动脉，在术前介入下在内乳动脉近端放入球囊，术中临时阻断血流。

逆行灌注则不存在这些问题，即使在狭窄远端的心肌仍能得到良好的灌注，而且实验表明，冠状动脉近端狭窄越严重，逆行灌注效果越优于顺行灌注。

逆行灌注中同样也存在一些缺点，冠状静脉窦插管的位置是至关重要的。

插管太深，心大静脉不能被很好灌注，心肌灌注不充分；插管太浅，灌注管极易脱落到右心房。

静脉瓣膜有时也会影响灌注效果。

部分右心室的静脉血直接引流回右心房，而不经过冠状静脉窦，因此右心室、左心室后壁以及室间隔后部往往心肌保护不充分。

基于这一点，许多人选择逆行灌注与顺行灌注相结合的方法，或者当远端吻合口完成后，从桥血管直接灌注。

2.原有静脉桥处理方法原有静脉桥的处理方法也是术中心肌保护成败的关键。

过去的原则是超过5年的静脉桥在再次手术中需要全部替换，因为即使造影显示非常光滑通畅的桥血管，组织学仍可见到粥样硬化病变。

但是，再次手术血管取材受到很大限制。

同时，结扎桥血管面临着很大的栓塞风险。

编辑推荐

《冠状动脉搭桥术后再次血运重建策略》是由人民卫生出版社出版的。

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>