

3次手术 开通血透患者“新的生命线”

作者：陈晓



医生为患者行血管腔内球囊扩张成形术 医院供图

□番禺区融媒体记者 陈晓 通讯员 华红艳

今年69岁的陈叔是一名尿毒症维持性血液透析患者，近3年来，他一直使用右前臂自体动静脉内瘘行血液透析治疗。近日，因内瘘急性血栓形成，陈叔的右侧动静脉内瘘失功，于是到何贤纪念医院肾病科就诊。该院的医生团队根据患者病情变化为陈叔进行了药物溶栓、超声引导下Fogarty导管取栓及内瘘血管腔内成形术、内瘘再造术等多种手术，最终成功开通了患者“新的生命线”。

病情多变

接连进行3次手术

何贤纪念医院肾病科主任李建听介绍，为打通患者血栓形成的通路，他们的医护团队在患者入院后即刻启动血管内持续尿激酶泵注溶栓加体外手法按摩碎栓治疗，经保守治疗内瘘未开通但达到软化血管内血栓目的。治疗后第2天，超声检查可见内瘘血管内广泛血栓形成，合并上臂流出道静脉长段狭窄及肘部深穿支狭窄。医生决定在手术室超声引导下分别行血管内溶栓、Fogarty导管取栓、球囊扩张术解除上臂长段静脉狭窄等治疗。经积极治疗，患者内瘘内血栓得以去除，血管狭窄解除，内瘘血流恢复，术后顺利完成透析治疗1次，血流量充沛。但在术后第3日，患者内瘘再次急性血栓形成失功，超声检查显示内瘘内连及上臂长段静脉流出道内大量血栓形成。

考虑到患者原内瘘主要通过肘部深穿支回流及上臂静脉广泛发育不良，且穿刺部位有限，医生评估患者左侧血管后，决定为患者行左前臂自体动静脉内瘘术。术后动静脉吻合口及流出道静脉可触及震

颤，可闻及血管杂音。术后第2日，患者左前臂自体动静脉内瘘未能触及震颤，未能闻及血管杂音。即刻血管彩超检查显示：吻合口及静脉流出道未见狭窄及血栓形成。医生进一步探查动脉流入道发现患者左前臂桡动脉从起始部位直至桡关节远端多发斑块形成和狭窄。

明确患者内瘘血流量不足原因为动脉狭窄导致，医生决定再次在患者的肘部肱动脉部位置入鞘管，在超声引导下行左上肢桡动脉全段血管腔内球囊扩张成形术。手术耗时近1小时，过程顺利，术后内瘘处可触及震颤，可闻及响亮血管杂音，内瘘血流通畅。术后观察3天，陈叔内瘘功能良好，平安出院。

内瘘血管腔内成形手术

较传统治疗方法优势明显

李建昕表示，自体动静脉内瘘是血液透析患者最为常用的血管通路之一，它具有血流量较充足，并发症少，可供长期反复使用等优点。由于受动脉高速血流的冲击，吻合口附近静脉内膜易发生损伤，内膜增生导致狭窄。此外，内瘘静脉穿刺部位由于反复穿刺，静脉壁不断损伤修复，易形成附壁血栓、纤维组织增生硬化，也会导致内瘘静脉的狭窄甚至堵塞。长期血液透析患者，可因血管钙化导致动脉狭窄，造成患者内瘘血流不足不能顺利完成透析治疗。

据介绍，目前治疗动静脉内瘘狭窄的方法有两种。一种为切除狭窄段于其他部位重新造瘘，这是传统的治疗方法，具有浪费患者有限宝贵的血管资源、创伤大、需要中心静脉置管透析过渡等缺点，目前已少采用。像陈叔这样透析多年的尿毒症患者，其肢体可供手术的血管资源匮乏，重新造瘘不易，且对肢体损伤较大。另一种方法就是近几年兴起的内瘘血管腔内成形手术（PTA），它具有节约血管资源、创伤小、可反复多次扩张、避免置管过渡、显著延长内瘘使用时间等优势。动静脉内瘘血管腔内成形术可以在超声或数字减影血管造影（DSA）引导下进行。超声引导下PTA相对于DSA引导下PTA更具优势，具有不需要特殊的设备及场地，在超声室或普通手术室即可完成、手术全程无射线、避免使用造影剂使患者面临残肾功能损伤的风险、手术时间更短等优点，从而受到临床医生和患者的喜爱。超声可以实时引导微穿针穿刺血管建立治疗入路，可以精确测量病变血管内径，有助于选择大小合适的球囊，超声可以实时监测整个手术过程，如术中发生血管破裂等并发症可立即进行处理。

据悉，何贤纪念医院目前已顺利开展超声或DSA引导下动静脉内瘘血管腔内溶栓+Fogarty导管取栓+成形术，每年完成该类手术100余台，疗效确切，为尿毒症长期透析患者的生命健康提供了安全有力的保障。