

CABG术后病变介入治疗并发症

- 无复流现象的预防：
 - (1) 术前3-5天使用低分子肝素、阿司匹林、氯吡格雷（负荷量300mg，而后予以75mg/d）或噻氯匹定（500mg/d）。
 - (2) 近来一些研究表明术前使用异搏定200ug可减少无复流现象并提高TIMI血流分级，并证实使用异搏定后无副作用，是一种有效可行的防治措施。
 - (3) 选择合适的介入治疗器械，尽可能减少斑块或血栓碎片的脱落。选择柔软导丝。直径稍小于参照血管的球囊，根据QCA的测量结果选择合适的支架，球囊或支架直径/参考血管直径以0.9为宜，支架稍长于病变长度，避免过度扩张等。
 - (4) 使用远端保护装置

CABG术后病变介入治疗并发症

- 无复流现象的治疗:

- 1.如果出现无复流现象，可首先在桥血管内注射硝酸甘油（200—800ug），尽管疗效不佳，但能逆转可能存在的血管痉挛。

- 2.桥血管内注射钙离子拮抗剂在无复流的处理中最为重要，能够使67%-87%的患者无复流逆转得到逆转。可在桥血管内注射维拉帕米（100-200ug，总量1.0-1.5mg）或地尔硫卓（0.5-2.5mg弹丸注射，总量5-10mg）

CABG术后病变介入治疗并发症

- 远端血管栓塞和心肌梗死

即便桥血管病变长度较短，介入治疗过程中也有可能出现斑块或血栓碎片脱落导致远端血管栓塞，出现心肌梗死。因大隐静脉桥血管急性闭塞而导致心肌梗死相对比较少见，其发生率仅为**1.5%**。介入治疗术后出现心肌梗死可能和下列因素有关：桥血管的长度、弥漫性病变、桥血管时间（**>3年**）、桥血管内血栓形成。

病例一 桥内支架术 颈动脉支架内PTCA

- 张某（07年7月） 79岁^术“反复胸闷痛10余年”，高血压病史33年余，糖尿病史7年
- 住院诊断：1.冠心病 陈旧性下壁心肌梗塞 CABG术后 PCI术后 心功能不全 心功能3级；2.高血压病3级 极高危组；3.2型糖尿病；4.良性肾小球动脉硬化 慢性肾功能不全；5.腰椎管狭窄症。
- 97年因“急性心梗”在省人民医行CABG术。
- 03年6月造影示：冠普遍细小，右冠中段闭塞，侧支循环丰富，右冠静脉桥中段50%-60%狭窄，前降支静脉桥通畅无狭窄，左椎动脉远端95%狭窄。