

文章编号:1005-6947(2006)01-0072-02

· 临床报道 ·

急性腹主动脉末端栓塞围手术期的处理

李大勇¹, 谭鸿雁¹, 吕延伟¹, 张强²

(1. 辽宁中医学院附属医院 血管外科, 辽宁 沈阳 110032; 2. 中国医科大学附属第一医院 血管外科, 辽宁 沈阳 110001)

摘要: 回顾性分析2年间6例急性腹主动脉末端栓塞患者的临床资料。结果示1例治愈;2例死亡,与术前、术中处理不当有关;1例高位截肢为就诊较晚所致;另2例下肢缺血改变或坏死。提示诊治及时与否,围手术期的处理恰当与否,与急性腹主动脉栓塞临床疗效密切相关。

关键词: 栓塞; 腹主动脉

中图分类号: R543.13; R322.121

文献标识码: B

急性动脉栓塞是血管外科的常见急症,90%以上的动脉栓塞来源于心腔的栓子^[1,2]。当栓子较大时,可阻塞于腹主动脉末端;进展迅速,预后严重,需紧急处理。本病的病死率较高。近2年,笔者遇到6例此类患者,现将治疗中的教训和经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男3例,女3例;年龄20~65(平均52.4)岁。其中4例原有风心病、房颤病史3~13年。5例入院时动脉栓塞时间为6~38h,另1例为1周。均为突然发病,无明显诱因。患者均有腹股沟部及双下肢皮肤花斑样改变,伴肢体冷,感觉、运动功能减退;心率120~160次/min。血生化检验:血钾5.53~7.45mmol/L,二氧化碳17~21mmol/L,乳酸脱氢酶756~1214U/L,肌酸激酶6547~12342U/L。患者入院后行彩色多普勒超声检查,均提示双下肢动脉内未见血流,1例动脉壁可见粥样硬化斑块。

1.2 治疗及结果

3例患者单纯行双股动脉 Fogarty 导管取栓术。3例中第1例术后第2天再次出现左下肢急性动脉栓塞,于全身麻醉下又行导管取栓,手术过程顺利,二次取栓后肢体血运恢复良好,但一直未能恢复正常呼吸,依赖呼吸机维持2d后,出现呼吸、循环衰竭而死亡。第2例术前未应用对

抗高血钾措施,仅在术中用葡萄糖酸钙20mL静脉注射,取栓过程顺利,恢复动脉血流5min后突然出现心跳骤停,立即给予心肺复苏,但未能恢复。第3例术前用速尿40mg静脉注射,5%碳酸氢钠200mL静脉滴注;术中经过顺利;术后4h出现肌红蛋白尿及右下肢严重肿胀,多普勒超声未发现深静脉血栓,给予甘露醇125mL每日2次快速静脉滴注;术后第5天患者尿液转为清亮;术后15d右下肢肿胀完全消退,乳酸脱氢酶和肌酸激酶均已接近正常水平;术后患者下肢运动功能恢复较慢,经用较大量的B族维生素及维生素C,至术后15d已能扶拐走动;心脏超声未见心房内残留有附壁血栓,出院后嘱其长期口服氯吡格雷和阿司匹林,3个月后随访无并发症发生。第4例无房颤史,考虑系由非血栓栓子脱落所致,于全身麻醉下行腹主动脉末端切开取栓术,证实栓子为心脏黏液瘤,术中同时行双股动脉导管取栓^[3];术后第2天出现左下肢缺血性坏死,行左膝上截肢;病情稳定后做心脏超声检查提示左房内仍有残留肿物,于心脏外科行残余黏液瘤切除,术后恢复顺利,3个月后来院复查未见并发症发生。第5例为一20岁女性,因家属坚决不同意手术,故给予溶栓、抗凝治疗,于治疗后第2天家属要求出院;其时患者双下肢已呈紫黑色,感觉、运动功能完全丧失,意识模糊。第6例为一老年男性,心电图显示为窦性心率,有双下肢间歇性跛行病史,突然加重已1周,考虑为动脉粥样硬化合并急性动脉闭塞;入院后予溶栓抗凝治疗,下肢缺血症状稍有缓解,但家属强烈要求手术;术中先行双股动脉 Fogarty 导管取栓,取出少量陈旧血栓,但有一侧肢体缺血症状明显加重,考虑取栓时破坏了已形成的侧支循环,不得已全麻下开腹进行手术;术中显露出腹主

收稿日期:2005-02-06; 修订日期:2005-11-06。

作者简介:李大勇,男,辽宁丹东人,辽宁中医学院附属医院副主任医师,博士,主要从事血管外科疾病的中西医结合方面的研究。

通讯作者:李大勇 电话:024-86909114-2128(O), 13194241072(手机); E-mail:dyli212@sina.com.cn。

动脉末端,见该处充满了动脉粥样硬化斑块;切开后清除部分斑块,行腹主-股动脉人工血管移植;术后患者双下肢肌张力明显增强,且呈明显的缺血改变,神志不清,术后第2天家属放弃进一步治疗,回当地医院。

2 讨论

急性腹主动脉末端栓塞可导致严重的下腹部及双下肢缺血,并产生严重的全身性反应,病死率较高,韩延民等^[4]报道一组病例病死率为35.3%。本病在治疗中应重视围手术期的管理,以降低病死率,提高临床效果。

2.1 术前准备

适当的和必要的术前准备后尽快手术可以提高疗效,降低病死率。术前必须详细了解患者身体状况,如合并有高血钾、酸中毒、低氧血症等,应予利尿、输注碱性药物以纠正酸中毒。充分估计患者的心脏功能。早期使用肝素,可防止血栓繁衍滋长。本组第2例术中心跳骤停,考虑因未重视术前用药,高血钾刺激心脏停搏而引起。第4例发病38h才采取有效的治疗措施,最终仍发生一条肢体坏死,被迫高位截肢。第5例拒绝手术而最终出现严重的双下肢坏死,危及生命。

2.2 术中处理

因患者一般状态较差,难以耐受全身麻醉,手术应尽可能采用硬膜外麻醉或局部浸润麻醉,本组第1例的死亡考虑可能与麻醉方式的选择不当有关。术中依然要注意防止取栓后恢复血流时毒性代谢产物对心脏的刺激作用。为此,可于手术开始后立即使用碳酸氢钠、钙剂等进行拮抗血钾的突然增高,同时用速尿加速毒性代谢产物的排出;缓慢开放阻断钳使血流缓慢恢复灌注,也可同时行患侧股静脉切开开放血200~300mL,减少对毒性物质的吸收。本组第3例手术时吸取了前2例的教训,顺利度过了手术期。当栓塞时间较长,肢体侧支循环已形成时则应尽可能采用非手术治疗。本组第6例取栓过程中破坏了已建立的侧支循环,且因动脉硬化严重,行腹主-股动脉血管移植后血流明显灌注不足,所以肢体缺血未能有效改善,又可能由于术中腹主动脉阻断时间较长导致脊髓缺血出现了肢体痉挛性

瘫痪,预后不良。

2.3 术后治疗

肌-肾代谢性综合征是血流再灌注后最常见的并发症,也是取栓术后死亡的主要原因。术后3~5d内根据血气分析和尿液常规检验应用碱性药物,使尿液“宁碱勿酸”,并保证每日尿量在3000mL以上,这样可以很好地减轻毒性代谢产物对肾脏的损伤。甘露醇可以减轻肾间质水肿,改善肾脏缺血,增加肾小管液量及尿流速度,冲刷肾小管,以免凝胶状蛋白堵塞小管,造成急性肾衰竭;其对肢体的再灌注损伤亦有很好的治疗作用。本组第3例术后出现严重的肌红蛋白尿和肢体肿胀,给予甘露醇治疗后,上述症状很快缓解,术后2周时临床症状和生化检验指标已基本恢复正常。大量利尿的同时也要注意防止产生严重的电解质紊乱。术后短期的溶栓治疗和长期的标准抗凝治疗是防止血流再灌注后引发的弥散性血管内凝血(DIC)、改善血液高凝状态的有效措施。另外不应忽视原发病的处理,术后常规行心脏超声检查,如发现有残余栓子则应与心脏外科共同采取适当措施,防止再次发生栓塞。

总之,对急性腹主动脉末端栓塞的病理生理特点应有充分认识,重视围手术期的治疗,可望明显减少本病围手术期的各种并发症。

参考文献:

- [1] 孙建民,刘长建.急性动脉栓塞[A].见:兰锡纯,冯卓荣.心脏血管外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.1174-1191.
- [2] Babu SC,Shah PM,Nitahara J, *et al.* Acute aortic occlusion-factors that influence outcome[J]. J Vasc Surg, 1995, 21(4):567-572.
- [3] 张健,辛世杰,宋清斌,等.心脏黏液瘤脱落并发腹主动脉骑跨栓塞一例[J].中华医学杂志,2003,83(22):1979.
- [4] 韩延民,吴庆华,杨宝钟,等.急性肾下腹主动脉闭塞的临床治疗[J].中华普通外科杂志,2004,19(9):517-519.