

文章编号:1005-6947(2007)12-1215-02

· 临床报道 ·

血栓闭塞性脉管炎远期手术疗效分析

孟繁铭¹, 吴云霞¹, 张云杰², 刘淑娟²

(1. 山东医学高等专科学校 山东 济南 250002; 2. 山东中医药大学附属医院 山东 济南 250011)

摘要:为探讨晚期下肢血栓闭塞性脉管炎患者的治疗方法及其远期手术效果。笔者回顾性分析单一手术(动-静脉转流术)与联合手术(转流术联合腰交感神经切除术)两种方法治疗35例患者的临床资料,着重观察术后3,5年的临床疗效。结果显示,联合手术术后3,5年并发症发生率5.5%(1/18),16.7%(3/18)明显少于单一手术组的17.6%(3/17),47.1%(8/17)($P < 0.01$, $P < 0.05$);术后3,5年患肢血流量前者多于后者,均具有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$)。提示:联合手术治疗晚期血栓闭塞性脉管炎的远期效果明显优于单一手术。

[中国普通外科杂志,2007,16(12):1215-1216]

关键词: 血栓性脉管炎, 闭塞性; 动静脉转流术, 外科; 交感神经节切除术

中图分类号: R 654.4

文献标识码: B

血栓闭塞性脉管炎晚期患者的治疗方法颇多,但手术仍然是最主要的;后者在改善患者症状、保留肢体、提高生存质量方面有着无可替代的作用。但术式的改革和选择需要进一步探讨,尤其对术后长期疗效的追踪研究应该加强^[1]。关于单纯动-静脉转流术后长期疗效的随访报道并不多;对动-静脉转流术联合腰交感神经切除术的临床效果亦仅有零散报道。笔者对1995—2006年手术治疗的晚期血栓闭塞性脉管炎35例患者的临床资料进行了回顾性分析,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

自1995年1月—2006年12月,我校两所附属医院手术治疗了Ⅲ和Ⅳ期(Fontaine分期法)下肢血栓闭塞性脉管炎(LBO)晚期患者89例,从男性且单侧下肢56例患者中随机抽签选定35例,年龄32~56(平均48)岁。按已行的手术方法分2组:(1)单纯动-静脉转流术组(单一手术组)17例;(2)动-静脉转流术附加腰交感神经切除术组(联合手术组)18例。每年采用不定期跟踪及预约定期复诊的方法,对术后已满3年和5年者进行随访检查并建立档案。

1.2 手术

动-静脉转流(A-V)术。35例均行A-V术,包括:

(1)高位深组手术21例(股总动脉-股浅静脉转流术15例,股浅动脉-股浅静脉转流术6例);(2)低位深组手术9例(腘动脉-胫腓干静脉转流术5例,腘动脉-胫后静脉转流术4例);(3)高位浅组手术5例(股动脉-大隐静脉转流术)。35例中18例加行腰交感神经节切除(LS),包括:(1)同期开放式腰交感神经节切除术6例;(2)化学性腰交感神经节切除10例;(3)腔镜腰交感神经节切除术2例。

1.3 观测项目

观测患肢手术前后的血流量。测定仪器为Acuson-128XP10彩色超声仪,线阵式探头,频率5.0 MHz,血流与声束夹角 $< 60^\circ$,取样容积2~4 mm;患者平卧、下肢自然伸直位,随访体检时测量股总动、静脉(股浅、深血管分叉上1 cm)管径、血流速度计算血流量。公式 $Q = V \cdot D^2 \cdot \pi / 4$;Q为血流量,V为血流峰值速度,D为血管内径。

1.4 统计学处理

所有资料统计采用SPSS12.0软件包。

2 结果

2.1 并发症及其处理

术后3年单一AV组17例中发生不良反应或并发症共3例,占17.6%;联合手术组仅发生1例静脉曲张,占5.5%($P < 0.01$)(表1);术后5年单一手术组17例中共累计发生8例,占47.1%,而联合手术组18例中并发症仅3例,占16.7%($P < 0.05$)(表2)。

并发症主要进行手术处理:包括坏疽行截肢术1例;胀痛、静脉曲张、心衰竭的原因主要是分流量过大,多采用再结扎移植血管或栓塞瘘口等方式8例;皮肤移植1例等。

收稿日期:2006-12-02; **修订日期:**2007-06-27。

作者简介:孟繁铭,男,山东济南人,山东医学高等专科学校副教授,主要从事普外、胸外方面的研究。

通讯作者:孟繁铭 E-mail:mengfm888@163.com

表1 术后3年并发症比较

组别	n	不良反应及并发症							P值
		肿胀疼痛(%)	浅静脉曲张(%)	静息痛	皮肤溃疡(%)	坏疽	心衰	合计	
单一手术	17	1(5.9)	1(5.9)	0	1(5.9)	0	0	3(17.6)	<0.01
联合手术	18	0	1(5.5)	0	0	0	0	1(5.5)	

表2 术后5年并发症比较

组别	n	不良反应及并发症							P值
		肿胀疼痛(%)	静脉曲张(%)	静息痛(%)	皮肤溃疡	坏疽(%)	心衰(%)	合计	
单一手术组	17	1	3	1	1	1	1	8(47.1)	<0.05
联合手术组	18	1	2	0	0	0	0	3(16.7)	

2.2 血流量测定

比较患者术后随访体检时所测患肢股总动脉、股总静脉血流动力学的变化的结果示:3年联合手术组比单一AV组血流量增加明显,差异有显著性($P < 0.01$);5年单一AV组血流量减少较明显,而联合手术组只有轻度减少,两组间血流量差异有显著性($P < 0.05$) (表3-4)。

表3 术后3年两组患肢血流量比较

组别	n	血流量(mL/min, $\bar{x} \pm s$)	
		股总动脉	股总静脉
单一手术组	17	32 ± 4.5	28 ± 6
联合手术组	18	40 ± 9.8	35 ± 10.5
P值		<0.01	<0.01

表4 术后5年两组患肢血流量比较

组别	n	血流量(mL/min, $\bar{x} \pm s$)	
		股总动脉	股总静脉
单一手术组	17	28 ± 6.5	25 ± 5.2
联合手术组	18	39 ± 7.3	34 ± 9.5
P值		<0.05	<0.05

3 讨论

LBO的手术方法可根据动脉栓塞的具体情况选择不同术式。

3.1 动-静脉转流术

动-静脉转流术可分为:(1)深组高位分期转流术主要用于下肢动脉高位广泛闭塞患者,目前多采用股总动脉与股浅静脉间血管架桥分期转流。笔者认为行该手术时要注意以下几点才能取得较好的效果:移植血管材料以自体静脉血管为理想,最好是自体上肢头静脉、贵要静脉或颈外静脉,血管内径至少大于4mm;移植静脉离体后应尽量在30~40min内完成吻合,并且术中血管须始终处于培养液之中,这样可避免移植血管的内皮细胞变性坏死;移植血管的吻合角度以30~35°为宜,吻合口大小应控制在0.7cm左右,一期转流吻合口近侧股浅静脉管径可缩小1/2~2/3,但不得大于2/3,以免形成远端静脉高压、吻合口血栓形成;移植血管的长度宜在3~4cm,不可过短,以免出现远端动脉窃血现象。(2)深组低位动-静脉转流术适用于下肢动脉低位广泛闭塞的患者,笔者认为能做低位转流术者则尽量不做高位转流术;实践证明前者术后效果更佳。(3)浅组高位动-静脉转流术,多采用股动脉-大

隐静脉端侧吻合术,术后静脉血可经深静脉回流,且不必做二期手术^[2]。

3.2 腰交感神经节切除术

(1)开放式切除术。源于20世纪20年代,延续至60年代,主要用于治疗I、II期患者,现已很少应用。(2)化学性腰交感神经切除术。简单易行、价格低廉、并发症少且可重复进行,从而提高了准确性和成功率。目前此手术作为治疗III、IV期患者的辅助手术,产生了很好的效果。(3)腔镜腰交感神经切除术。目前也是常用方法之一,微创、观察清晰是其优点,但必须技术娴熟、解剖清楚,才能避免并发症^[3-5]。

本组结果显示,动-静脉转流术联合腰交感神经切除术的远期疗效明显优于单一A-V手术。分析其原因可能是动-静脉转流术能增加血流量;腰交感神经节切除术则能降低毛细血管括约肌的张力,改善微循环,增加血液灌注量,可改善细胞正常代谢功能。再者腰交感神经切除术可进一步促进侧支循环的形成,与A-V手术联合,有两者互补、协同作用,相得益彰,是其优势所在。因此,只要患者符合手术指征,对III、IV期血栓闭塞性脉管炎的治疗可在动-静脉转流术的基础上辅以腰交感神经节切除术,以提高手术的远期疗效,改善患者的生活质量。

然而,手术治疗毕竟是非生理性供血及存在组织破坏性,且有远期并发症,故应严格掌握手术指征。为进一步提高手术效果,还需要进一步扩大病例数量,行规范的前瞻性研究,以能科学地判断临床远期治疗效果^[6]。

参考文献:

- [1] 陈幸生,林挺,官云彪,等.下肢动脉闭塞症治疗的选择[J].中国普通外科杂志,2004,13(1):22-24.
- [2] 林勇杰,吕伟明,谭最.血栓闭塞性脉管炎外科治疗几种术式疗效评价[J].中国实用外科杂志,1998,18(4):533-535.
- [3] Greenstein D, Brown T F, Kester C R. Assessment of chemical lumbar sympathectomy in thermal imaging [J]. Int J Clin Monit Comput, 1994, 11(1): 31-34.
- [4] Myscokinski W E, Kwiatkowska W, Racakowka B, et al. Sustained classic clinical spectrum of thromboangiitis Obliterans (Buerger's disease) [J]. Angiology, 2000, 51(2): 141.
- [5] 董国祥.化学性腰交感神经切除术[J].中国实用外科杂志,2004,24(4):245-246.
- [6] 李晓曦,王深明,黄灿之,等.旁路搭桥治疗下肢动脉缺血的分析[J].中国普通外科杂志,2000,9(5):430-432.