

# 下肢动脉硬化性闭塞致肢体坏死行截肢术体会

李秀岭 刘金玲 王双力

(满洲里市扎来诺尔矿务局总医院, 内蒙 满洲里 021412)

我院自1986年至1991年收治下肢动脉硬化性闭塞致肢体坏死7例(A组),均行截肢术,术后切口不愈合者6例。自1992年至今我们改进治疗方法,收治6例此类患者(B组),效果尚满意,现将两组对比报告如下。

## 1 临床资料

13例截肢术中,男9例,女4例。年龄54~71岁,平均61岁。右侧肢体10例,左侧3例。其中A组7例,B组6例。合并糖尿病患者A组2例,B组3例。合并脑血栓偏瘫者A组2例,B组2例,坏死肢体均为偏瘫侧,肌力III—IV级。湿性坏死9例,干性坏死4例。累及小腿中上段的A组1例,B组2例,其余均累及踝关节水平。

## 2 治疗方法

术前应用抗生素,糖尿病患者血糖控制在正常或接近正常范围。手术在硬膜外麻醉下进行,不用止血带,常规行截肢术。A组大腿处截肢采用前后等长皮瓣,小腿行前短后长皮瓣,不做断端肌肉固定。B组大小腿截肢均采用前后等长皮瓣,行切开的肌肉之间相互缝合固定。两组皮肤切口均无张力缝合,术中探查截肢平面的主要动脉均有白色血栓栓塞,术后病理证实动脉粥样硬化。两组术后均应用抗生素及降血糖药物,B组加用扩血管治疗。

## 3 治疗结果

A组7例中1例切口一期愈合,6例切口不愈,骨端外露。其中1例因术后3天切口张力变大,切口被骨端顶裂,行切口内分泌物细菌培养阴性。2例因切口两侧皮缘均有0.5~1.0cm宽的坏死而致不愈。其余3例是由于拆线时切口全部裂开。B组6例中4例一期愈合,1例切口皮缘有小部分坏死,1例拆线时切口有一2cm长的裂开,后经换药治疗短期治愈。

## 4 讨论

两组病例特点:(1)年龄较大,多合并糖尿病、脑血栓,全身状况欠佳。(2)病变累及主要动脉:股、动脉,肢体坏死范围大,肌肉萎缩,皮肤营养、弹性较差。(3)合并有皮肤的营养障碍。

A组1例术后2~3天切口张力突然变大,考虑是由于肌肉水肿,截肢处体积增加,而皮肤弹性差,同时麻醉作用消失后切开的肌肉因无附着点而回缩牵拉皮肤所致。而在B组病例中,均采用多去除骨质相对延长皮瓣,肌肉断端相互缝合包埋骨端,预防切口不愈后骨端外露,结果无一例出现术后早期伤口裂开。

本病患肢皮肤血运差,尤其是切口皮瓣选择比例不适,术

中过多的将皮肤与深筋膜分离,钳夹电灼皮缘,皮肤缝合过紧过密等因素更增加了皮肤缺血,这可能是导致A组2例皮缘坏死的直接原因。B组手术中严格操作,尽量避免上述人为造成皮瓣缺血因素,同时选择前后等长皮瓣,但仍有一例出现部分皮缘坏死,术后分析可能与皮肤自身血运不好有关。

术前充分了解病情,术中根据病情调整手术方案,可有效的预防切口不愈合。由于血管的栓塞,脑血栓偏瘫侧肢体的神经营养不良,以及糖尿病本身因素,给予切口一期愈合造成严重的障碍,是A组3例拆线时切口全部裂开的客观因素。但是术前对本病的认识不够,术前检查只是简单的触摸下肢主要动脉有无搏动,而未行对病情帮助较大的下肢动脉多普勒检查,只是根据坏死区域而单纯的设计截肢平面,而未对整体病情作出综合判断等,均是不可避免的因素。A组7例中均发现截肢平面的主要动脉有不同程度的堵塞,切口皮缘出血少,部分术者已意识到切口术后较难愈合,但术前未明确肢体血运好坏的界面,加之又未向家属交待术中有更改截肢平面的可能,故不敢贸然提高截肢平面,只能姑息缝合切口。B组的6例,术前均行多普勒检查,充分估计截肢平面,其中2例术中发现动脉闭塞严重,皮缘渗血不多,果断提高截肢平面。其余4例虽然术中也见动脉栓塞,但皮缘渗血好,故6例术后效果尚满意。

下肢动脉硬化闭塞病,常常累及股、动脉以及小腿的主要动脉<sup>[1]</sup>,一般血管闭塞严重,若手术中截肢平面的确定单纯参考动脉闭塞情况,可能会导致截肢平面过高。而切口的愈合主要依赖于皮肤的血运,虽然动脉闭塞的位置较高,但其远端的皮肤因未闭塞的侧支动脉而得到血供,此情况已在手术中得到证实。因此术中截肢平面应以皮缘渗血情况为主要参考指标,而动脉闭塞情况,术前多普勒检查结果作为辅助指标。

本病多合并有脑血栓、糖尿病等疾患<sup>[2]</sup>,故手术前后应密切配合内科治疗以及输入白蛋白等支持疗法,对切口的愈合起到促进作用,但无决定性作用。本病截肢术后切口不易愈合,而一旦切口不愈合,换药生长较慢,如果行二次截肢术,对老年人身心创伤较大。故对于年龄偏大,全身情况不佳的病人,治疗上更应慎重,强调截肢术一次成功。

## 参考文献

[1] 裴玉. 周围血管病学. 北京: 北京科学技术出版社, 1993. 158-160.  
[2] 陈宝兴. 糖尿病足病. 中华骨科杂志, 1995, 15(1): 8.

(收稿: 1999-11-08 编辑: 程爱华)