·经验交流·

低位腹主动脉阻断技术控制骶骨巨大肿瘤手术出血

Reducing operative hemorrhage of the huge neoplasms in sacrum by the technique of intermittent block of lower abdominal aortae

何登伟, 潘水章
HE Deng-wei, PAN Shui-zhang

关键词 腹主动脉; 骶骨; 肿瘤 **Key words** Abdominal aortae; Sacrum; Neoplasms

骶骨巨大肿瘤手术常常出血量大, 难以控制。尤其与周围血管、神经、盆腔脏器粘连等情况下, 术中的大出血造成手术视野不清, 容易引起误伤、手术时间延长、肿瘤切除不彻底等情况。更有因大出血带来术后严重并发症甚至死亡。我们应用间歇性低位腹主动脉阻断技术控制骶骨肿瘤手术出血, 获得满意的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 施用间歇性低位腹主动脉阻断技术控制骶骨肿瘤手术出血 10 例, 男 8 例, 女 2 例; 年龄 25~ 52 岁, 平均 35.6 岁。骶骨脊索瘤 7 例(其中 1 例系肿瘤切除后 5 年复发者) , 巨细胞瘤 2 例, 骶骨骨转移瘤 1 例, 均经病理证实。

1.2 阻断方法 选下腹部倒八字切口, 逐层分离显露腹主动脉, 选腹主动脉分叉处上方 3 cm 处, 游离出腹主动脉段 1 cm。利用弯血管钳牵引消毒备用的粗鞋带绕过腹主动脉至另侧穿出, 将粗鞋带两头穿过长约 2 cm、φ1 cm 的橡皮管, 再将橡皮管推至紧贴腹主动脉, 抽动鞋带两头, 至手触髂总动脉搏动消失为度, 低位腹主动脉阻断操作完成, 开始记录阻断时间。

2 结果

2.1 手术时间和出血量 切除肿瘤最大体积15 cm × 15 cm × 13 cm。单例手术历时最长 310 min, 最短 190 min, 平均 222 min。单例术中出血最多 1 600 ml, 最少 600 ml, 平均失血 950 ml, 术中平均输血 800 ml。

2.2 阻断时间和临床观测 术中低位腹主动脉阻断时间平均 72 min, 每次阻断时间 45 min, 阻断间歇时间 10 min。术中严密观测阻断前后以及撤钳前后的血压、心率、上肢血氧饱和度的变化, 未发现阻断前后以及撤钳前后上诉生命体征异常变化。

2.3 随访资料 经 6 个月~ 5 年随访。7 例骶骨脊索瘤中 1 例随访 3 年以上未见复发; 5 例术后复经多次手术, 最多的经 5 次手术, 目前带瘤生存; 1 例术后 2 年复发, 因经济原因放弃治疗死亡。骶骨转移性肿瘤 1 例术后 6 个月死于全身转移。骶骨巨细胞瘤 2 例术后随访过程中未见复发。所有患者术后未发现腹主动脉损伤症状, 双下肢感觉活动正常。未发现与腹主动脉阻断相关的性功能障碍及大小便障碍。

3 讨论

骨盆及骶尾部的血供及侧枝循环非常丰富, 该部位巨大肿瘤的切除手术中, 出血量可以达到3 000~ 10 000 ml[1]。为达到减少出血的目的, 临床上许多作者开展了如双侧髂内动脉结扎、介入下血管栓塞, 球囊导管腹主动脉阻断等技术, 收到了一些效果。但这些技术与低位腹主动脉阻断技术相比较, 后者的阻断效果显得更加直接, 其止血效果更加确切。应用低位腹主动脉阻断技术后, 手术出血量明显减少, 与既往手术相比减少 50% 以上, 手术视野变得清晰, 保证了肿瘤切除的质量。手术中不会出现短时较大泉涌样出血, 降低了失血性休克的发生率。

腹主动脉阻断平面不同, 对全身血液动力学、内脏缺血再灌注损伤影响不同。高位的腹主动脉阻断不仅严重干扰了血流动力学, 而且造成了腹部重要脏器及脊髓的缺血损伤。而我们在临床上开展的低位腹主动脉阻断技术, 相对比较安全。在髂总动脉分叉上方阻断腹主动脉, 并不阻断肝、肾、脊髓等对缺血敏感的器官的血液供应。另外下腹部的卵巢、睾丸对缺血较敏感, 但支配其血供的卵巢(睾丸) 动脉在肾动脉平面稍下方即开始发出分支, 亦不在阻断之列, 故手术中其血供不受影响。我们临床开展手术 9 年, 最早 1 例是抢救骨盆损伤开放出血患者,

丽水市中心医院骨二科, 浙江 丽水 323000

随访患者的大小便及性能力正常。

低位腹主动脉阻断手术中, 必须注意几点: ①其单次阻断时间最长的限定可相对延长。我们参考下肢止血带技术, 单次阻断时限为 45 min, 最长不能超过 60 min, 必要时可撤钳 10 min 后重复阻断。本组 10 例术后观察未发现因血流阻断而出现的并发症, 说明阻断时间的设定是安全的。②严格掌握手术适应证, 如果骨盆肿瘤较小, 估计失血量不大, 可不必非得采用该技术, 可以采用介入下术前栓塞减少手术中出血等技术。③恶性肿瘤的手术病例应在操作时防止将肿瘤细胞带入下腹部血管阻断切口中, 造成手术中人为的种植转移, 要求术者换手套操作, 器械应分开等。

参考文献

1 镇万新, 窦永充, 徐万鹏, 等. 球囊导管腹主动脉阻断术控制骨盆及下腰椎肿瘤手术出血. 中华骨科杂志, 2001, 21(8): 468-470.

(收稿日期: 2004-12-10　本文编辑: 连智华)

·手法介绍·

手法与针刺治疗不安腿综合征

Treatment of restless leg syndrome with manipulation and acupuncture

赵文
ZHAO Wen

关键词　不安腿综合征;　针刺;　手法, 捏脊　**Key words**　Restless leg syndrome;　Acupuncture; Manipulation, chiropractic

我院近年来采用针刺与手法治疗不安腿综合征 41 例, 疗效满意, 现报告如下。

1　临床资料

本组 41 例均为门诊病例, 男 16 例, 女 25 例; 年龄22~70 岁, 平均 44.3 岁; 双侧发病(症状多以一侧为重) 30 例, 单侧发病 11 例; 病程 2 周~5 年。症状: 自述下肢以小腿为主难以表述的不适感, 如酸、胀、痒、麻、针刺、灼热、蚁行、虫爬样感觉等, 部分患者可出现臀部及大腿牵扯样感觉。活动时症状减轻, 休息后加重, 以入睡前或夜间为甚。体征: 检查双下肢关节活动正常, 下肢感觉、运动及神经系统检查无异常, 触诊检查 L_4, L_5 或 L_5S_1 椎棘间均有压痛或发胀感, 患侧 L_4, L_5 或 L_5S_1 椎旁 2~3 cm 处有深压痛或发胀感 36 例, 臀肌、小腿肌有固定压痛点 30 例。

2　治疗方法

2.1　手法治疗　患者取俯卧位, 医者立患侧旁, 用拇指指腹沿腰椎棘突、棘间、椎旁督脉及足太阳膀胱经循行区自上而下行揉按推挤手法; 以拇指指尖在痛(或胀)处按压分筋; 以肘尖在腰臀部痛点施点压弹拨手法; 在施术区顺肌纤维方向行搓法结束治疗。施压力度以患者能耐受为宜, 手法治疗每次 10~15 min, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程。

2.2　针刺治疗　取 L_4-S_1 夹脊穴, 配腰宜、胞肓、秩边、合阳、外丘等穴。患者取俯卧位, 用 100 mm 毫针 L_4, L_5 夹脊取穴与脊柱成 70° 角斜刺入针 1.5~2.5 寸, L_5S_1 夹脊取针体与椎体成 45° 角进针 2~2.5 寸, 腰宜直刺 1.5~2 寸, 胞肓、秩边针尖向足斜刺 2~3 寸, 用泻法, 以针感向小腿传导为度。用 75 mm毫针直刺合阳、外丘穴 1.5 寸, 用补法, 以针感向足踝部传导为宜, 留针 30 min, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程。

3　结果

疗效标准: 优, 症状体征完全消失, 恢复正常工作生活; 良, 症状体征基本消失, 下肢偶发轻微不适感, 能自然入睡; 差, 症状体征无明显改善。本组病例随访 6 个月以上。优 33 例, 良 8 例。

4　讨论

由于支配下肢的感觉及运动神经来源于腰骶神经丛, 因此腰骶部神经受到损伤或刺激后, 所支配的下肢各部位均可出现相应的临床症状。由于腰部神经根离开硬膜囊后, 要经过一条较窄的骨纤维性管道, 故通道的任何组织发生病变均可产生腰腿痛。本病的实验室、影像学及神经系统检查无异常, 临床诊断仍以自觉症状为主, 但经仔细的临床体查发现: 本组病例 L_4, L_5 或 L_5S_1 椎棘间均有压痛或发胀感; 双　指对比触诊相应椎旁有深压痛或发胀感; 臀部及下肢有压痛点, 追述病史否认有自觉腰痛史。因此认为, 本病的发生可能与腰骶部特定部位的骨或软组织结构出现某种程度的损伤, 刺激或嵌压了相邻的神经组织, 使神经的正常传导功能受损有关。

本病属中医"痹证"范畴, 治疗取穴以 L_4-S_1 夹脊为主, 辅经外奇穴腰宜, 足太阳膀胱经之胞肓、秩边、合阳等。通过针刺及手法的配合治疗, 使疼痛的传入信息及反射通路受到阻断, 损伤组织得到修复, 组织的痉挛或粘连得以松解, 改善微循环障碍, 使受损神经组织的传导功能恢复正常, 达到治疗目的。

(收稿日期: 2004-03-30　本文编辑: 王宏)

遵义医学院附二院, 贵州　贵阳　550002