

肝管纵形切开,空肠 Y 型吻合术为妥。

综上所述,我们认为利用肝门胆管、左右肝管广泛纵形切开,拼缝为肝胆管盆式、空肠侧侧吻合术,对高位胆管狭窄较为适合,胆管狭窄应充分切开,胆肠吻合口有足够大,在 3~3.5cm,保证胆肠吻合畅通引流。

4 参考文献

- 1 黄志强.肝胆管结石及狭窄的手术治疗进展.实用外科杂志,1991,8(11):170
- 2 沈立荣,贺志军.高位胆管狭窄处理原则及炎性胆管狭窄整形修

复.实用外科杂志,1993,13(1):9~10

- 3 梁力建,黄浩夫,殷晓煌.胆道手术的医源性胆道损伤.中国实用外科杂志,1996,8(16):467
- 4 何振平,王敖川,韩求立,等.损伤性胆管狭窄的防治体会.四川医学,1992,13(6):158
- 5 王丙煌.损伤性肝外胆管狭窄的原因和治疗.肝胆胰脾外科杂志,1995,3(1):4~41
- 6 黄志强.腹腔镜外科时代的胆管损伤问题.肝胆外科杂志,1998,14(6):65~66

(收稿日期 2003-09-10

修回日期 2003-11-01)

血管重建治疗 3 例患肢缺血报告

杨兴龙 刘 强 戴寒英 李学明 张永模 李建锋 (江西医学院一附院,南昌,330006)

中图分类号

糖尿病、动脉粥样硬化、血栓闭塞性脉管炎是外周动脉狭窄与闭塞的主要原因,可导致下肢动脉严重缺血,肢体坏死而致残,有时可威胁患者的生命。而外伤性血管损伤的病情相对更危重。如何增加患肢的血供,成功地挽救患肢是血管外科治疗的主要目的^[1]。本院自从成立血管外科 1 年以来,成功地 3 例患者进行动脉重建术,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 3 例,第 1 例,男性,54 岁,农民,血糖高 6 年(空腹 14.5mmol/L),服用优降糖治疗。患者出现间歇性跛行 2 个月余,感右下肢尤其是足部发凉,并出现严重的静息痛。体检见右第一、二足趾发黑溃烂,面积约 2×2cm 右足背动脉及胫动脉搏动消失,汗毛脱落,皮温明显低于左侧。诊断:(1)右下肢动脉硬化闭塞症并左第一、二足趾干性坏疽。(2)重症糖尿病(II 型)。在内分泌科控制血糖后转血管外科治疗。第 2 例为女性,60 岁,会计,右下肢跛行、冰凉感,疼痛半年,8 个月前曾有过急性心肌梗塞。体检示右下肢未扪及足背动脉及胫动脉搏动,皮温降低,汗毛脱落。第 3 例为男性,30 岁,工人,被圆形钢筋挫断左腋动脉 0.5h,在当地医院结扎血管止血,于伤后 3h 紧急转入本院。体检示左腋窝腋动脉断裂,已结扎,两断端相距约 4~6cm,部分臂丛神经撕裂,桡尺动脉消失。

1.2 诊断方法:第 1 例动脉硬化的患者采用磁共振和彩色多普勒血流显像检查,结果显示双下肢动脉

硬化闭塞改变,以右侧为甚。其中右侧股浅动脉中段有一约 4.6cm 闭塞段,周边有少许侧支循环血管形成。但右股总动脉及胫动脉以下血管通畅情况尚好。第 2 例也呈双下肢动脉硬化改变亦以右侧为甚,其中右侧股浅动脉有两处完全闭塞,在股浅动脉中上段,长度分别为 13.3cm 及 1.8cm。邻近股深动脉发出侧支循环至股浅动脉下段。第 3 例为圆形钢筋挫断左腋动脉(依据病史及体征确诊)。

1.3 手术方法:第 1、2 例行右股总—膝下胫动脉人造血管(Edwards Lifescience 产品)旁路术。患者仰卧,患肢膝关节微屈,轻度外展外旋,膝下略垫高。先探查膝下胫动脉,于膝下内侧胫骨后水平取平行切口切开皮肤,皮下组织及深筋膜,分离腓肠肌的内侧头,找到膝下胫动脉,小心游离动脉约 3~4cm,探查证实胫动脉(流出道)情况良好。再取股部纵行切口显露股总、股浅、股深动脉。于大腿内前方打好皮下隧道,将人造血管(直径 6mm 带环 PTFE)置于隧道中。修剪人造血管,保留适当长度、两端适当的斜面。全身肝素化(20mg 静脉注射)后,膝下胫动脉人造血管的吻合采用 6-0 Prolene 线连续缝合,股动脉人造血管吻合采用 5-0 Prolene 线,均行端侧吻合。第 3 例用自体大隐静脉倒置移植术,大隐静脉与腋动脉远近端行端端吻合。所用麻醉分别为全麻、连续硬膜外加腰麻、全麻。

1.4 术后处理:术后密切观察患肢血运及足背动脉、胫后动脉搏动或桡、尺动脉搏动情况。术后第 1d

每 2h 触摸脉搏。术后 5~6d 可以下床活动。对前 2 例患肢膝关节屈曲 10~15 度,膝下及小腿中垫一软枕头。第 3 例患侧用绷带将上肢固定于胸前。第 1 例术后立迈青 5000u 皮下注射 12h1 次,2d 后改为每天 1 次,4d 后停用,并用低分子右旋糖酐及丹参,肠溶阿斯匹林,术前术后用胰岛素控制血糖。第 2 例术后立迈青 5000u 皮下注射 12h1 次,5d 后改为每天 1 次,并用低分子右旋糖酐及丹参,肠溶阿斯匹林。第 3 例术后立迈青 5000u 皮下注射 12h1 次,2d 后改为每天 1 次,并用低分子右旋糖酐及丹参,肠溶阿斯匹林。立迈青停用前交叉用上华法令维持。

2 结果

动脉重建术毕,即可扪及足背动脉、胫后动脉搏动或桡、尺动脉搏动。3 例患肢的皮肤均升高明显,术前的那种肢体疼痛立即消失。前 2 例病人术后一直服用华法令控制血 PT 在 20s 左右,第 1 例术后住院 18d,后 2 例术后住院 10d。随访 5~10 个月,无 1 例发生移植血管血栓形成,足背动脉、胫后动脉搏动或桡、尺动脉搏动良好。第 1 例患者的坏死足趾自行脱落,伤口愈合。

3 讨论

动脉移植材料的选择,动脉旁路搭桥重建手术是血管外科领域里的经典手术,有 40 多年的历史^[2]。在选择移植材料时,自体大隐静脉由于容易获得,有足够的长度(一般长约 60cm),特别是移植后通畅率高,多数作者将其作为中小血管移植的首选材料,被认为是替代中小血管最好的移植材料。本组第 3 例就是用自体的大隐静脉来替换已挫断的腋动脉,取得了满意的效果,术后随访与健侧上肢脉搏搏动无异,且患侧上肢功能正常。对于下肢动脉硬化闭塞症患者,例如本组第 1 例患者合并糖尿

病,由于静脉也可能受累,或静脉曲张病变致管壁变薄,例如本组第 2 例,或静脉被切除,因静脉口径太小,不适于用自体大隐静脉,必须用血管替代品。另外,有人认为大隐静脉本身有许多的优点,应予保留以供将来的手术如冠脉搭桥、下肢动脉再次手术时使用,而主张用人造血管^[3]。

动脉旁路搭桥重建手术的关键是找到理想的近端流入道和通畅的远端动脉流出道。所以术前要动脉造影检查或磁共振及彩色超声波检查以明确病变的部位,并选择手术方式。另外,在重建术中应先解剖暴露远端的动脉,找到动脉流出道后可向其远侧注入生理盐水,如生理盐水能十分流畅地向动脉流出道内注入,提示动脉流出道通畅。

该手术成功的关键在于关节部位人造血管需带环,以避免压扁。人造血管长度保留要适当,两端斜面修剪要合适,使吻合后角度自如。游离大隐静脉全程时不能用暴力,以免撕裂静脉壁。结扎大隐静脉属支时不要紧靠主干,以免大隐静脉主干缩窄。制备大隐静脉过程中须用稀释肝素液冲洗腔内血栓,但忌用暴力强行扩张,以减少内皮细胞损伤,降低植物血栓形成发生率。另操作者要精细,这样才能保证术后移植通畅率的提高。

4 参考文献

- 1 林勇杰,吕伟明,谭 最.治疗血栓闭塞性脉管炎的几种手术评价.中国实用外科杂志,1998,18(9):573
- 2 Rutherford R B.Options in the surgical management of aorto-iliac occlusive disease:A changing perspective.Cardiovasc Surg,1999,7(1):5
- 3 Moore WS,Quinoes -Baldrich WJ.An argument against all autogeneous tissue for vascular bypasses below the inguinal ligament. Adv Surg,1991;24(1):91

(收稿日期 2003-10-20

修回日期 2003-11-29)

诱导放松与音乐疗法用于 2 型糖尿病患者治疗的临床观察

苏晓清 胡汝贤 李建华 宋明康 (萍乡市人民医院,萍乡 330075)

中图分类号

糖尿病患者发病与加重往往与情绪行为有关,因此,糖尿病又属于心身医学范畴,本研究旨在探讨糖尿病肾病患者在胰岛素等药物治疗基础上,应

用诱导放松与音乐疗法后,对血压、血糖、果糖胺、尿蛋白排泄量等的影响情况,以期能为进一步治疗糖尿病肾病提供新的更有效治疗方法。