

注射毒品所致股三角区大片组织坏死的假性股动脉瘤的外科治疗

杨南生 唐桂阳 杨明生 叶建华 马立 曾周景

摘要 目的:探讨注射毒品所致股三角区组织坏死的假性股动脉瘤的外科治疗方法和疗效。方法:对 5 例注射毒品所致股三角区组织坏死的假性股动脉瘤病人的临床资料进行回顾分析。5 例患侧均首先阻断髂外动脉后进行清创,4 例采用 ePTFE 人造血管作髂外动脉与股动脉或股动脉与股动脉端端吻合,1 例取大部分闭塞的股静脉正常段移植,股三角区组织缺损行带蒂胸脐皮瓣转移修复,覆盖外露股血管。结果:术后 21 d 及 3 个月复查彩色多普勒超声显示移植血管血流通畅。结论:彻底清创、血管重建和皮瓣转移覆盖股血管是注射毒品所致假性股动脉瘤并股三角区组织坏死外科治疗成功的关键。

关键词 动脉瘤,假性 海洛因 血管外科手术 外科皮瓣

从 1998 年 2 月至 2004 年 6 月,我院共收治注射毒品致股三角区组织坏死的假性股动脉瘤患者 5 例,均进行外科治疗,取得良好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病人均为男性,年龄 19~38 岁,出现腹股沟区包块病程 3~21 d。吸毒 5~9 年,平均 7.8 年。注射毒品史 14~31 个月,平均 22 个月。所用毒品为海洛因。

1.2 临床表现 5 例病人均表现为腹股沟区搏动性包块,包块的中央区表面苍白或暗黑、渗液或溃烂,边缘区皮肤发红、发热,局部压痛,腹股沟区及大腿的中上段肿胀显著,膝以下肿胀轻微(图 1)。5 例病人均消瘦,足背动脉搏动减弱或未能触及,肢体远端发凉。血红蛋白 56~88 g/L,平均 75.4g/L。彩色多普勒超声检查,显示假性股动脉瘤体直径 6.0~10.8 cm,瘤体中央为囊腔,囊内有血液湍流,血管破裂口 1~2 个,直径 0.40~0.80 cm。

1.3 手术所见 假性动脉瘤瘤体最小 5.8 cm×5.0 cm×4.2 cm,最大 12.5 cm×9.6 cm×7.5 cm,破裂口均位于腹股沟韧带以下,破裂口大小 0.5 cm×0.4 cm~1.2 cm×0.7 cm,瘤体内充满鲜血和/或血凝块,5 例中股静脉均有水肿粘连,血管壁增厚并有不同程度狭窄甚至完全栓塞,股动脉破裂口不规则,局部内膜剥离,阻断破裂口上方股动脉,破裂口仍有新鲜血涌出。瘤体周围可见缝匠肌、股直肌、耻骨肌、长收肌等肌肉大片坏死。皮肤坏死面积 8.0 cm×7.8 cm~13.0 cm×11.2 cm,但均未形成肉眼可见的化脓病灶。渗出液细菌培养 2 例呈阳性。

1.4 手术方法 首先于腹股沟韧带上腹直肌外侧缘作切口,切开皮肤、皮下、腹壁筋膜,在腹膜外分离至腹后侧,直至显露髂外动脉,用橡皮条悬吊和血管夹阻断血流。然后,在瘤体的下方作患侧股部纵切口,依次切开皮肤、皮下组织、阔筋膜,显露和阻断股动静脉和股深动脉,在瘤体上下方血管阻断后,切开瘤体,



图 1 术前腹股沟区搏动性包块

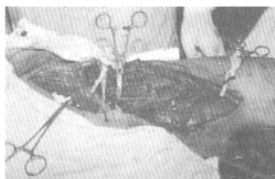


图 2 术中清创切除瘤体和坏死组织



图 3 术终胸脐皮瓣逆行转移修复股部软组织缺损、覆盖外露股血管

清除瘤内血栓,并将周围坏死皮肤、筋膜、肌肉一并彻底切除(图 2)。瘤腔用 300 ppm 碘伏浸泡 5 min。把瘤体及破裂的股动脉段切除后,股动脉缺损 3.4~5.5 cm。4 例取直径 0.6~0.8 cm 的 ePTFE 人造血管行髂外动脉或股动脉与股动脉端端吻合术。其中 1 例患者

瘤体旁段股静脉血管壁显著增厚、管腔狭窄,且无力购买人造血管,而在狭窄的股静脉远段切取 6 cm 长正常血管,移置桥接缺损的股动脉。切取的股静脉移植健侧大隐静脉作端侧吻合再通。股动脉的修复均一次通血成功,但股血管外露。根据股部软组织缺损的面积,切取同侧以腹壁下动静脉为蒂的胸脐皮瓣,皮瓣可携带部分腹直肌,逆行转移修复股部软组织缺损,覆盖外露的股血管(图 3)。胸脐皮瓣切取区缝合缩小后行中厚皮片游离移植,打包加压。受区皮瓣下放置

作者单位:524039 广东省湛江市中国人民解放军第 196 医院广州军区创伤骨科中心(杨南生,唐桂阳,叶建华,马立,曾周景); 524300 广东省遂溪县附城医院(杨明生)

引流管。术后常规“三抗”治疗。

2 结果

5 例患者术后均无伤口感染,供区植皮均成活,皮瓣受区伤口在术后 14~19 d 愈合。行股静脉健康段切取移植修复股动脉的 1 例,术后 7 d 内股部伤口渗液较多,股部肿胀明显,膝以下轻度肿胀,其余 4 例患侧下肢消肿快。5 例术后足背动脉均恢复有力搏动。术后 21 d 及 3 个月复查彩色多普勒超声显示人造血管及移植血管通畅,无血栓形成。术后 9 个月至 1 年 5 个月,患侧下肢无供血不足和静脉回流障碍体征。

3 讨论

3.1 假性股动脉瘤的形成和诊断 假性股动脉瘤是由于动脉破裂后在周围组织形成局限性搏动性血肿,以后逐步被增生的纤维组织包围所致,形成的血肿被部分吸收后成为附壁血栓^[1]。然而因动脉破裂口的大小、动脉血压的高低以及假性动脉瘤病程的长短不同而使形成的假性动脉瘤的病理形态存在差异。动脉破裂口小、动脉血压低和病程长者,所形成的假性动脉瘤体积小,瘤体内的血栓吸收完全,纤维囊壁坚韧且厚,瘤体周围组织所受持续压力小而扩张,不致引起组织的坏死。但是,动脉破裂口大、动脉压力高者,则在短时间内形成巨大搏动性血肿,周围组织受压,血液循环障碍而发生坏死,而瘤内血栓大部分未吸收,纤维包裹囊壁形成菲薄甚至未形成,患者已就医入院。本组病例就属于这种情况,而且其中 1 例自述先出现小的包块(小动脉瘤),穿刺后突然形成巨大包块(大动脉瘤)。虽然本组病例是注射毒品的针头穿刺伤所致,但是患者均有长期吸毒史,常在同一部位反复穿刺,操作不规范,穿刺后不加压止血,损伤的动脉又在营养状况差的条件下不能迅速愈合,从而导致了巨大假性股动脉瘤伴股三角区大片肌肉、皮肤坏死。患者刺伤的血管有可能是股动脉或股静脉,所以股动脉和股静脉常同时损伤。

对于患者主诉腹股沟区有包块,且有损伤、注射毒品病史,体检发现包块有搏动性,听诊有血管杂音,基本可建立假性股动脉瘤的诊断。进一步的确诊和详细了解假性动脉瘤的情况,可行动脉造影(DSA)和彩色多普勒超声检查。

3.2 假性股动脉瘤伴股三角区大片组织坏死的治疗

假性股动脉瘤伴股三角区大片组织坏死的外科治疗包括瘤体切除、坏死组织切除清创、血管重建和股三角区软组织缺损修复四个方面。在切除瘤体前,首先显露和阻断髂外动脉,并且在腹股沟韧带上方髂外动脉段上显露和保护从髂外动脉发出的腹壁下动脉及伴行静脉,这是预防手术出血性休克的关键步骤^[2]。而髂外

动脉的显露不必进入腹腔,在腹膜外即可显露。由于髂部有丰富的侧支循环,所以在股动脉破裂口的远端还必须阻断股动脉、股深动脉,这样才可减少出血。在阻断股动脉破裂口上、下端血流之后,切除瘤体。瘤体周围缺血坏死皮肤、肌肉等组织一并彻底切除,建立健康血管床,是预防人造血管感染的重要条件^[3]。在手术具体操作时,凡是颜色暗淡、刺激无收缩、切割无出血的肌肉组织,均应切除,达到出血的界面为止。Welch 等^[4]报道的 6 例和 Patel 等^[5]报道的 15 例由注射所致的假性股动脉瘤术前均合并有感染,Welch 报道的 6 例中有 5 例术后发生人造血管感染,Patel 报道的 15 例中有 1 例术后人造血管感染。故他们在总结经验教训时都强调清创的重要性。清创后即可进行血管重建。由于本组病例瘤体大、股动脉损伤严重,均不能行破裂口修补、损伤段切除端端吻合术,全部采用血管移植。其中 4 例采用人造血管,1 例不得已切取狭窄远端的股静脉移植,股静脉再移植健侧大隐静脉作端侧吻合再通,这样保证了股动脉重建的顺利实施,确保下肢的主干动脉供血,而术后观察无下肢肿胀、静脉曲张和下肢顽固性溃疡等下肢深静脉功能不全的临床表现。血管重建后,本组病例均存在股三角区组织缺损和血管外露问题。由于胸脐皮瓣切取面积大,供血血管腹壁下动脉解剖恒定,血管蒂长,可以带蒂逆行转移,是修复股三角区组织缺损的理想皮瓣^[6]。本组均以该皮瓣修复组织缺损,覆盖外露血管,使受区能顺利愈合。皮瓣转移技术为彻底清创、修复软组织缺损直至最后完成手术提供必要保证。但是,如果股动脉破裂口在腹壁下动脉发出点的上方,股动脉损伤段又必须切除,那就不是胸脐皮瓣带蒂逆行转移的适应证,而必需选择其它术式或组织瓣修复创面缺损。本组 5 例术后观察无伤口或人造血管感染,但由于长期吸毒的特定体质,伤口愈合都不同程度地延长。

4 参考文献

- 1 常光其,王深明,李晓曦,等.注射毒品所致假性股动脉瘤的外科治疗.中国实用外科杂志,2001,21(9):542-543
- 2 李成山,王秋根,王波,等.髂外动脉阻断救治股动脉深动脉及股静脉部份断裂成功 1 例.创伤外科杂志,2003,5(1):30
- 3 杨南生,唐桂阳,叶建华,等.四肢血管损伤的综合分析与处理.中华今日医学杂志,2004,4(6):1-2
- 4 Welch GH, Reid DB, Pollock JG. Infected false aneurysms in the groin of intravenous drug abusers. Br J Surg, 1990, 77(3): 330-333
- 5 Patel KR, Semel L, Clauss RH. Routine revascularization with resection of infection femoral pseudoaneurysms from substance abuse. J Vasc Surg, 1988, 8(3): 321-328
- 6 范启申,刘增智,钟世镇,等.胸脐皮瓣的解剖研究与临床应用.中华显微外科杂志,1987,10(3):129-131

(收稿 2005-06-16)