

闭塞性动脉硬化 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E9_97_AD_E5_A1_9E_E6_80_A7_E5_c22_305803.htm 名称闭塞性动脉硬化

所属科室心血管内科病因 本病是全身动脉粥样硬化的一部分，其病因与发病机理尚未完全阐明。涉及的因素很多，但目前已有充分资料说明，脂质代谢的紊乱、血流动力的改变、动脉壁的功能障碍以及凝血和纤溶系统的紊乱是其重要因素（参见quot.）。某些血管区域血流的应力、张力和压力的变化是本病发病的基础。在血管分枝或分叉的对角处所产生的湍流和涡流的持续性压力可导致内膜细胞损伤和增殖，故其节段性病变常出现于颈总动脉分出颈内动脉和主动脉分出髂动脉的分叉处；立位时，下半身血压较高可能是下肢受累多于上肢的原因。闭塞性动脉硬化多见于腹主动脉下端、髂动脉和股动脉，上肢动脉较少受累，偶而可发生在锁骨下动脉近端和尺动脉。有些老年人或伴有糖尿病的患者，病变可先发生在较小的动脉，如胫前和胫后动脉。病变后期动脉常扩张、变硬，呈条索状或不规则扭曲。动脉壁中的改变参见quot.。少数可导致动脉扩张，形成动脉瘤。患肢的缺血程度取决于动脉闭塞的部位、程度、范围、闭塞发生的速度，以及侧支循环建立的代偿程度。臂部动脉循环闭塞时，因为颈部、肩胛带和肘部的丰富侧支网可能足以防止缺血症状。臂部的症状通常由靠近主动脉弓的锁骨下动脉和头臂动脉的阻塞性病变所致。血管狭窄不到75%通常不影响肢体静息时的血流，血管狭窄quot.脑窃血综合征ge.2 . 67kPa（20mmHg）。患肢动脉如部分阻塞，则在狭窄动脉区可听到血管的收

缩期吹风样杂音，此时常指示管腔减少。充血膝征deg.F。此征指示有来自股深动脉的膝周侧枝循环。两下肢可同时受累，常伴有高血压、糖尿病或其他内脏如脑、心、肾、肠系膜等动脉粥样硬化的临床表现，浅表动脉如颞浅动脉多有扭曲现象。检查（一）一般检查包括血脂、血糖测定，心电图和运动试验检查等。（二）行走试验 令患者在规定时间内作一定速度的原地踏步，直到出现跛行症状为止。根据肌肉酸痛、疲惫及紧固感出现的部位及时间，可初步提示病变的部位及严重程度。（三）患肢抬高及下垂试验 在暖室中，把肢体抬高到水平位以上1~2分钟，以观察足底面的皮色。正常者足底仍保持粉红色；患肢侧支循环不足时，则足底呈苍白；假如运动后转为苍白，说明病变不太严重。然后令患肢下垂，观察足背静脉充盈时间及足部发红时间。正常人静脉充盈时间 $< 20s$ ，发红时间 $< 10s$ 。一般认为肢体发红时间在15s内不恢复为中度缺血，30秒内不恢复为明显缺血，60秒内不恢复者为重度缺血。（四）毛细血管充盈时间 正常时压迫甲床或趾跖侧（指掌侧）软组织后颜色立即恢复，假如颜色恢复 $> 2s$ 应考虑为有缺血。患肢颜色恢复时间显著延长。（五）超声血管检查 测压法：患肢踝/肱指数 < 1 ， < 0.4 提示患肢有明显缺血。如患肢症状典型，而足部血压接近臂部血压，则应在患肢运动后再测血压。正常人运动后约30秒内血压可略降低，随后上升至比运动前略高。但有动脉阻塞或狭窄者，患肢运动后血压降低，5分钟后才逐渐恢复到运动前水平。假如踝部收缩压在 $8kPa$ （ $60mmHg$ ）以下，提示该肢体有明显缺血；假如为 $4kPa$ （ $30mmHg$ ）以下，则为严重缺血，患肢将很快出现静息痛及肢端缺血性溃疡或坏疽。 彩色超

声多普勒检查：可直接检出血管的狭窄程度和动脉粥样样斑块的病变状况。

（六）阻抗性容积描记术 此法在鉴别正常、间歇性跛行与静息痛肢体时很有价值。尤其在下肢反应性充血期测定动脉血流量峰值〔ml / (s plusmn. 1. 6, 间歇性跛行者10. 5 plusmn. 0. 5)〕。

（七）经皮组织氧张力测定（PtcO₂） 此法是通过测定局部氧释放量来了解组织血液灌注情况。正常人PtCO₂值为8. 07 ~ 9. 95kPa（60. 7 plusmn. 4. 52mmHg）。

（八）X线检查

1. 患肢平片检查可发现动脉处有不规则的钙化斑，该处常提示为闭塞病变的部位。如动脉上看到有弥散而均匀的薄层钙化，或动脉边缘呈齿状钙化影，则提示为动脉中层钙化。踝部或足部摄片可能显示有骨质稀疏。对有溃疡或坏疽者可以确定有无骨萎缩、骨髓炎或关节破坏。
2. 动脉造影可了解患肢动脉的阻塞部位、范围和程度，以及侧支循环建立的情况。
3. 磁共振对颈动脉内膜斑块、腹腔较大动脉分支均能显像，非凡能识别夹层动脉瘤和移植血管的通畅度。

诊断 男性，50岁以上，有下肢或上肢慢性缺血症状且动脉搏动减弱或消失；伴有高血压、高血脂、糖尿病和（或）其他内脏如脑、心、肾等动脉粥样硬化的临床表现；X线片显示动脉壁内有斑片状钙化阴影者，均应怀疑本病的可能。动脉造影可以确诊。

鉴别诊断 本病尚需与其他慢性动脉闭塞性病变相鉴别，包括血栓闭塞性脉管炎、多发性大动脉炎和结节性多动脉炎等。

治疗（一）一般治疗 限制体力活动，卧床休息时应保持患肢低于水平面20deg.稍稍下垂的位置，并避免直接受热；戒烟（吸烟可导致血管痉挛）；应作有规律的运动：患者应在指导下行走，走到引起跛行痛的距离，然而停止行走并休息到症状缓解。然后，重新行走，运动

时间约为20~30分钟。通过锻炼可增加侧支循环，并使肌肉群功能增强；治疗高脂血症，控制糖尿病；保持患肢皮肤清洁、干燥和柔软，并防止其受冻和外伤；如患肢有感染或外伤应迅速处理。（二）血管扩张药 此类药物对本病是否有效尚有争论。在某种情况下，由于降低了动脉压和减少了侧支血流或使血流转向病变近侧的健康区域，而使远侧患肢部的灌注压降低，以致加重缺血性损害。必须应用时可参照quot.节中所述。近来提出口服己酮可可碱（Pentoxifylline），400mg每日3次，可延长患肢运动时间和增加红细胞变形能力，降低血粘度。（三）抗血小板聚集药 参照quot.节。（四）抗凝治疗 一般用于旁路术或PTA手术后，通常用华法林治疗，其用法和剂量参照quot.节。（五）血浆交换疗法 参见quot.。（六）手术治疗 鉴于病变具节段性，且多发于大、中型动脉，故约80%患者可作手术治疗。手术适用于伴有严重静息痛、症状呈进行性加剧，有产生溃疡或坏疽可能者。腰交感神经节切除术可作为一种辅助性手术治疗方法，以增加患肢皮肤血流，促进皮肤溃疡愈合。大多数采用人造血管或自体大隐静脉旁路移植术，或作动脉内膜剥脱术以疏通流向患肢的动脉血流。（七）介入治疗 主要适用于狭窄段相对较短和血管尚未完全阻塞者。方法主要有经皮球囊扩张血管成形术、经皮血管腔内旋切或旋磨术。介入治疗方法简便、病残率低、价廉、成功率高、可反复使用。被扩张的血管有良好的远期通畅率，但由于血栓形成、内膜和中层增生所致者1年内再狭窄率仍高达20%~30%。预防及预后 主要在于预防动脉粥样硬化（参见quot.）和避免应用收缩血管的药物。患肢应防止受冷，但不要烘热或晒太阳；不要两腿交叉而

坐，保持患肢皮肤清洁和干燥；及时剪去趾甲，但不要剪得太靠近皮肤；不要穿太紧的鞋、袜，更不能赤脚走路；及时治疗鸡眼和胼底，避免损伤，每周自我检查患足有无皲裂和伤口等，并及时局部用药治疗。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com