

2009年临床医师辅导：下肢动脉栓塞的诊断和鉴别临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/646/2021_2022_2009_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_646863.htm

一、诊断 凡有器质性心脏病、动脉粥样硬化，尤其是有心房纤颤或有动脉栓塞史的病人，如突然出现肢体疼痛伴急性动脉缺血表现和相应动脉搏动消失，也即具有“5P”征者，急性动脉栓塞的诊断基本成立。皮温降低的平面要比栓塞平面低一掌宽（如动脉栓塞）至一个关节（如股动脉栓塞），而肤色改变、感觉、运动障碍的平面常较栓塞部位低一至两个关节平面。临床上通常也较易判断栓塞的部位，如有双下肢剧烈疼痛和无脉病人，如腹主动脉远侧（相当于脐部）不能触到搏动，则腹主动脉骑跨栓塞的可能很大。一侧下肢剧痛，同侧髂股动脉搏动不可触及时常为同侧髂动脉栓塞。当髂动脉搏动良好而无股动脉搏动时则为股动脉栓塞。当股动脉搏动好而肢端无动脉搏动时则为动脉及其分支的栓塞。上肢可依此类推。多普勒（Doppler）血流仪可以判断栓塞的确切部位，因为在阻塞近侧可闻及较正常的血流音，而在其远侧血流音或讯号立即消失或明显减弱。新近经验表明由多普勒血流仪确定的栓塞部位与手术所见相符。照相也可用于栓塞定位。但上述方法不能明确栓塞远端动脉是否通畅、侧支循环状况和有否继发性血栓及其范围以及静脉回流情况。而选择性肢体动脉造影和连续摄片法的应用可充分了解上述情况，有条件时必须时可采用。当CPK和LDH明显升高时，提示可能已发生肌肉坏死。此外应通过仔细询问病史和全面的体格检查以明确动脉栓塞的病因。90%的病人有器质性心脏病和心律失常，少数病人由不

同部位的动脉瘤引起栓塞或在心脏换瓣术后发生。所以对栓塞病患者应仔细了解心血管系统情况，同时给予相应治疗，以降低手术死亡率。

二、鉴别诊断

诊断时需与下列疾病相鉴别。

(一) 动脉血栓形成 原有动脉病变的基础，如动脉硬化、动脉瘤、动脉外伤或做了动脉缝合、吻合、移植或造影术，然后继发血栓形成。它有下列特点： 有相应病史，如慢性缺血的症状，如肢体麻木、发凉和腓肠或股髁部间歇性跛行等； 肢体原有慢性缺血的体征，如毛发脱落，趾（指）甲增厚变形，股肉萎缩等； X线平片可能显示血管壁钙化或骨质稀疏； 常有其他部位动脉硬化的征象； 发病过程较栓塞为缓。一般当诊断有困难时应行动脉造影，因继发血栓形成病例，常不能以动脉取栓法使之治愈，而常需行血管旁路移植术。在动脉硬化基础上再发生栓塞时，病情更为复杂，处理时应从难准备。

(二) 急性髂股静脉血栓形成即股青肿，有时可与动脉栓塞相混淆。急性髂股静脉血栓形成时，动脉痉挛，血流滞缓，使患肢苍白或发紫、发凉、肢端脉弱。但缺血现象多在12h后改善：动脉搏动恢复，皮温升高。再者，患肢肿胀，沿深静脉行径可有触痛，浅静脉充盈等，显然与动脉栓塞不同。但病情不断加剧者也可致患肢坏疽。

(三) 其他

1. 动脉受压综合征 (popliteal entrapment syndrome) 有慢性病史，多发生在年轻时 (20 ~ 40岁)。
2. 麦角中毒 可表现为急性动脉缺血，有服药史，以硝普钠治疗有效。
3. 休克和低心输出量 病人肢端可发紫、发凉，当周身病变改善后病情自然好转。
4. 动脉外压性病变 如急剧增大的腋动脉假性动脉瘤引起上肢缺血和髌上骨折引起下肢缺血。

5.创伤与手术 涉及患肢的创伤和手术等因素引起的动脉痉挛等。更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师技能加入收藏相关推荐：2009年临床医师辅导：肾动脉狭窄的治疗方法 2009年临床医师辅导：多发性大动脉炎的诊断 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