维普资讯 http://www.cqvip.com

短篇报道 文章编号:0253-3626(2007)05-0546-01

急性下腔静脉损伤合并深静脉血栓形成 1 例

何 阳,赵 渝,张 利,王学虎

(重庆医科大学附属第一医院血管外科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R656 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-01-08

腹腔内多脏器损伤合并下腔静脉损伤,因病情重、处理复杂、难度大、病死率高,死亡率可达 33%~67%。若下腔静脉损伤未一期修复,术后易并发深静脉血栓形成。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者,男,49 岁,因高处坠落伤于当地医院行急诊剖腹探查,术中探查见十二指肠水平段下方下腔静脉破裂致腹膜后巨大血肿,同时合并脾脏破裂、空肠上段横行断裂。下腔静脉破裂口长 8cm,其中约 3cm 破裂成细条状,术中患者收缩压多低于 40mmHg,遂行下腔静脉缝扎止血、脾切除、空肠切除吻合术。术中失血约 3000ml。术后 12 天,患者突发右下肢明显肿胀、胀痛,无放射性疼痛,考虑深静脉血栓形成,于次日急诊转来我院。彩超示:下腔静脉中段及下段、双侧髂总静脉、右侧髂外静脉、股总静脉、股深静脉、腘静脉被实性等回声完全充填(血栓形成)。诊断:剖腹探查术后深静脉血栓形成。

1.2 治疗经过

入院后急查凝血象示正常,于患肢踝部扎止血带,从足背静脉缓推 20 万 U 尿激酶,继以 50 万 U 尿激酶溶于 250ml 5%G.S 中用微量泵泵入,维持 24h。次日,在局麻下行患肢股静脉穿刺置管术,成功穿刺股静脉后见有血凝块从穿刺针尾部流出,往近心端导入深静脉导管约 18cm,将尿激酶改由股静脉导管泵入,并皮下注射低分子肝素钠 0.4ml bid 抗凝。使用尿激酶期间,监测凝血象。入院后第四天,患肢肿胀显著消退,停用尿激酶,改用蕲蛇酶 1.5U/d 加入 250ml 5%G.S 中从股静脉导管输入,维持 3h 以上。定期复查凝血象,基本在正常范围。用药时间共两周,患者右下肢肿胀完全消退,用药结束后行 ECT 检查,示:下腔静脉及左髂总静脉上段阻塞,右髂总、髂内外、股、腘静脉未见阻塞。

2 讨 论

下腔静脉损伤出血量大,病人早期即处于休克状态,常合并多发伤及复合伤,处理稍不及时可危及生命,应遵照"边救治边诊断"的原则进行救治[1]。肾静脉多于十二指肠降段乳头处汇入下腔静脉,此例患者下腔静脉损伤位于十二指肠水平段下方,属于肾下腔静脉损伤,在紧急情况下,可以予以单纯结扎[2],通常不会导致下肢及盆腔的血液回流障碍。但是结扎下腔静脉改变了下肢及盆腔的血流动力学状态,造成静脉回流缓慢,同时术后病人卧床,运动减少,容易诱发深静脉血栓形成。故术后宜大量扩容,下肢适当抬高甚至扎弹力绷带一周以避免下肢静脉血流淤滞,防止下肢深静脉血栓形成。对于急性的大静脉损伤,在挽救生命的前提下,应及早进行血管的修复重建[3,4]。本例患者入院时已错过血管修复的最佳时期,根据病人当时情况,为抢救患者生命,采取了下腔静脉缝扎止血手术。术后未出现双下肢或盆腔血液回流障碍表现,说明侧支循环已代偿了静脉回流,提示紧急状态下,可不强求下腔静脉修复重建,应根据具体病情做相应措施。在深静脉血栓形成后,手术并不是抗凝、溶栓的绝对禁忌,而是应该根据患者具体情况选择恰当的治疗方式。对于此种新鲜血栓形成,较好的溶栓药物仍为尿激酶,采用小剂量尿激酶从局部直接持续泵入,全身用药剂量减少,而局部药物浓度增大,增强了溶栓效力。有新鲜血栓形成的股静脉并非穿刺置管禁忌,这种情况下,同样在腹股沟股动脉搏动最强处内侧穿刺,仅用穿刺针,不带注射器回抽,进入静脉管腔后不再有回血,而是有血凝块从针尾流出,提示穿刺成功。尿激酶对于新鲜血栓特别是 3 天以内效果较好,时间太长则疗效下降,其总量控制在 500 万 U 以内相对安全。蕲蛇酶作为一种蛇酶制剂,具有温和而持久的溶栓作用及微弱的抗凝作用,几乎无出血风险,适合于急性期以后的血栓后

作者介绍:何 阳(1982-),女,硕士生,
主要研究方向:血管外科基础与临床。

(下转第 550 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

[4] Uysal E,Yanbuloglu B, Erturk M,et al.Spiral CT angiography in diagnosis of cerebral aneurysms of cases with acute subarachnoid hemorrhage[J].Diagn Interv Radiol,2005;11(2):77-82.

[5] Teksam M,McKinney A,Cakir B,et al.Multi-slice CT angiography of small cerebral aneurysms:is the direction of aneurysm important in diagnosis[J].Eur J Radiol,2005;53(3):454-462.

[6] Tan CL,Li DT,Shen SB.Detection of brain vascular diseases with CT angiography[J].Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao,2001;26(5):460-462.

[7] Yoon DY,Choi CS,Kim KH, et al. Multidetector -row CT angiography of cerebral vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: comparison of volume -rendered images and digital subtraction angiography[J].AJNR Am J Neuroradiol,2006;27(2):370-377.

[8] Otawara Y,Ogasawara K,Ogawa A,et al.Evaluation of vasospasm after subarachnoid hemorrhage by use of multislice computed tomographic angiography[J].Neurosurgery,2002;51(4):939-943.

[9] Pechlivanis I,Schmieder K,Scholz M,et al.3 -Dimensional computed tomographic angiography for use of surgery planning in patients with intracranial aneurysms[J].Acta Neurochir (Wien),2005;147(10):1045-1053.

[10] Ishida F,Ogawa H,Simizu T,et al.Visualizing the dynamics of cerebral aneurysms with four -dimensional computed tomographic angiography[J].Neurosurgery,2005;57(3):460-471.

[11] van der Schaaf IC,Velthuis BK,Wermer MJ,et al.New detected aneurysms on follow-up screening in patients with previously clipped intracranial aneurysms:comparison with DSA or CTA at the time of SAH[J].Stroke,2005;36(8):1753-1758.

[12] Dehdashti AR,Binaghi S,Uske A,et al.Comparison of multislice computerized tomography angiography and digital subtraction angiography in the postoperative evaluation of patients with clipped aneurysms[J].J Neurosurg,2006;104(3):395-403.

[13] Kadri S,Brunel H, Bourbotte G,et al.Can multislice helical computed tomography replace conventional angiography in the diagnosis of non traumatic subarachnoid hemorrhage[J].J Neuroradiol, 2006;33(1):45-50.

[14] Sagara Y,Kiyosue H,Hori Y,et al.,Mori H.Limitations of three-dimensional reconstructed computerized tomography angiography after clip placement for intracranial aneurysms[J].J Neurosurg, 2005;103(4):656-661.

[15] Tipper G,U-King-Im JM,Price SJ,et al.Detection and evaluation of intracranial aneurysms with 16-row multislice CT angiography[J].Clin Radiol,2005;60(5):565-572.

(上接第 546 页)

续治疗,疗程 7~14 天。总的说来,急性肾下段下腔静脉损伤在挽救生命时可予结扎,术后须防止下肢深静脉血栓形成,可适当抗凝以预防其发生,若发生下肢深静脉血栓形成,则宜早期局部溶栓,可达到良好的治疗效果。

参 考 文 献

[1] 肖丹宇,钱国胜,鲍雪彪.腹部锐器伤伴下腔静脉损伤的救治体会(附 5 例报告)[J].创伤外科杂志,2003;5(6):454.

[2] 石美鑫,吴肇光,主编.血管外科手术图谱[M].济南:山东科学技术出版社,1997.533.

[3] 段志泉,张 强,主编.实用血管外科学[M].辽宁科学技术出版社,1999.231.

[4] 董茂胜,梁发启,宋少柏,等.腹膜后肿瘤手术并下腔静脉及肾静脉切除与重建[J].中华外科杂志,1998;36,23-24.