维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)05-0750-02

滤器置入加手术治疗下肢深静脉血栓的临床研究

刘洪芬,陈周碧,刘建辉

(重庆医科大学附属第二医院普外科,重庆 400010)

【摘 要】目的:为观察滤器置入加手术治疗下肢深静脉血栓患者围手术期的效果。方法:观察 43 例患者术后凝血象和肢体肿胀消退情况;对凝血功能异常和肢体肿胀消退不明显的患者早期进行临床干预。结果:临床干预后患肢肿胀消退不明显 1 例,凝血功能异常 2 例。结论:滤器置入加手术治疗的观察和临床干预能减少并发症,提高治愈率。

【关键词】深静脉血栓;滤器置入;临床研究

【中国图书分类法分类号】R543.6 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-04-25

Clinic study of deep venous thrombosis patients treating by filter implantation and operation

LIU Hongfen, et al

(*Department of surgery, the Second Affiliated Hospital, Chongqing medical university*)

【Abstract】*Objective*: To observe the effects of deep venous thrombosis patients treating by filter implantation and operation *Methods*: After filter implantation and operation, the coagulan and lim swelling of 43 case patients were observed, and limb swelling was observed by perimeter of limb. Clinic intervention was adopted to the patients of coagulant function abnormality or less regression of limb swelling *Results*: After Clinic intervention, 1 patient had less regression and 2 patients had coagulant function abnormality. *Conclusions*: By observation of peri-operation and Clinic intervention, the complication can decreased and healing race be increased for the patients treated by filter implantation and operation.

【Key Words】Deep venous thrombosis; Filter implantation; Clinic study

下肢深静脉血栓形成是血管外科的常见病,栓子脱落肺栓塞的死亡率和致残率高。国外报道急性肺栓塞致死率高达 25%~50%,而 90%的患者源于四肢深静脉的栓子脱落,尤其是位于下肢深静脉的血栓形成[1]。因此,预防深静脉血栓形成后致死性肺栓塞日益受到重视。下腔静脉滤器置入加手术治疗能有效预防深静脉血栓形成后致死性肺栓塞的发生。我科 2003 年 11 月至 2005 年 9 月,在数字减影血管造影(DSA)下行下腔静脉滤器置入,应用美国超声消融系统治疗下肢深静脉血栓 43 例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例 43 例,男 29 例,女 14 例。左下肢 25 例,右下肢 18 例。年龄 28~82 岁,平均 53.23 岁。病程 2 周以内 26 例,2 周至 3 个月以内 17 例,血栓部位:髂、股静脉血栓 15 例,髂、股、国静脉血栓 17 例,股、国静脉血栓 11 例。主要症状:整条肢体不同程度肿胀,疼痛,张力高,活动受限或活动后加重。甚至股青肿,肢体缺血。肢体周径比健侧增粗 6~13cm。

1.2 治疗方法

患者局麻或硬麻后,在 DSA 监测下造影确定病变情况,先放置下腔静脉滤器以防止肺栓塞的发生。2 周以内的血栓行 Fogarty 导管取栓,2 周以上的血栓行超声消融打通流出道后再行 Fogarty 导管取栓,若有右侧髂动脉压迫左侧髂静脉造成狭窄,需行球囊扩张、支架置入以保证流出道通畅,股静脉出口疏通后加补片扩大管腔[2]。术后将肝素 125000μ 溶于 0.9%生理盐水 50ml 中,经溶栓导管以 2.1ml/(L·h)的速度 24h 泵入;尿激酶 30 万 μ 和疏血通 4 支分别溶于 0.9%生理盐水 50ml 中,由足背静脉留置针以 4.2ml/L/h 的速度泵入,各维持 12h,持续 7 天。同时服用华法林及肠溶阿斯匹林半年。滤器永久放置在体内。

1.3 结果

本组病例术后肿胀和疼痛明显减轻甚至消失,局部张力

作者介绍:刘洪芬(1964-),女,主管护师,主要研究方向:外科护理。

维普资讯 http://www.cqvip.com

及活动基本恢复正常，股青肿和肢体缺血明显改善。发生导管滑脱、导管败血症致提前拔管各 1 例，药液外渗 5 例，凝血块阻塞微量泵空针 2 例，泵管连接不当 1 例，凝血功能异常 2 例。对 17 例肢体周径比健侧增粗 5 cm 以上患者，加用四肢循环泵进行护理干预。应用 SPS11.0 软件 χ^2 检验对结果进行统计学处理，结果见表 1。

表 1　护理干预前后肢体周径变化

组别	例数	肢体周径比健侧增粗（cm）			
		<2	2~3	3~4	>5
干预前	43	11	8	7	17
干预后	43	25	11	6	1

2　护　理

2.1　心理护理

治疗前应向患者及家属说明治疗方法、效果、并发症、可能出现的问题以及配合等。以取得家属理解，使患者情绪稳定配合插管，因反复插管可加重血管内膜损伤、血管痉挛[3]，或新的血栓形成。本组病例配合良好，插管顺利。

2.2　术前准备

常规术前检查、药物试验及皮肤准备。同时准备导管、导丝、导管鞘、穿刺针、造影剂、肝素、利多卡因、生理盐水、监护仪、50ml 注射器、抢救物品与药物。

2.3　溶栓治疗与制动

每日上下午定时测量双下肢小腿和和大腿中部周径，观察下肢肿胀变化和疼痛程度，观察患者有无胸痛、咯血、呼吸困难等肺栓塞症状。限制患者下床活动，协助患者床上自理生活；禁止挤压、按摩患肢，因患肢活动、受挤压，药物溶栓过程均可发生血栓脱落引起肺栓塞[4]。本组 1 例肺栓塞患者治愈出院。

2.3　术后护理干预

在观察生命体征和治疗效果的同时做好以下护理措施。

监测凝血功能 溶栓治疗、血液肝素化和穿刺处压迫不良等可致出血和凝血象异常，因此应每日监测凝血象变化，并观察患者有无血尿、咳血、齿龈出血、皮肤粘膜出血[2]，以及穿刺点、切口和留置导管内有无活动性出血、皮下血肿等情况[4]。其中血尿、齿龈出血最早出现[2]。若凝血酶元时间延长 1 倍，纤维蛋白原低于 1g 或有出血倾向者暂停给药。本组 2 例肝素用量过大，凝血酶元时间延长 35s，纤维蛋白原低于 1g，经提前拔管、减少用药量后恢复正常。

留置导管的护理：

溶栓导管有发生滑脱、移位、导管败血症的可能。术后患肢伸直位髋部制动，监测体温和血图分析情况；若体温和血图分析异常提示有导管败血症。本组因导管滑脱、导管败血症致提前拔管各 1 例。

足背静脉留置针有发生静脉炎和药液外渗的可能。若发现局部有红肿、硬结、灼热或肿胀，提示有静脉炎和药液外渗，应更换注射部位。本组发生药液外渗 5 例，无留置针静脉炎发生。

微量泵应用过程中有泵管被凝血块阻塞、连接不当或脱落的可能。若发现泵管空针内液体无变化或管道内有血液回流或凝血块提示有泵管阻塞、连接不当或脱落，应排出凝血块，检查泵管连接情况或更换泵管。本组发生凝血块阻塞微量泵空针 2 例，泵管连接不当 1 例，经上述处理未造成不良后果。

预防血栓再形成 与术后卧床、手术创伤、留置导管、介入插管损伤血管等有关。术后应鼓励患者抬高患肢 30~45°，早期进行双下肢主被动活动，膝、踝、趾关节伸曲活动，肌肉收缩活动，以促进血液回流，每次 5~10min/ 次，2~3h/ 次。同时每日饮水 1500ml 以上[1]。观察血栓再形成指征如小腿腓肠肌压痛及活动功能等，本组患者无血栓再形成。

四肢循环泵的应用 通过上下午定时测量肢体周径了解肢体肿胀消退情况，对两腿周径相差 5cm 以上的患者应用四肢循环泵进行护理干预。治疗仪在小腿腓肠肌部位有 2 个气囊，在大腿部有 1 个气囊，从远侧气囊开始向近侧气囊顺序充气，近侧气囊内的压力低于远侧气囊，各气囊顺序充气 11s 后，将气体全部排除，并持续 60s，然后做底 2 轮充气压迫患肢，压力以患者能耐受为宜，每次治疗 20~30min。本组术后 17 例患者经过上述护理干预后 16 例肢体肿胀消退明显，1 例住院治疗 25 天无效，可能与患肢淋巴水肿有关。

出院指导 嘱患者坚持穿压力袜 3 月，服用华法令和肠溶阿斯匹林 6 个月，并禁止患肢负重，避免剧烈运动、久站、久坐和双膝交叉过久，休息时抬高患肢，服用抗凝剂期间，每周查凝血像。若患肢肿胀、疼痛或凝血像异常、血尿、齿龈出血立即来院治疗。

（下转第 772 页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

[3] 温家宝总理在渝考察纪实，新华网，新闻中心，滚动新闻 http://news.xinhuanet.com/newscenter/2006-04/24/content_4468739.htm.
[4] 刘晓波，刘雁飞，祁国明.推广卫生适宜技术，促进农村卫生事业发展[J].中华医学科研管理杂志，17(3)：政策研讨.
[5] 王宇明，郭金玲，高三友，等.河南农村卫生适宜技术推广示范初步思考[J].河南医学研究，2005；14(4).

（上接第 751 页）

3 讨 论

超声消融系统的作用原理：利用低频高能的超声波对组织产生的机械性破碎作用和空穴作用[4]来达到打通血管的目的。

先将下腔静脉滤器放置于腔静脉内，可有效阻止血栓随血液循环到肺静脉，防止肺栓塞的发生。

静脉内导管留置直接将溶栓药物泵入血栓内，为患者建立了一条病变血管直接给药的通道，增大了局部药物浓度，并可实现持续给药、增强超声消融效果、防止消融后血栓再形成和减少全身药物用量，减少出血并发症的目的[5]。

四肢循环泵的作用原理：通过间断气囊压迫肢体，阻止深静脉扩张，防止足和股部的静脉血流滞缓，促使血液回流，减轻肢体肿胀。

总之，静脉滤器置入加手术治疗能有效防止肺栓塞，明显改善肢体缺血肿胀和股青肿，减轻局部张力缓解疼痛，能减少药物用量和并发症；但有凝血象异常、肢体肿胀和血栓再形成的危险。应注意观察，保持留置导管功能良好，早期应用四肢循环泵进行护理干预，以减轻肢体肿胀。四肢循环泵能减轻肢体肿胀。其远期效果如血栓再形成等有待于进一步研究随访。

参 考 文 献

[1] Pineo GF，Hull RD.Prevention and treatment of venous thrombolisms [J]. Drugs.1996；52(1)：71.
[2] 孙建明，陈以宽，朱仕钦.超声消融治疗动脉硬化症疗效观察[J].临床超声医学杂志，2004；6(3)：139-141.
[3] 刘碧波，李凤英，文志广，等.介入性动脉内留置导管治疗慢性骨髓炎的观察与护理 21 例 [J].实用护理杂，2003；19(12)：19-20.
[4] 张精勇，吴学君，金 星，等.超声引导下置管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成[J].临床外科杂志，2004；12(3)：190-191.
[5] 徐 冬，许海燕，姜 宏，等.超声消融术治疗外周动脉完全闭塞性病变的护理配合[J].解放军护理杂志，2003；20(10)：54-55.

（上接第 757 页）

[2] Ohta y，Oda m，Sunezuka Y，et al Results of recent therapy for non-small-cell lung cancer with brain metastasis as the initial relapse[J]. Am J Clin Oncol，2002；25(5)：476-479.
[3] Park YG，Chol JY，Chang JW，et al Gamma knife radiosurgery for metastatic brain tumors[J].Stereotact Funct Neurosurgery，2001；76(3-4)：201-203.
[4] 周宗政，王绿化，吕纪马，等. 全脑照射加 Vm-26 治疗肺癌脑转移的 1 期临床试验[J].中华放射肿瘤学杂志，2003；12(4)：228-229.
[5] Westphal M，Heese O，de Wit M.Intracranial metastases thera-peutic options [J].Ann Oncol，2003；14(suppl 3)：4-10.
[6] Taimur S，Edelman MJ.Treatment options for brain metastases in patients with non-small cell lung cancer[J].Curr Treat Options Oncol，2003；4(1)：89-95.

（上接第 762 页）

3 讨 论

两种术式术中情况比较，手术时间术中估计出血量，新生儿窒息，二种术式间差异无显著性（$P>0.05$）。但胎儿娩出时间上子宫下段剖宫产明显优于腹膜外剖宫产。

术后排气时间，腹膜外剖宫产组明显优于子宫下段剖宫产，术后最高体温两组无明显差异，但胎膜外剖宫产组有 8 例临床表现感染者，但腹膜外剖宫产膀胱侧窝炎发生率明显高于子宫下段剖宫产。

从上资料中提示：腹膜外剖宫产及子宫下段剖宫产各有利弊，两者不能替代，子宫下段剖宫产是应用最广的剖宫产术式，切口位于子宫下段，易于用腹膜反折，遮盖，只要腹膜清洗干净，可起到一定预防腹膜感染和粘连的作用 [3] 但在开腹术中通过干扰相对较多，术后恢复时间长，术后腹膜粘连机会多。腹膜外剖宫产不进入腹腔，不干扰排腹腔脏器的功能，术后不禁食，全身反应少，恢复快，宫腔内感染不易波及腹腔，不引起肠麻痹和粘连，但进入宫腔取出胎儿较子宫下段剖宫产慢，下段显露不够宽敞，娩出胎儿相对困难，术中无法探测附件及子宫情况，同时易发生膀胱侧窝炎，所以，我们认为，两种途径剖宫产各种优劣，在选择术式时，应综合考虑产妇情况，胎儿状况和术者技能经验而定，选择最适合的手术途径，不可偏颇。

参 考 文 献

[1] 凌萝达，顾奎礼.难产[M].重庆出版社，268-274.