

个案与短篇

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2013.02.027

可回收腔静脉滤器在溶栓导管治疗下肢深静脉血栓中 预防肺动脉栓塞的临床研究

尹存平, 陈翠菊, 郭曙光, 周兴立, 苏宏斌, 段丽红, 谢登波, 傅艳霞

(成都军区昆明总医院血管外科, 昆明 650032)

【中国图书分类法分类号】R654.3

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-06-23

下肢深静脉血栓(deep venous thrombosis, DVT)形成作为血管外科常见病,发病率逐年升高,引起的肺动脉栓塞(pulmonary embolism, PE)是造成患者猝死的主要原因。下腔静脉滤器(inferior vena cava filter, IVCF)可降低 PE 的发生和预防致死性 PE,其中近年可回收性 IVCF 的有效性及安全性得到证实并有了很大发展。在下肢 DVT 形成的治疗中,溶栓导管作为一种新的介入治疗手段,在临床治疗中显示出良好的疗效和安全性^[1-2]。

本研究在 2009 年 8 月-2011 年 12 月间在 68 例溶栓导管治疗下肢 DVT 患者中应用国产 Aegisy 可回收 IVCF 预防 PE,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

下肢 DVT 患者 68 例,男性 39 例,女性 29 例;年龄 20~79 岁。发病时间 3~11 d,均为急性或亚急性 DVT 患者,由彩色多普勒超声予以确诊,其中,左下肢全肢型 DVT 56 例,左下肢周围型 DVT 5 例,左下肢中心型 DVT 2 例,右下肢全肢型 DVT 3 例,右下肢周围型 DVT 2 例。发病前有妇科或盆腔手术史 11 例,下肢骨折手术史 7 例,下肢外伤史 10 例,妊娠及怀孕 4 例,糖尿病 1 例,久坐或卧床 3 例,无明显诱因 32 例。

1.2 方法

1.2.1 手术 ①急性和亚急性期下肢 DVT 患者在数字减影血管造影技术(digital subtraction angiography, DSA)下,先经健侧肢体行股静脉 Seldinger 穿刺,置入鞘管、导管导丝行下腔静脉造影,如无异常,置入国产 Aegisy 可回收 IVCF。②局部麻醉下,内踝处做小切口经胫后静脉置入溶栓导管,导管顶端需超过血栓近心端,手术中根据血栓病变范围来选择溶栓导管的有效侧孔长度。

1.2.2 抗凝溶栓治疗 本组病例采用导管末端连接微量泵,间断应用尿激酶溶栓,持续肝素钠泵入的方法。其中:尿激酶 300 000 U 在 1 h 推注完毕进行溶栓治疗,间隔 12 h 应用 1 次。肝素钠先以 1 000 U/h 持续泵入抗凝治疗,同时监测凝血机制,本组病例凝血机制:凝血酶时间控制在 18~30 s,活化部分凝血酶时间控制在 60~100 s,纤维蛋白原不低于 1.5 g/L,据此来调整肝素钠泵入速度。

查体观察有无出血表现及肢体肿胀变化。持续抗凝溶栓 72 h 后,行静脉造影,根据术中血栓溶解情况调整溶栓导管位置,如有髂静脉狭窄,则行球囊扩张或支架置入后再进行抗凝溶栓,溶栓效果满意则拔除溶栓导管。导管拔除后继续口服华法令维持抗凝治疗。

1.2.3 IVCF 的取出 在无 IVCF 取出禁忌时,均行 IVCF 取出术,取出时间一般在置入后 12~14 d^[3]。方法:在 DSA 下,先经健侧肢体行股静脉 Seldinger 法穿刺,行下腔静脉造影,如下腔静脉通畅,则回收 IVCF,观察滤器表面有无捕捉到血栓及血栓性状。

2 结果

2.1 临床效果满意

治疗后,患者肢体肿胀、疼痛症状明显缓解,治疗中未出现出血,PE 等并发症。溶栓导管置入时间为 5~7 d。

2.2 所有患者均行 IVCF 取出术

66 例成功取出,2 例因滤器贴壁而未能取出,滤器取出成功率 97.06%;未发生 Aegisy IVCF 的阻塞、滤器移位、滤器折断和滤器支脚穿透血管壁等并发症的发生。

在取出 IVCF 中,22 例中可见 0.1 cm × 0.2 cm~1.0 cm × 1.5 cm 1 个或多个陈旧性或混合型栓子,栓子捕获率 32.36%。7 例中(10.29%)可见滤器表面有絮状血栓。37 例中 IVCF 表面无血栓形成。其中 5 例右下肢 DVT 患者中,取出滤器 4 例,表面有陈旧性或混合型栓子 2 例,达到 50%。

3 讨论

下肢 DVT 形成已成为继冠心病和脑血管病之后第 3 大血管性疾病且其发病率日益增高^[4]。PE 是 DVT 患者最常见的致死原因。90% 以上的肺动脉血栓栓子来源于 DVT, DVT 是导致 PE 的最主要原因,如能有效防止 DVT 脱落进入肺动脉,即可预防绝大多数 PE 的发生^[5]。

IVCF 可以有效预防 DVT 所致 PE,近年来相关研究发展较快其适应证及相关并发症也越来越受到重视,经临床广泛应用证实,IVCF 可降低 PE 的发生率已得到公认,并且放置滤器的目的不仅是预防 PE,更为治疗 DVT 建立了安全保障。随着科技的进步及医疗器械的发展,可回收型 IVCF 得到研制并进行临床应用。可回收型 IVCF 作为新型 IVCF,其形态与以往的滤器相似,不同的是:若病情稳定即可取出,能够达到预防 PE 且减少永久性 IVCF 带来的一系列并发症的

作者介绍:尹存平, Email: ycp663672@sohu.com,

研究方向:血管外科学。

通信作者:陈翠菊, Email: 43vascular@gmail.com。

个案与短篇

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2013.02.028

一种新的经口入路茎突截短术——扁桃体上极切开复位术

杨长东, 金德斌, 白文忠, 田晓斌, 李 智, 张 娜, 杨 雷, 张立红, 付志强

(河北省秦皇岛市第一医院耳鼻咽喉头颈外科, 秦皇岛 066000)

【中国图书分类法分类号】R766.2+1

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-03-10

茎突综合征也称 Eagle 综合征, 是因茎突过长或其方位、形态异常刺激邻近血管神经而引起的咽部异物感、咽痛或反射性耳痛、头颈部痛和涎液增多等症状的总称。常规治疗茎突综合征是经口内径路切除扁桃体后行茎突截短术。我院于 2008 年 10 月-2011 年 10 月收治茎突综合征 14 例, 其中 5 例采用“经口入路茎突截短术——扁桃体上极切开复位术”(以下简称“新方法”)的方法, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集我院于 2008 年 10 月-2011 年 10 月收治茎突综合征 14 例中 5 例采用“新方法”患者的临床资料, 其中男性 2 例, 女性 3 例, 年龄 20~45 岁, 病史 3 月~3 年, 均为单侧发

病, 右侧者 2 例, 左侧者 3 例。5 例患者均符合张庆泉和迟作强^[1]提出的诊断标准, 主要症状为咽痛、吞咽时加重并向耳部或顶部放射。检查所见: 所有患者咽部黏膜充血不明显, 扁桃腺 I°3 例, II°2 例, 无炎症表现。咽部触诊可以在扁桃腺位置触到硬性隆起的 3 例, 2 例不能明确触及硬性隆起。茎突 CT 三维重建, 长度 24~47 mm, 2 例提示茎突过长不连续, 但该侧无症状。

1.2 手术方法

5 例病人全部在全麻下手术。术前清洁口腔, 全麻后暴露侧扁桃腺, 口腔内用 1:1 碘伏盐水、盐水冲洗, 采用剥离法, 先分离扁桃腺头部, 沿前弓顺扁桃腺被膜切至根部, 形成一带在扁桃腺根-后弓部的扁桃腺瓣, 将扁桃腺瓣翻向咽部, 暴露扁桃腺窝, 用手指在扁桃腺窝内探摸茎突尖部, 在手指引导下血管钳于茎突尖部钝性分离并暴露尖部, 电刀小心切开尖部茎突骨膜, 用小号腺样体刮匙套入茎突尖部顺势将茎突尽量分离至根部(图 1), 咬骨钳于根部咬断茎突并取出茎突, 检查无活动出血后扁桃腺窝内用可吸收线缝合 1、2 针, 再次检查无活动出血后用可吸收线将扁桃腺原位缝合(图 2),

作者介绍: 杨长东, Email: changdongyang@sina.com,

研究方向: 耳鼻咽喉头颈外科临床诊断与治疗。

目的; 如病情需要可以永远留在体内^[6-7]。

下肢 DVT 形成的治疗, 目前较常见的是抗凝、溶栓, 取栓, 导管溶栓等。在急性及亚急性期下肢 DVT 主张积极手术治疗。本组研究中在应用溶栓导管治疗下肢 DVT 患者前, 使用国产 Aegisy 可回收 IVCF 进行 PE 的预防, 以保证手术的安全。本组术后的统计中栓子捕获率达到 32.36%, 说明在溶栓导管治疗下肢 DVT 时血栓脱落几率较高, 很有必要置入 IVCF 进行 PE 的预防。另外在对右下肢 DVT 的统计中, 栓子捕获率达到 50%, 但样本量较小, 尚需要进一步的临床研究。

IVCF 长久留置体内后, IVCF 的阻塞、移位、折断和滤器支脚穿透血管壁等并发症的发生率会明显升高。认为如无禁忌证, 在病程进入 DVT 慢性期, PE 发生率显著降低时, 宜将滤器取出。在本组研究中所有患者均进行腔静脉滤器回收, 滤器回收率达到 97.06%; 7 例(10.29%)腔静脉滤器表面发现絮状栓子, 说明如滤器长久留置, 形成较大血栓的危险性增大。

滤器未取出原因多见于滤器附壁, 滤器处血栓形成, 下腔静脉血栓形成, 穿刺入路 DVT 形成。本组未成功取出 2 例, 均为滤器附壁, 因此释放中应注意保持滤器的稳定, 尽量不要偏斜, 以免使滤器尾端套钩附壁而回收困难或回收失败, 另外术后一定要正规抗凝溶栓治疗, 避免滤器处形成血栓。

因此认为, 在应用溶栓导管进行下肢 DVT 的治疗中, 有必要置入腔静脉滤器预防 PE。Aegisy 可回收 IVCF 具有回收率高、并发症少, 可以有效地预防 PE 的发生, 而且还兼有永久性和非永久性的特性, 其具有短时间内起到预防 PE 的作用, 并且在 PE 发生的高风险期度过后可回收取出, 避免了腔静脉内血栓形成等并发症的发生, 可回收型 IVCF 是今后

IVCF 的发展方向。

参 考 文 献

- [1] Minichiello T. Catheter-directed thrombolysis reduced the post-thrombotic syndrome in acute iliofemoral DVT[J]. Ann Intern Med, 2012, 156(12): JC6-6.
- [2] Imberti D, Maraldi C, Gallerani M. Interventional approaches in VTE treatment (vena cava filters, catheter-guided thrombolysis, thrombectomy)[J]. Semin Respir Crit Care Med, 2012, 33(2): 176-185.
- [3] 周兴立, 陈翠菊, 郭曙光, 等. 可回收腔静脉滤器取出时机的选择[J]. 西南军医, 2009, 11(1): 62-63.
- [4] Zhou X L, Chen C J, Guo S G, et al. Choice of time when pulling out recyclable vena cava filter[J]. Journal of Military Surgeon in Southwest China, 2009, 11(1): 62-63.
- [5] Tsai A W, Cushman M, Rosamond W D, et al. Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism incidence: the longitudinal investigation of thromboembolism etiology[J]. Arch Intern Med, 2002, 162(10): 1182-1189.
- [6] Girard P, Tardy B, Deeousus H. Inferior vena cava interruption: how and when?[J]. Annu Rev Med, 2000, 51: 1-15.
- [7] Van Ha T G, Chien A S, Funaki B S, et al. Use of retrievable compared to permanent inferior vena cava filters: a single institution experience[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2008, 31(2): 308-315.
- [8] Kim H S, Young M J, Narayan A K, et al. A comparison of clinical outcomes with retrievable and permanent inferior vena cava filters[J]. J Vase Interv Radiol, 2008, 19(3): 393-399.

(责任编辑: 关蕴良)