

经患侧足背静脉推注尿激酶 治疗下肢深静脉血栓形成

李国均 祖茂衡 徐 浩 顾玉明 张庆桥 魏 宁

摘要:目的:介绍经患侧足背静脉推注尿激酶治疗下肢深静脉血栓形成的方法。资料与方法:26例(27例侧肢体)经ECT或下肢深静脉造影证实的下肢深静脉血栓形成病人,经患侧足背静脉推注10~20万单位尿激酶,1~2次/日,7天为一疗程。结果:27侧下肢深静脉血栓形成肢体中治愈17侧,占63%;好转8侧,占30%;无效2侧占7%;未发生全身出血;1例发生亚肺段性肺栓塞。结论:经患侧足背静脉推注尿激酶治疗下肢深静脉血栓形成是一种安全可靠的治疗方法。

关键词:深静脉 血栓形成 尿激酶

The Treatment in Phlebothrombosis of Leg by UK Infusion through Dorsal Veins of Ipsilateral Foot.

Li Guojun Zu Maoheng Xu Hao et al.

Department of Interventional Radiology First Affiliated Hospital

Xu Zhou Medical College 221002

ABSTRACT: Purpose: Introduce the way of the treatment of deep venous thrombosis of leg. Materials and Methods: 26 patients (27 legs) referred for phlebothrombosis of leg, were proved by lower limb phlebography or ECT. 100 ~ 200 thousand unit UK was infused through dorsal veins of sick leg, once or twice per day with 7 days a course of treatment. Results: 17 of 27 legs with phlebothrombosis, were cured the successful rate 63%, 8 were improved, 30%; 2 were noneffective, 7%. No bleeding occurred 1 case of pulmonary segment embolism. Conclusion The way of the treatment of lower limb deep vein thrombosis by infusion of UK from dorsal veins of sick foot is safe and reliable.

Key words: Deep vein Thrombosis UK

下肢深静脉血栓形成在我国占下肢静脉系统疾病的1/5,是下肢静脉系统常见疾病。传统采用全身溶栓及手术取栓疗法,但疗效均不能令人满意。我院自1992年5月至1995年6月采用经足背静脉注射尿激酶法治疗26例下肢深静脉血栓形成病人,取得了满意的临床疗效。报告如下。

资料与方法

一、一般资料

本组26例,年龄24~82岁,平均50岁;病程3~43天,平均14天;男性9例,女性17例,其中左下肢21例,右下肢4例,双下肢1例;下肢水肿:Ⅲ°21侧肢体,Ⅱ°4侧肢体,Ⅰ°1侧肢

作者单位:221002 江苏省徐州医学院附属医院

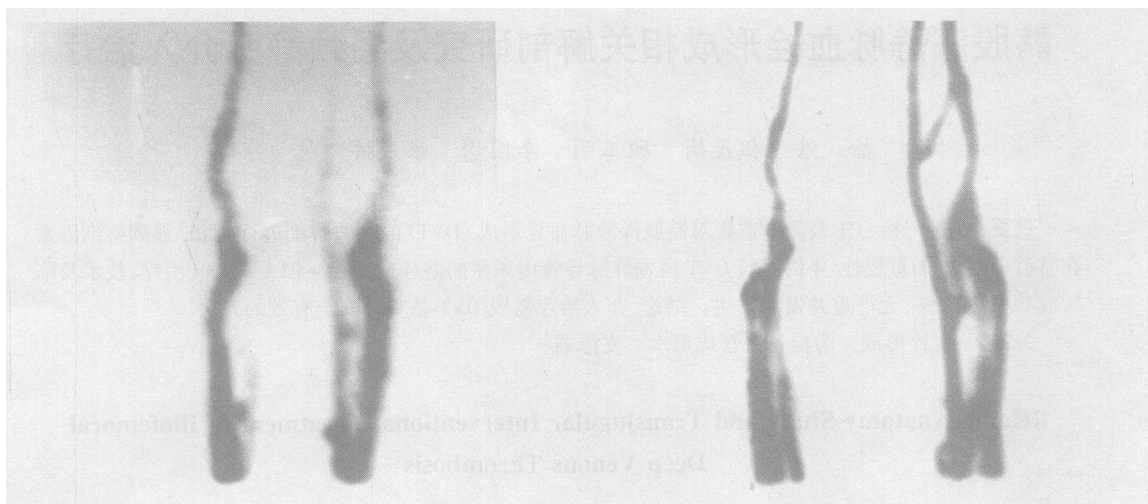


图 1 治疗前 ECT 示:左侧股静脉及大隐静脉血流不畅

图 2 治疗后 ECT 示:左侧股静脉及大隐静脉血流顺畅

体。不明原因发病 17 例,剖宫产后发病 6 例,外科术后发病 3 例。全部病例均经下肢深静脉造影或 ECT 检查,确诊为下肢深静脉血栓形成。

二、治疗方法

于病人患侧踝关节上方和膝关节下方各 5cm 扎止血带一条,穿刺患侧足背静脉,将溶于 20ml 生理盐水的 10~20 万 U 尿激酶,于 10~15 分钟内注入,1~2 次/日,推注结束 5 分钟后解除止血带。病人治疗期间同时给以肝素钠 6000 单位皮下注射,2 次/日,并口服肠溶阿斯匹林。治疗期间注意观察病人有无牙龈出血及血尿,并测定凝血酶原时间,根据凝血酶原时间调整抗凝药物剂量。

三、疗效判断标准

(一)、痊愈 患侧下肢水肿消失,症状消除,双侧踝关节上 5cm 处腿围相差不超过 1cm,步行 500 米患肢无明显水肿。

(二)、好转 患侧下肢水肿基本消失,症状基本消除,双侧踝关节上 5cm 处腿围相差不超过 1cm,步行 500 米患肢有轻度以下水肿。

(三)、无效 患侧肢体水肿无明显改善,症状持续存在。

结 果

本组 26 例病人经过 8~14 天(平均 11 天)足背静脉推注尿激酶治疗,痊愈 17 侧肢体,治愈率 63%,患侧下肢踝关节上 5cm 处腿围平均缩小 $6.0 \pm 4.2\text{cm}$;好转 8 侧肢体,好转率 30%;患侧下肢踝关节上 5cm 处腿围平均缩小 $3.0 \pm 1.4\text{cm}$;无效 2 侧,无效率:7%。26 侧均未发生全身性出血,1 例出现亚肺段性肺栓塞。随访 3 月至 2.5 年,除 1 例服用肠溶阿斯匹林 3 月后停药,再次出现下肢深静脉血栓形成外,其余病例下肢水肿未再发生或加重。

讨 论

下肢深静脉血栓形成是常见下肢静脉系统疾病,以中老年发病为主,在欧美 40 岁以上择期手术病人中,术后发病率 25%~50%。本组 26 例外科术后发病 9 例,占 34.6%。左侧明显多于右侧。张依仁等报告 39 例,其中非手术治疗 33 例,无 1 例患侧肢体水肿完全消退;手术 6 例,仅 2 例患侧肢体水肿完全消退,疗效不能令人满意。本组 26 例,计 27 侧肢体,治愈 17 侧,占 63%;好转 8 侧,占 30% 无效 2 侧,占 7%。治愈加好转达 93% ($P < 0.01$) 疗效有明显提高。现就本疗法特点进行讨论。

一、本方法在踝关节上及膝关节下各 5cm
(下转 132 页)

三大解剖因素是导致左侧髂股 DVT 高于右侧的主要原因。当然不是其存在一定能形成血栓,血栓形成是综合因素的结果。

髂股 DVT 的治疗是一个很棘手的问题,以往采取外科取栓治疗,不但难度大,而且并发症多^[3]。全身尿激酶溶栓虽然有一定的临床效果,但管腔再通率低,且易复发。经颈静脉介入治疗国内学者任安^[4]和国外学者 Semba^[5]皆有初步报告,取得了明显的治疗效果。本组资料表明髂股 DVT 尿激酶溶栓或溶栓 + PTA + Stent 治疗,疗效满意。认为经颈静脉途径有如下特点:1,安全性大,并发症少;2,保留导管不影响患者日常活动;3,PTA 或 Stent 植入操作容易,成功率高。影响疗效的关键是血栓形成的时间,本组 3 例血栓形成 <7 天,导管导丝顺利通过阻塞段,疗效显著,而另 1 例血栓形成时间 > 25 天,治疗失败,故宜尽早治疗。髂股 DVT 的介入治疗最可能发生的严重并发症是血栓

脱落引起肺梗塞,本组资料和 Semba 21 例报告,无 1 例发生,可能与局部尿激酶浓度高、溶栓彻底有关。

参考文献

1. 冯友贤主编. 血管外科学. 第 2 版. 上海:上海科学技术出版社,1992,531.
2. 张为龙,王景德. 左髂总静脉受压和静脉内粘连结构. 临床应用解剖学杂志,1984,2:86.
3. 孙建民. 下肢深静脉血栓形成的处理. 中华外科杂志. 1979,4:289.
4. 任安,姜卫剑,张雪哲等. 经颈静脉局部溶栓治疗髂静脉血栓(附 2 例报告). 中华放射学杂志,1995,29:784.
5. Semba CP, Dake MD. Iliofemoral deep venous thrombosis: Aggressive therapy with catheter-directed thrombolysis. Radiology, 1994, 191: 487.

(上接 129 页)

处扎止血带,用以闭塞小腿浅表静脉,防止尿激酶经浅表静脉流失,使其在患侧下肢深静脉内形成高浓度,并滞留较长时间,充分激活局部血液中纤维蛋白溶解酶原,提高局部纤维蛋白溶解酶浓度。延长了纤维蛋白溶解酶在局部作用时间。

二、Persson 认为全身溶栓治疗初次给予尿激酶或链激酶 25 万单位,以后每小时给予 17~20 万单位,维持 48~72 小时,可使 60%~75% 的血栓缩小,但 30%~50% 病例溶栓 12 小时以上发生出血。本疗法每日给予尿激酶 10~40 万单位,给药量低于全身连续给药溶栓法每日剂量的 1/12,且药物经局部代谢后进入全身循环,减轻了药物对全身纤溶系统的影响。本组无 1 例发生全身出血,说明本疗法对病人血液系统无严重影响,安全性高。

本疗法具有患侧肢体深静脉局部尿激酶浓度高,疗效满意;全身尿激酶浓度低,对全身纤溶系统影响小,无创伤性和易于操作的特点,为下肢深静脉血栓形成的治疗开创了一条新的途径。

参考文献

1. 张柏根,等. 下肢深静脉血栓形成后的演变. 中华外科杂志,1985,5:257.
2. Coon WW Risk factors in pulmonary embolism. Surg Gbstat 1976, 143: 385.
3. 张依仁,等. 髂股静脉急性血栓形成的治疗经验. 重庆医药,1988,3:9.
4. Persson AV. Thrombolytic therapy for deep vein thrombosis. Am J Surg. 1985, 10 Suppl: 50.