

血管疾病、溶栓治疗、强化抗血小板抗凝治疗的患者,可能需要延长加压止血的时间。而这些患者与 DVT 高危人群有所重叠。为了解决出血和血栓的矛盾,可以采取以下几方面的措施:① 评价患者发生血管并发症和 DVT 的可能性,对于特殊病例制定术后加压止血的个体方案;② 对于较有可能出血和血栓的病例,选用弹力绷带加压止血。若无出血,则术后 6~12h 可活动下肢,24h 后可带弹力绷带下床活动。保持大便通畅,防治咳嗽,尽量避免导致腹压增高的用力。若因为出血而延长下肢制动时间,则应定时按摩下肢并嘱患者做下肢肌肉原位收缩动

作,促进静脉血液回流。严密观察下肢的症状和体征,监测静脉血 D-二聚体,以便及时发现 DVT 形成;③ 近几年,新一代经皮血管缝合器械和技术日益完善。对于 DVT 高危患者,这种方法可使患者术后不必加压包扎,尽早活动和抗凝,可有效减少 DVT 和 PTE 的风险。

(参加讨论医师:蒋捷,陈明,丁文惠,高伟,霍勇)

(北京大学第一医院心内科 陈明,江鳌峰,蒋捷 整理)

(收稿日期:2003-02-17)

(本文编辑 周宇红)

• 病例报告 •

右心房巨大血栓死亡 1 例报告

邓瑞锋 曹世平 廖春华

1 病例摘要

患者,男,52 岁,退休教师。因双下肢浮肿 1 年,加重伴腹胀 1 个月,于 2002 年 3 月 14 日在南方医院住院治疗。患者于 1 年前出现下肢浮肿,可凹性,无心前区不适。在当地医院 B 超检查:右心房粘液瘤,三尖瓣关闭不全,未做特殊治疗。入院前 1 个月,双下肢浮肿明显加重,伴有腹胀,活动后心慌、气短、乏力、纳差。入院后查体:血压 135/80mmHg (1mmHg=0.1333kPa),皮肤淤斑,牙龈出血,口唇轻度紫绀,颈静脉怒张,两肺无啰音,三尖瓣听诊区可闻及Ⅲ/Ⅳ级收缩期杂音,肝脏于右肋缘下 4cm,可触及,脾大,腹水征阳性,下肢重度浮肿。心脏超声示右心房显著增大,三尖瓣重度关闭不全,少量心包积液。血常规:血小板 $37.5 \times 10^9/L$,白蛋白 15g/L,血红蛋白 60g/L。胸片示心胸比为 0.86,心影普遍增大,呈烧瓶状,心后食管三角消失,少量胸腔积液。B 超示:肝脾大,腹腔积液。心电图示:心律失常、房颤、不完全右束支传导阻滞。诊断:右心房占

位性病变,粘液瘤?三尖瓣关闭不全、房颤、心力衰竭。于 3 月 26 日转胸外科手术治疗,手术中发现,病变占据整个右心房,心房右侧上部有蒂 $0.83\text{cm} \times 0.83\text{cm}$,病变质硬,表面不规则,凹凸不平,呈淡黄色,大小约 $10\text{cm} \times 5\text{cm} \times 4\text{cm}$ 。切除病变及病变附着处心房壁,并行三尖瓣成型术,术后常规缝合切口,心脏复苏。复苏成功后出现室速、室颤,抢救无效死亡。病理报告:血栓机化并钙化。

2 讨论

心房纤颤患者容易形成心房血栓,以左心房多见,此患者在右心房发现巨大血栓,而且时间较长,心腔扩大,严重影响下腔静脉回流,下腔静脉压增大,肝脾淤血,脾功能亢进,贫血、血小板减少,手术为首选治疗手段。患者病程较长,处于衰竭状态,手术风险大,术后死亡。此例提示,对于性质不明的心脏占位性病变,临床上应对患者进行反复检查和尽可能到有条件的医院做病理检查,及早明确诊断以及手术治疗。术前给患者做好充分的准备,掌握治疗时机,为治疗成功创造条件,尤其是对体质消耗的患者尤显重要。

(收稿日期:2002-08-19)

(本文编辑 李棉生)

作者单位:071000 保定,解放军第 252 医院干部病房(邓瑞锋);
510515 广州,解放军第一军医大学附属南方医院心内科(曹世平);
514300 丰顺,广东省丰顺县人民医院(廖春华)

作者简介:邓瑞锋,男,医学学士,主治医师

通讯作者:邓瑞锋,电话:0312-2058514