

下肢深静脉血栓病案

周 坚

上海市嘉定区安亭镇社区卫生服务中心 上海 201805

摘要：本文详细阐述了一名76岁女性患者苏金敏的下肢深静脉血栓病案。患者有高血压、糖尿病、高尿酸血症及腔隙性脑梗等既往病史，因双下肢麻木、胀痛就诊。经检查确诊为双侧下肢深静脉血栓形成，同时患有多种基础疾病。治疗过程包括多学科会诊调整基础疾病治疗方案、术前停用阿司匹林改用低分子肝素钙抗凝、行下肢静脉血栓再通术（血管内介入溶栓联合血栓抽吸），术后进行抗凝、改善循环、基础疾病治疗及康复治疗。经治疗患者症状减轻，血栓大部分溶解再通，各项指标得到控制，病情好转。

关键词：下肢深静脉血栓；多学科治疗；介入溶栓；血栓抽吸；康复治疗；基础疾病管理

1. 一般资料

1.1 姓名：苏金敏

1.2 性别：女

1.3 年龄：76岁

2. 现病史

患者于两月余前无明显诱因出现双下肢麻木，初始程度较轻未重视。随后逐渐出现行走时双下肢胀痛，疼痛呈间歇性，行走一段距离后加重，休息后可稍缓解。无下肢皮肤破溃、发热等症状。因症状持续不缓解且逐渐加重，至海军军医大三院就诊。

3. 既往史

3.1 高血压病史

· 患者确诊高血压10余年，最高血压达180/100 mmHg，平素规律服用硝苯地平控释片30mg，每日1次，血压控制在130-140/80-90 mmHg之间。

3.2 糖尿病病史

· 患糖尿病8年，采用饮食控制联合二甲双胍0.5g，每日3次治疗，空腹血糖控制在7-8mmol/L，餐后2小时血糖在10-12mmol/L左右。

3.3 高尿酸血症病史

· 发现高尿酸血症5年，尿酸最高达550 μmol/L，间断服用别嘌醇片0.1g，每日1次治疗，未规律监测尿酸水平。

3.4 腔隙性脑梗病史

· 3年前因头晕、肢体轻度乏力就诊发现腔隙性脑梗，经住院改善脑循环、营养神经等对症治疗后症状好转出院，

出院后长期服用阿司匹林肠溶片100mg，每日1次预防脑梗复发。

4. 体格检查

4.1 生命体征

· 体温：36.5℃，脉搏：78次/分，呼吸：18次/分，血压：135/85 mmHg。

4.2 双下肢

· 双下肢皮肤无明显红肿、破溃，双侧足背动脉搏动可触及。双下肢轻度凹陷性水肿，左侧较右侧稍重。沿双下肢深静脉走行区域无明显压痛，Homans征(-)。神经系统检查：双下肢肌力、肌张力正常，深浅感觉减退，病理反射未引出。

5. 辅助检查

5.1 下肢静脉超声（海军军医大三院）

· 双侧股静脉、腘静脉及胫后静脉内可见低回声填充，部分管腔狭窄，血流信号充盈缺损，提示双侧下肢深静脉血栓形成。

5.2 血液检查

· 血常规：白细胞计数 $7.5 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比例65%，血红蛋白120g/L，血小板计数 $150 \times 10^9/L$ 。

· 凝血功能：PT 12.5秒（正常参考值11-14.5秒），APTT 30秒（正常参考值25-35秒），D-二聚体1.5mg/L（正常参考值 $<0.5mg/L$ ）。

· 生化检查：空腹血糖7.8mmol/L，尿酸500 μmol/L，肌酐80 μmol/L，肝功能各项指标正常。

6. 诊断

6.1 双侧下肢深静脉血栓形成

6.2 高血压病（2级，很高危）

6.3 2型糖尿病

6.4 高尿酸血症

6.5 腔隙性脑梗死

7. 治疗经过

7.1 术前准备

· 患者入院后完善相关检查，评估身体状况。请心内科、内分泌科、神经内科等多学科会诊，调整血压、血糖等基础疾病治疗方案，确保能耐受手术。

· 停用阿司匹林肠溶片，改用低分子肝素钙 4100IU，皮下注射，每日 2 次抗凝治疗，降低血栓进一步发展风险。

7.2 手术治疗（下肢静脉血栓再通术）

· 在海军军医大三院介入科手术。局部麻醉下，采用血管内介入溶栓联合血栓抽吸方法。术中经健侧股静脉穿刺，置入血管鞘，通过导丝导管技术将溶栓导管置于血栓部位，注入尿激酶（总量 50 万 U，分批次注入）溶栓，同时利用血栓抽吸装置清除血栓。术后造影显示下肢深静脉部分再通，血流明显改善。

7.3 术后治疗

· 抗凝治疗：术后继续用低分子肝素钙抗凝治疗 3 天，之后过渡为口服利伐沙班片 15mg，每日 2 次，连续服用 3 周后改为 20mg，每日 1 次维持治疗，期间定期监测凝血功能及 D-二聚体水平。

· 改善循环治疗：静脉滴注前列地尔注射液 10 μg，每日 1 次，改善下肢血液循环，减轻下肢胀痛症状。

· 基础疾病治疗

· 高血压治疗：继续服用硝苯地平控释片控制血压，密切监测血压变化。

· 糖尿病治疗：调整二甲双胍剂量为 0.5g，每日 3 次，并加用阿卡波糖 50mg，每日 3 次，餐时嚼服控制餐后血糖，监测空腹及餐后血糖，根据情况调整治疗方案。

· 高尿酸血症治疗：增加别嘌醇片剂量至 0.2g，每日 1 次，嘱咐患者低嘌呤饮食，定期复查尿酸水平。

· 康复治疗

· 术后早期指导患者进行双下肢肌肉等长收缩运动，如踝泵运动（踝关节屈伸、内外翻运动，每次运动 10 - 15

分钟，每日 3 - 4 次），促进下肢静脉血液回流，预防血栓复发。随着恢复增加运动量，如床边膝关节屈伸运动、短距离行走等。

8. 病情转归

经过上述治疗，患者双下肢麻木、胀痛症状逐渐减轻。术后 1 周，可在搀扶下短距离行走，双下肢水肿明显消退。术后 1 个月复查下肢静脉超声，显示下肢深静脉血栓大部分溶解再通，血流基本恢复正常。血压、血糖、尿酸水平在相应治疗下控制在理想范围。继续门诊随访，调整抗凝及基础疾病治疗方案。

9. 讨论

9.1 下肢深静脉血栓的发病机制与危险因素

· 下肢深静脉血栓的形成是一个复杂的过程，涉及多种因素。血液高凝状态、静脉血流缓慢和静脉壁损伤是其主要发病机制。在本病例中，患者高龄、患有多种基础疾病（如糖尿病、高尿酸血症等），这些因素均可导致血液处于高凝状态。此外，患者活动相对较少，可能引起静脉血流缓慢，增加了血栓形成的风险。高血压病可能导致血管内皮损伤，也是血栓形成的潜在危险因素之一。

9.2 多学科协作在综合治疗中的重要性

· 对于该患者这样同时患有多种基础疾病的下肢深静脉血栓患者，多学科协作至关重要。心内科、内分泌科、神经内科等多学科会诊，能够全面评估患者的整体状况，制定个性化的治疗方案，确保在治疗下肢深静脉血栓的同时，有效控制基础疾病，减少手术风险和并发症的发生。例如，调整降压、降糖药物剂量，保证患者在手术前后血压、血糖的稳定，对于手术的顺利进行和术后恢复具有重要意义。

9.3 治疗方法的选择与效果评估

· 血管内介入溶栓联合血栓抽吸：本病例采用的血管内介入溶栓联合血栓抽吸方法是治疗下肢深静脉血栓的有效手段之一。介入溶栓能够直接将溶栓药物作用于血栓部位，提高溶栓效果，减少全身用药的副作用。血栓抽吸装置则可以迅速清除部分血栓，减轻血管阻塞，恢复血流。术后造影显示下肢深静脉部分再通，血流明显改善，证明了该治疗方法的有效性。然而，这种治疗方法也存在一定的风险，如出血、血管损伤等，在治疗过程中需要密切监测患者的生命体征和凝血功能。

· 抗凝治疗：抗凝是下肢深静脉血栓治疗的基础，贯

穿整个治疗过程。术前使用低分子肝素钙抗凝，术后过渡为口服利伐沙班片，并定期监测凝血功能及D-二聚体水平，以调整抗凝药物剂量，确保抗凝效果的同时避免出血等并发症。通过规范的抗凝治疗，不仅可以防止血栓进一步发展和复发，还有助于促进血栓的溶解和再通。

· 康复治疗：康复治疗在下肢深静脉血栓患者的恢复中起着重要作用。早期的踝泵运动等双下肢肌肉等长收缩运动，能够促进下肢静脉血液回流，减少血液淤滞，预防血栓再次形成。随着患者恢复逐渐增加运动量，有助于改善下肢血液循环，减轻下肢胀痛症状，提高患者的生活质量和肢体功能。术后1个月复查下肢静脉超声显示血栓大部分溶解再通，也与康复治疗的积极配合密切相关。

9.4 基础疾病管理对下肢深静脉血栓预后的影响

· 患者的高血压、糖尿病、高尿酸血症等基础疾病与下肢深静脉血栓的发生发展相互影响。积极控制基础疾病对于改善下肢深静脉血栓的预后至关重要。通过调整降压、降糖、降尿酸药物治疗方案，使患者的血压、血糖、尿酸水平控制在较为理想的范围，有助于减轻血管内皮损伤，降低血液黏稠度，改善血液流变学状态，从而促进血栓的溶解和再通，减少血栓复发的风险。同时，良好的基础疾病管理也可以降低患者发生其他并发症的可能性，提高整体治疗效果和患者的生活质量。

10. 结论

本病例通过多学科协作，综合采用手术治疗、抗凝治疗、改善循环治疗、基础疾病治疗及康复治疗等多种方法，成功治疗了一名患有双侧下肢深静脉血栓及多种基础疾病的老年患者。治疗过程中，各治疗环节相互配合，有效地缓解了患者的症状，促进了血栓的溶解再通，控制了基础疾病。这一病例提示我们，对于下肢深静脉血栓患者，尤其是合并多种基础疾病的患者，应采取全面、综合的治疗策略，注重多学科协作，个体化治疗，同时加强康复治疗 and 基础疾病管理，以提高治疗效果，改善患者预后。在今后的临床工作中，我们需要不断总结经验，进一步优化治疗方案，为患者提供更好的医疗服务。

参考文献：

- [1]《内科学》（第十版），人民卫生出版社。
- [2]《血管外科学》（第四版），中国科学技术出版社。
- [3]《实用糖尿病学》（第四版），人民卫生出版社。
- [4]《实用康复医学》（第一版），人民卫生出版社。

作者简介：

周坚（1980—），男，汉，湖北，本科，单位：上海市嘉定区安亭镇社区卫生服务中心，职称：主治医师，研究方向：社区全科医疗。