

应加深对重症监护病房患者深静脉血栓形成的认识

马晓春

深静脉血栓形成(DVT)是住院患者常见的并发症,重症监护病房(ICU)患者因制动、卧床、高凝状态及血管损伤等因素,无疑是DVT的高危人群。目前国内外已发表了多个DVT预防指南或共识,为相关人群的DVT预防提供了依据。但由于血栓预防的受益/风险相关比例在不同人群差异较大,现有的内外科指南并不完全适合ICU患者,为此,中华医学会重症医学分会制定了《ICU患者DVT预防指南》,必将有助于加深对ICU患者DVT诊断和预防的认识。

与其他科室的患者不同,ICU患者往往存在DVT的多重危险因素,包括:基础疾病、入ICU时的短期因素,如急性器官功能损伤、在ICU处置过程中发生的危险等,这些危险因素可交叉存在,多种并存,相互影响,使患者的DVT发生风险明显放大。入住ICU的患者由于病情的需求,往往要进行气管插管、机械通气、镇痛、镇静等治疗,因此患者常缺乏主诉。同时,创伤、组织水肿及手术后的肢体变化也会使临床判定难度增大。在ICU,DVT通常是无症状性疾病,很少有典型的临床表现,极易被忽视。

ICU中静脉插管是一项常规操作,有研究显示,股静脉插管时在穿刺部位同侧发生DVT的风险可增加6倍;锁骨下穿刺可形成上肢DVT。导管相关性血栓因涉及较短的静脉段或未造成血管完全阻塞,DVT发展相对缓慢,患肢肿胀可不明显,但一旦血栓有感染发生,则易造成血管阻塞、还流障碍。笔者近期经历1例上肢DVT合并感染病例,上肢还流明显障碍,引发肌筋膜综合征,并导致多器官衰竭。静脉置管会增加DVT的发生风险,且可发生于导管放置时或拔管后的任何时间。对此,ICU医师应给予充分的重视。

在我国,DVT还未能进行常规的筛查,这可能与临床医师对DVT的认识和一些客观条件的限制有关。在ICU,DVT筛查往往是建立在疑诊的基础上,静脉造影可以准确地判定DVT,但因需搬动患者及顾及造影剂可能对肾功能的损害,临床应用有许多困难。超声多普勒检查虽然受操作者技术水平影响较大,且缺少特异性,但因有无创、可重复、几乎不增加患者损伤等优点,使其更适合于ICU患者的筛查。D-二聚体作为筛查凝血状态的指标在临床被经常采用,早期研究也证实,如其阴性则有除外肺栓塞的意义。但在ICU,D-二聚体受手术、感染、创伤、药物等多种因素影响,很难对ICU患者的DVT诊断提供帮助,对此亦需给予注意。

DVT的重点应在“防”,机械预防在ICU虽无大样本的临床研究,但其安全性突出,应提倡在ICU使用。药物预防主要是普通肝素和低分子肝素,研究证明药物预防可减少DVT的发生。由于ICU患者的临床背景千差万别,目前尚无法给出统一的药物应用的开始时间、剂量及疗程,需结合每位患者的具体情况,实施个体化方案。另需注意的问题是,在ICU已实施药物预防的患者转出ICU后,仍需依据患者的具体情况给予持续的预防,这对减少院内DVT的发生非常必要。

ICU患者药物预防时经常会遇到应用抗凝药物是否会引出出血的问题。笔者认为,ICU患者抗凝的绝对禁忌证非常少见,除非有证实的活动性大出血或特殊部位的致命性出血。多数ICU患者应用抗凝药物不但可以减少DVT的发生,对于创伤、严重感染等所致的出血障碍亦有益处。肝素作为传统的抗凝药物,其有效性和安全性都是经过长期临床验证的。关于肝素诱导的血小板减少症(HIT),临床上虽需重视,但不应被夸大。我们注意到2007年美国骨科医师协会(AAOS)和2008年美国胸科医师学会(ACCP)分别颁布的与DVT相关的指南中对是否应用阿司匹林的推荐存有争议,由于顾及手术相关的出血和既往的长期临床经验,AAOS对于有高出血风险的骨科患者推荐可以应用阿司匹林进行DVT的预防。但对ICU患者来说,抗凝药物对预防DVT更加有效,阿司匹林不推荐单独用于DVT的预防。

ICU患者的DVT在发生风险、临床筛查及预防上都有其特殊性,临床需注意的问题很多,期望重症医学科的同仁们能参照指南,积极有效地在临床过程中实践、总结,同时也期望对指南给予善意的批评,以利于其进一步完善。