

阑尾炎患者门静脉和肠系膜上静脉血栓形成的危险因素分析

孙先渝

重庆市梁平区新盛中心卫生院住院部 405216

〔摘要〕 目的 关于阑尾炎患者门静脉以及肠系膜上形成静脉血栓的危险因素分析。方法 本次研究选取我院（2017 年 11 月 -2018 年 12 月）收治的阑尾炎患者共 66 例进行分组观察，分为常规组 33 例（相关手术治疗后未见静脉血栓）和观察组 33 例（门静脉、肠系膜上形成静脉血栓），两组患者均经临床确诊为阑尾炎，全都实施手术治疗，且两组患者的手术时间、术中出血量和输血量无明显差异，不影响本次研究结果，对两组患者术后的相关指标（血红蛋白水平 / 血小板计数 / 平均血小板体积 / 血小板体积分布宽度、门静脉主干直径和血流速度）进行对比分析。结果 血红蛋白水平 / 平均血小板体积 / 血小板体积分布宽度：观察组均明显高于常规组， $P < 0.05$ ；血小板计数：观察组明显低于常规组， $P < 0.05$ ；门静脉：主干直径，观察组明显宽于常规组， $P < 0.05$ ；血流速度，观察组明显慢于常规组， $P < 0.05$ 。结论 血红蛋白水平、血小板及门静脉相关指标与阑尾炎患者术后门静脉以及肠系膜上形成静脉血栓具有极大的相关性，是构成血栓发生的危险因素。

〔关键词〕 门静脉；肠系膜；阑尾炎；静脉血栓

〔中图分类号〕 R574.61

〔文献标识码〕 A

〔文章编号〕 2095-7165 (2019) 08-050-02

阑尾炎主要分为急性和慢性阑尾炎，其中以急性阑尾炎较常见，手术治疗是阑尾炎的临床主治方式，但研究发现，手术治疗后患者门静脉以及肠系膜上发生静脉血栓的情况有上升趋势^[1]。因而，本文就门静脉以及肠系膜上发生静脉血栓的相关危险因素进行分析，分析结果如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

回顾（2017 年 11 月 -2018 年 12 月）我院收治的阑尾炎患者共 66 例实施分析研究，分为常规组 33 例（相关手术治疗后未见静脉血栓）和观察组 33 例（门静脉、肠系膜上形成静脉血栓）。常规组：男：女 = 20:13；年龄：32-55（平均年龄：43.5 ± 2.5）岁。观察组：男：女 = 19:14；年龄：33-56（平均年龄：44.5 ± 2.5）岁。将两组患者资料进行对比分析，有 $P > 0.05$ ，可比。

1.2 方法

两组患者均经临床确认为阑尾炎，均采取手术治疗。

两组患者的手术时间、术中出血量和输血量无明显差异（ $P > 0.05$ ），对研究结果不产生影响。

1.3 观察指标

将两组患者术后的各项指标值（血红蛋白水平 / 血小板计数 / 平均血小板体积 / 血小板体积分布宽度）进行记录和对比分析。并对比分析两组患者的门静脉主干直径和血流速度（多普勒超声检测）。

1.4 统计学方法

数据录入 SPSS20 行统计分析，所研究数据皆属计量范畴： $(\bar{x} \pm s)$ 数据表示、t 检验，组间差异比较统计学意义存在时有 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组相关指标对比分析

术后观察组血红蛋白水平、平均血小板和血小板体积分布宽度均明显高于常规组， $P < 0.05$ ；观察组血小板计数显著低于常规组， $P < 0.05$ ，详见表 1。

表 1：对比分析两组相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血红蛋白 (g/l)	血小板计数 ($\times 10^9/l$)	平均血小板体积 (fl)	血小板体积分布宽度 (%)
常规组	33	95.26 ± 7.13	96.15 ± 7.77	7.44 ± 0.64	13.98 ± 1.32
观察组	33	125.58 ± 6.32	65.25 ± 8.96	8.29 ± 0.87	16.01 ± 1.21
t	-	18.281	14.967	4.521	6.512
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组门静脉指标对比分析

术后观察组的门静脉主干直径明显宽于常规组、血流速度明显慢于常规组， $P < 0.05$ ，详见表 2。

表 2：对比分析两组门静脉指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	门静脉	
		主干直径 (mm)	血流速度 (cm/s)
常规组	33	1.19 ± 0.10	17.36 ± 2.02
观察组	33	1.41 ± 0.17	11.96 ± 1.81
t	-	6.408	11.437
P	-	0.000	0.000

3 讨论

阑尾炎是一种多由感染引发炎症反应的肠胃疾病，多发

于青年人群，男性患者的发病比例高于女性^[2]。近年来，阑尾炎手术后，存在患者出现门静脉以及肠系膜上形成静脉血栓的情况。

肠系膜上形成静脉血栓在临床上较为少见，但一经形成会导致静脉血液循环障碍，使肠系膜发生肿胀，甚至出现肠管坏死，常合并产生门静脉血栓^[3]。门静脉血栓的形成使门静脉的高压加重，会并发各种严重的相关并发症，肠系膜静脉血栓的形成易发肠管水肿、绞窄性肠梗阻等并发症，由于早期门静脉以及肠系膜上形成静脉血栓的特异性症状不明显，易出现误诊，病死率较高^[4]。因而，对阑尾炎患者术后门静脉以及肠系膜上形成静脉血栓的相关危险因素进行分析，具有

(下转第 53 页)

平衡。但是长期住院老年病人由于多种老年病困扰，如老年晚期肿瘤合并重症肺部感染者比较容易出现电解质紊乱的情况^[1]，另外活动量的减少，以及进食量的下降，出现一系列的机体代谢紊乱，临床表现为恶心，呕吐，腹泻，头晕眼花，意识模糊，四肢发麻，肌无力等等症状。

其原因，主要有以下几方面造成的。一，由于长期的卧床住院，饮水减少，或者身体不适呕吐造成的大量的失水，失电解质，患者伴有口渴感，尿少，四肢发麻，肌无力，意识模糊等。相关研究指出，老年晚期肿瘤并发重症肺部感染患者的治疗过程中应以预防为主，当患者出现呕吐和纳差时，及时补充钠和钾，防止因自身丢失和摄入不足造成的电解质紊乱。当患者的原发疾病和感染得到控制后，临床仍表现为嗜睡、精神萎靡等症状时，均要及时进行钾、钠、钙、氯等指标的检测^[2]。二，由于长期的卧床住院和疾病的困扰，食欲下降，进食减少，造成体内电解质严重不足。三，受体内激素的影响，其中最大影响的是醛固酮，它能够促进各肾小管对 Na 离子的重吸收和 K 离子离子的排出，从而导致低钾。如若血钾升高

血钠降低，引起醛固酮合成增加，可启动负反馈机制。四长期的代谢性疾病，糖尿病，肝硬化等消化系统疾病导致的长期进食不足，但是肾脏仍旧一如既往的排泄钾离子，从而引起低血钾。五，长期的药物使用，如糖尿病患者使用的胰岛素，促进葡萄糖合成糖原，钾离子也进入细胞内，易造成低血钾；代谢性碱中毒或者输入过多的碱性药物，使得细胞内 H 离子外流，交换钾离子进入细胞内中和碱。

综上所述，长期住院老年患者受多种疾病和各种药物之苦，极易导致电解质紊乱。医护人员多注重观察患者的病情，注意病人的不适，及时化验电解质，以便早发现、早纠正，解决病人痛苦。

[引用文献]

- [1] 李瑾. 老年晚期肿瘤患者重症肺部感染与电解质紊乱的临床治疗效果观察[J]. 中国实用医药, 2018 年 11 月第 13 卷第 33 期
- [2] 张伟红, 王丽敏等. 老年晚期肿瘤患者重症肺部感染与电解质紊乱的临床治疗[J]. 中华医院感染学杂志, 2015 年第 25 卷第 3 期

(上接第 50 页)

十分必要的临床意义。通过本次研究发现，血红蛋白：观察组为 (125.58 ± 6.32) g/l 明显高于常规组 (95.26 ± 7.13) g/l, $P < 0.05$ ；血小板计数：观察组为 $(65.25 \pm 8.96) \times 10^9/l$ 明显低于常规组 $(96.15 \pm 7.77) \times 10^9/l$, $P < 0.05$ ；平均血小板体积：观察组为 (8.29 ± 0.87) fl 明显高于常规组 (7.44 ± 0.64) fl, $P < 0.05$ ；血小板体积分布宽度：观察组为 (16.01 ± 1.21) % 明显高于常规组 (13.98 ± 1.32) %, $P < 0.05$ ；门静脉主干直径：观察组为 (1.41 ± 0.17) mm, 常规组为 (1.19 ± 0.10) mm, 观察组明显比常规组宽, $P < 0.05$ ；门静脉血流速度：观察组为 (11.96 ± 1.81) cm/s, 常规组为 (17.36 ± 2.02) cm/s, 观察组明显比常规组慢, $P < 0.05$ 。

综上所述，阑尾炎手术后患者的血红蛋白水平、血小板和门静脉相关指标是门静脉、肠系膜上形成静脉血栓的重要

危险因素，对各种危险因素进行分析，在有效预防阑尾炎患者术后发生静脉血栓方面具有极其重要的临床意义。

[参考文献]

- [1] 刘治信, 赵欢欢. 阑尾炎患者门静脉和肠系膜上静脉血栓形成的危险因素分析[J]. 血栓与止血学, 2018, 24(02):276-277+279.
- [2] 雷润梅, 杜霞. 阑尾炎患者术后发生门静脉和肠系膜上静脉血栓形成的危险因素分析[J]. 血栓与止血学, 2019, 25(04):655-656.
- [3] 樊洪, 刘兆爱, 李文晓等. 门静脉、肠系膜上静脉广泛血栓形成 1 例[J]. 山东大学学报(医学版), 2017, 55(05):129-130.
- [4] 王泉雄, 方志杰, 刘志苏等. 腹腔镜脾切除后门静脉系统血栓形成早期预防与治疗[J]. 腹部外科, 2019, 32(04):270-273+279.

(上接第 51 页)

状况，使患者在接受治疗之后再次出现血管闭塞等现象，降低患者的预后疗效。因此，机械取栓术在临床治疗中的使用也越来越普遍。机械取栓属于一种介入治疗方法，它主要原理就是通过直接与血管内部血栓进行接触将其取出，以便最快的实现疏通血管的目的。这种治疗方法的优势在于：①可以用最快的速度将血栓破碎后取出，极大地减少了患者颅内出血的几率，提高了预后效果。②可以尽快将脑部出现闭塞部位的血流恢复，在一定程度上降低了血管在通时间，减少了溶栓药物的使用量，有效的减少了疾病的复发率以及并发症发生率，预后效果更为理想^[4]。本次研究结果表明，研究组临床效果高于对照组 ($P < 0.05$) 且研究组不良反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，这表明相对于静脉溶栓治疗来说，机械取栓的效果更为理想，可有效疏通血管，降低不良反应发生率，增强患者的预后效果，在临床应用中其安全性及可靠性更高。

综上所述，急性脑梗塞患者应用机械取栓术治疗效果理想，可有效提高血管再通率，值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 倪贵华, 梁晨, 赵卫东. 三种不同血管再通方法治疗椎基底动脉闭塞性脑梗死的疗效对比[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(13):1001-1005.
- [2] 庞红立, 关东升. 机械介入取栓术联合 rt-PA 溶栓治疗对急性脑梗死患者血清 PON-1、hs-CRP、Lp-PLA2、NSE 水平及神经功能评分的影响[J]. 中国老年学杂志, 2018, 36(1):2561-2564.
- [3] 张翔, 张全斌, 孙继平. 单中心急性缺血性卒中行机械取栓的疗效分析(附 58 例报告)[J]. 中华神经外科杂志, 2018, 34(3):248-252.
- [4] 邢鹏飞, 杨鹏飞, 李子付. 支架机械取栓治疗急性基底动脉闭塞的疗效观察[J]. 中华神经外科杂志, 2018, 34(3):235-241.