

临床护理

DOI: 10.11699/cyxb20130708

置管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成的护理

彭 波, 黄淑君, 时 德, 任红艳

(重庆医科大学附属第一医院血管外科, 重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨下肢深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)置管溶栓(catheter-directed thrombolysis, CDT)的治疗效果及护理。方法:回顾分析 245 例混合型下肢 DVT CDT 治疗效果及护理的临床资料。结果:本组 245 例患者中,治愈 219 例,显效 26 例,有效 100%。结论:CDT 是治疗下肢 DVT 的重要手段,做好术前术后护理,可降低下肢 DVT 后遗症的发生。

【关键词】下肢深静脉血栓形成;置管溶栓;护理

【中国图书分类法分类号】R473.6

【文献标志码】A

【收稿日期】2012-10-26

Nursing care for deep venous thrombosis of lower extremity treated by catheter-directed thrombolysis

PENG Bo, HUANG Shujun, SHI De, REN Hongyan

(Department of Vascular Surgery, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the efficacy of catheter-directed thrombolysis (CDT) in the treatment of deep venous thrombosis (DVT) of lower extremity and the related nursing process. Methods: Clinical nursing care data of 245 cases of mixed DVT treated by traditional therapy combined with CDT were retrospectively analyzed. Results: In all 245 cases, 219 (89.39%) were clinically cured, 26 (10.61%) were markedly improved with overall effective rate of 100%. Conclusions: CDT is effective in the treatment of DVT. Perioperation nursing, timely observation, prevention and handling of complications can decrease the sequelae of DVT of lower extremity.

【Key words】deep venous thrombosis of lower extremity; catheter thrombolysis; nursing care

下肢深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)是血管外科常见疾病,临床研究表明:单纯抗凝治疗,多数病人会不同程度地发生下肢深静脉血栓后综合征,其中 1/5 的病人发展为慢性肢体静脉功能不全,导致肢体溃疡,严重影响生活质量。在下肢 DVT 治疗过程中,有血栓脱落的风险,治疗或护理不及时可能引起致死性肺栓塞^[1]。因此如何早期安全有效地溶解下肢深静脉血栓,提高患者生存质量是目前临床研究的重点。在《2011 版下肢深静脉血栓形成诊治指南》中明确指出置管溶栓(catheter-directed thrombolysis, CDT)能显著提高下肢静脉血栓的溶解率,治疗时间短,并发症少,且能降低下肢静脉血栓后遗症的发生率。因此现将我科于 2008 年 1 月-2012 年 6 月收治的混合型下肢 DVT CDT 治疗与护理体会报告如下。

1 资料与方法

分析 2008 年 1 月-2012 年 6 月我院血管外科收治的混合型下肢 DVT CDT 治疗患者 245 例:男 112 例,女 133 例,男女比例 0.84:1。所有病例均术前经彩色多普勒或(和)放射性核素检查或(和)放射性静脉血管检查证实 DVT、健侧深静脉及下腔静脉通畅。

方法:为预防置管手术和溶栓过程中血栓脱落导致肺栓塞等严重并发症的发生,所有 CDT 患者均行可回收下腔静脉滤器置入术。健侧股静脉穿刺,按照相应操作规程,放置可回收下腔静脉滤器于低位肾静脉开口下方 2 cm 左右处。然后经健侧股静脉翻身置入溶栓导管至患肢深静脉血栓内,导管放置后立即给予尿激酶 20 万 U 脉冲法缓慢推注(5~10 min),术后留置导管 3~6 d,微量泵输入尿激酶 50 万 U 持续 6 h,间隔 6 h 再输 1 次,以后每 24 h 给予 100 万 U 尿激酶治疗。治疗期间同时给予低分子肝素 4 200 U,皮下注射,2 次/d。每日监测凝血象,控制国际标准化比值在 2.0~2.5;纤维蛋白原含量 ≥ 1.5 g/L,3 d 后再次造影明确静脉通畅状况,证实完全通畅者拔除导管,未达到预期效果则置管继续溶栓治疗 3 d,再次造影后拔除导管。2~3 周后造影提示滤网内无血栓则回收

作者简介:彭 波, Email: 386735634@qq.com,

研究方向:血管外科,外科护理。

滤器。疗效评估标准见表 1。

表 1 下肢 DVT CDT 疗效评估标准^[4]

Tab.1 Standard of assessment on efficacy of CDT for DVT of lower extremity

疗效	临床表现	静脉造影结果
治愈	下肢疼痛、肿胀完全消失	血栓完全溶解, 静脉壁光滑
显效	下肢疼痛消失, 肿胀明显消退	静脉内有附壁血栓, 管腔内径 $\geq 2/3$
有效	下肢肿胀、疼痛减轻	仍有血栓残留, 管腔内径 $< 2/3$
无效	下肢肿胀、疼痛未减轻	静脉回流不通畅, 治疗前后无变化

2 结 果

本组 245 例患者行下肢 DVT CDT 治疗后, 通过对患者术前及术后积极有效的护理措施和治疗, 获得了满意的治疗效果。患者肢体肿胀明显消退, 胀痛均消失, 无肺栓塞、消化道出血及颅内出血等并发症。静脉造影显示静脉具有不同程度的通畅, 本组病例治愈 219 例(89.39%), 显效 26 例(10.61%), 总有效率 100.00%。

3 护 理

3.1 心理护理

下肢 DVT 病人常因患肢增粗胀痛、发病突然、需长时间卧床、对疾病预后的担心、对介入手术和效果的担心, 而表现出严重的精神紧张、烦躁、焦虑等悲观情绪, 有肺动脉栓塞病人表现更为突出, 影响治疗效果及生活质量。护理工作中应主动热情的给病人详细介绍下肢 DVT 病因、治疗方案、预后及注意事项, 以及针对介入手术介绍其治疗的意义、效果、必要性、手术经过和注意事项, 展示同种病例显著疗效的对照图片, 请同类疾病患者现身说法, 增强病人治疗疾病的信心, 观察病人情绪变化, 加强交流沟通, 体贴安抚, 建立良好的护患关系, 减轻患者的紧张恐惧心理以取得患者的合作, 使病人积极配合治疗。

3.2 一般护理

研究者通过动物研究发现血栓机化与血管壁黏附紧密需要 10~14 d, 因此下肢 DVT 发病 2 周内病情最不稳定, 血栓极易脱落而致肺栓塞, 治疗早期(下腔静脉滤网置入前)应绝对卧床休息, 患肢禁止热敷、按摩及挤压, 防止发生肺栓塞^[2]。抬高患肢 30°, 促进血液回流和水肿的消退, 但避免腘窝垫枕而致腘静脉回流受阻; 术后患肢需保持伸直状态, 直至拔出导管加压包扎 6 h。

密切观察病人生命体征、患肢的皮肤颜色、温度、肿胀程度、动脉搏动及感觉和运动情况, 时刻警惕患肢血供和肺栓塞征象的出现。每日测量小腿周径, 观察动态变化, 并与健侧小腿作比较, 判断疗效。测量周径点为髌骨上缘 15 cm, 髌骨下缘 10 cm, 内踝中点上方 2 cm。卧床期间, 注意更换体位。保持皮肤清洁, 做好基础护理, 防止褥疮发生。

3.3 活动与饮食的指导

指导病人戒烟, 减少咳嗽; 多饮水, 进食低脂、高纤维素、易消化食物, 避免高胆固醇及辛辣饮食, 降低血液黏度; 保持大便通畅, 防止因腹压增高而影响下肢静脉回流和血栓脱落^[5]。滤器植入 24 h 后, 鼓励患者在床上行足背伸屈运动。但置管部位关节禁止过度屈曲和活动。导管拔出后鼓励患者尽早下床活动, 恢复期患者逐渐增加活动量和行走距离, 锻炼下肢肌力以促进下肢深静脉再通和侧支循环建立。

3.4 留置导管及穿刺部位的护理

术后溶栓导管的护理是治疗中的关键, 直接关系到溶栓治疗的效果^[6]。务必告知患者及家属导管的用途和妥善固定的重要性, 严格导管护理, 保持导管固定到位, 并教会患者如何带管翻身。避免拖出、移位、打折、弯曲。注射完毕用无菌纱布包扎导管注射端, 并用肝素帽封管保持导管通畅。同时做好观察记录, 内容包括置管时间、置管深度、外露长度等基本信息, 以及溶栓药用法剂量、不良反应、穿刺局部状况、足背动脉搏动、下肢皮温、及可能出现的其他情况。需密切观察导管有无脱落、堵塞等, 保持导管周围皮肤清洁干燥, 防止感染。避免并发症的发生。

3.5 用药及并发症的护理

在 CDT 期间应准确及时地执行医嘱, 严格无菌操作。从置管处输入液体时排尽空气, 严防空气栓塞。

在应用抗凝剂进行治疗时, 应正确掌握剂量、给药途径、给药时间及给药速度。尿激酶应现配现用, 以免效价降低; 低分子肝素具有抗凝、阻止血小板凝聚、降低血液黏稠度的作用。注射部位选择左右锁骨中线与脐水平线交点上下左右 5 cm 范围的皮下脂肪组织内交替给药。注射时用拇指和食指夹起皮肤形成皱褶, 以 90°角将针刺入脂肪组织, 注入药物后, 迅速拔针, 局部按压 3 min^[4], 无出血方可松手。

出血是溶栓过程中常见的并发症, 抗凝、溶栓药物剂量及患者敏感性是引起出血的主要原因。治疗过程中每日检测凝血象、大便潜血、尿常规等试验, 密切观察血压心率及末梢循环情况等。观察有无鼻出血, 牙龈出血, 皮肤散在出血等; 观察神志、意识、有无头痛、视力模糊, 警惕颅内出血。牙龈出血, 可用冰盐水漱口; 鼻出血可用 0.1% 盐酸肾上腺素棉球堵塞鼻腔; 日常生活中避免使用硬毛刷刷牙, 禁止抠鼻剔牙, 以免外界损伤黏膜导致出血。穿刺点出血, 可于穿刺点上方局部沙袋加压^[4]。观察有无胸痛、呼吸困难、咳嗽、痰中带血、血压下降等早期症状, 除外肺栓塞。术后应让患者严格卧床; 备好抢救药品及器材; 严密观察病情变化, 必要时监测心电图与血气分析。如有异常, 应立即通知医师处理, 并予高浓度氧气吸入。

3.6 出院指导

出院时给予健康指导, 告诫病人要绝对禁烟, 饮食宜清淡、低脂、多食富含纤维素的食物, 保持大便通畅, 多饮水, 促进废物排泄, 降低血液黏度, 防止血栓形成。避免久站久坐, 适量运动, 以不感到疲劳为宜, 避免长距离行走, 根据患肢情况, 逐步恢复正常生活。指导病人正确穿戴弹力袜, 患肢穿循序减压弹力袜至少 2 年。严格遵医嘱口服抗凝药物, 用药期

间观察皮肤黏膜情况、大小便颜色,每周监测血常规及出血时间。嘱患者如出现牙龈出血、血尿等症状应及时就医。出院后 3~6 月到门诊复查,当患肢肿胀不适时及时卧床休息,抬高患肢高于心脏水平 20~30 cm,仍无明显消退时应及时就诊。

4 讨 论

随着生活水平的提高,高血脂等导致血黏度的危险度升高,下肢 DVT 的发病率也越来越高,是血管外科的常见病、多发病。下肢 DVT 主要表现为肢体肿胀、疼痛等,少数病人会发生致命伤的肺栓塞,尤其是 2 周以内,血栓质地柔软,与血管黏附不牢固极不稳定,脱落致肺栓塞的风险较高^[6]。然而较多的患者对下肢 DVT 缺乏了解,以致患者思想负担过重,而专科性、个体化、流程化、整体性责任制优质护理服务,从病人入院开始,由责任护士按照护理流程和规范,结合病人的具体情况,运用多种形式反复讲解疾病的治疗、用药及转归,让病人了解下肢 DVT 的发生、治疗及预后情况;对病人进行心理疏导、沟通,耐心倾听病人的诉说,反复进行开导安慰,协助病人做好生活照护,认真回答病人所提出的各种问题,帮助病人消除不良情绪,树立战胜疾病的信心,体现优质护理的思想。

大量研究表明:单纯抗凝治疗 30%~80% 会发生下肢深静脉血栓后综合征,其中超过 20% 的病人会发展为严重慢性肢体静脉功能不全。在《2011 版下肢深静脉血栓形成诊治指南》^[7] 中指出 CDT 因出血风险较小,条件允许时首选 CDT 治疗。CDT 是在影像指引下,将溶栓导管置入静脉血栓内,溶栓药物通过溶栓导管的多侧孔直接作用于血栓。国外最早 1994 年已经报道有明显的疗效(Semba 报道完全溶解率 72%,部分溶解率 20%),挪威的多中心研究结果提示,在急性下肢 DVT 中 CDT 治疗与单纯抗凝相比,静脉通畅率为 64% vs. 36%,效果明显^[8]。1 项欧洲多中心临床研究也发现 CDT 能显著提高静脉血栓的溶解率,治疗时间短,并发症少,降低静脉血栓后遗症的发生率。国内较多研究也同样发现 CDT 能显著提高血栓的溶解效果^[9-11]。

在溶栓治疗的药物中,尿激酶因无抗原性、无热原性,不良反应小,来源广泛而作为临床最常用的溶栓药物^[12]。尿激酶常规静脉给药属全身治疗,血栓局部药物浓度低,药物作用时间短,溶栓效果不甚理想(由于病例因素,未进行治疗对比),笔者在临床治疗中,采用血栓内 CDT,使尿激酶局部作用,

提高了治疗效果。在尿激酶的使用中,因尿激酶半衰期短,所以要做到现配现用。CDT 过程中,为降低尿激酶溶栓时的并发症的发生,术后每日抽血检测凝血,以便及时调整抗凝、溶栓药物剂量,同时严密观察是否有出血倾向。

在下肢 DVT 急性期的治疗中,肺栓塞及脑出血为最严重的并发症。据统计约有超过 60% 以上的肺栓塞栓子来源于下肢和盆腔静脉血栓,本组病人因术前均置入临时下腔静脉滤器,所以未出现致死性肺栓塞,这也符合下肢 DVT 治疗指南的建议。在下肢 DVT 的诊治过程中,为避免肺栓塞的发生,需监测患者生命体征及血氧饱和度的变化,若患者突然出现胸闷、胸痛、呼吸急促、心率加速和血氧饱和度下降等表现时,应及时给予高流量吸氧,并报告医生,协助医生进行治疗。在抗凝、溶栓期间,应特别注意患者血压、神智变化情况,发现异常及时向医生报告,避免脑血管意外的发生。

综上所述,下肢 DVT CDT 治疗是一种有效、安全的方法;护理时需要注意避免导管拖出、移位、打折、污染,预防相关并发症的发生。急性期下肢 DVT 病人症状明显,发生肺栓塞风险高,因此护理中需注意专科性、个体化、流程化、整体性责任制优质护理服务理念,减少下肢 DVT 病人并发症的发生,提高病人的生存质量。

参 考 文 献

- [1] Mitchell M, Nordenholz K E, Kline J A. Tandem measurement of D-dimer and myeloperoxidase or C-reactive protein to effectively screen for pulmonary embolism in the emergency department[J]. Academic Emergency Medicine, 2008, 15(9): 800-805.
- [2] 杨 冰, 赵庆华, 赵 渝. 溶栓抗凝联合治疗大鼠急性血栓后对局部管壁的影响[J]. 重庆医科大学学报, 2010, 35(2): 262-264.
Yang B, Zhao Q H, Zhao Y. Changes of local inferior caval vein wall after acute thrombosis with therapeutic alliance in rats[J]. Journal of Chongqing Medical University, 2010, 35(2): 262-264.
- [3] 颜素琴. 下肢深静脉血栓取栓术 23 例手术护理配合[J]. 护理实践与研究, 2006, 2(20): 327-328.
Yan S Q. Lower extremity deep venous thrombosis embolectomy with 23 cases of surgical care[J]. Practice and Research, 2006, 2(20): 327-328.
- [4] 张精勇, 金 星, 吴学君, 等. 下肢深静脉血栓的置管溶栓治疗[J]. 实用医学杂志, 2003, 19(10): 1143-1144.
Zhang J Y, Jing X, Wu X J, et al. Catheter thrombolytic therapy for deep venous thrombosis[J]. The Journal of Practical Medicine, 2003, 19(10): 1143-1144.
- [5] 庄迎九, 陈 宁, 耿宝花, 等. 超急性期下肢深静脉血栓形成病人的护理研究[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(23): 65-66.