脑血管病后下肢深静脉血栓形成的原因分析及护理对策

郑佩君

（浙江省宁波市第一医院　315010）

摘要：目的：探讨脑血管病后下肢深静脉血栓形成的原因，探索减少下肢深静脉血栓形成的有效护理措施，并进行针对性的护理，为专科临床护理工作提供指导。方法：调查我科 2002~2005 年收治的脑血管病人中并发下肢深静脉血栓形成的 11 例病人的发病原因，采取预见性护理及针对性的护理。结果：下肢深静脉血栓形成是脑血管病常见的并发症。引起下肢深静脉血栓形成的三大因素是血流缓慢、血液高凝状态和静脉壁损伤。结论：对脑血管病患者采取有效的护理干预措施，可以减少并发症的发生。同时对下肢深静脉血栓形成的患者进行针对性的护理，可以促进其康复。

关键词：脑血管病；下肢深静脉血栓；护理

中图分类号：R 473.5　　**文献标识码：**B　　**文献编号：**1671-4040(2007)06-0082-02

脑血管病后下肢深静脉血栓形成（DVT）是一种常见的并发症，急性期可并发肺栓塞，晚期常造成致残性下肢深静脉血栓形成[1]，肺栓塞是导致患者病情加重和死亡的重要因素，因此对脑血管病并发下肢深静脉血栓形成进行有效预防和护理，是降低病人的致残率和死亡率的关键 。现结合我院神经内科确诊的 11 例患者，报告分析如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　2002~2005 年收治的脑血管病人中并发下肢深静脉血栓形成共 11 例，其中男 6 例，女 5 例；年龄 56~77 岁，平均 67 岁；脑梗死 8 例，脑出血 3 例，均经 CT 或 MRI 确诊。DVT 则全部经彩色多普勒证实。血栓发生在瘫痪侧的 9 例，健侧的 2 例；发生时间为入院后 6~15d；11 例患者中 2 例因病情恶化死亡，其余 9 例均有不同程度的好转。

1.2　原因分析　1946 年 Virchow 提出血流缓慢、血液高凝状态和静脉壁损伤是造成 DVT 的三大因素[2]。脑血管病后患者长期卧床，此时静脉血流缓慢，在瓣窦内形成涡流，不仅激活内源性凝血系统，并使血小板从血流中轴流动移向内膜，促进血栓形成[3]。脑血管病患者多伴有心脏疾患、高血脂、糖

血逐渐停止，生命体征恢复正常。

3.2　酸中毒　术中 CO_2 长时间高压灌注，大量外源性 CO_2 被吸收，腹腔内压升高，膈肌抬高，肺顺应性下降，胸腔内和腔静脉压增高，回心血量降低，外周阻力和内分泌因素（如儿茶酚胺）等均能使血压、心率、呼吸、气道压力和动脉 CO_2 压力升高，血 pH 下降，从而导致 CO_2 潴留而产生呼吸性酸中毒[2]。术后应严密观测患者神志、呼吸、SPO_2、pH 变化。本组 2 例，均在术后 1h 躁动不安、血压升高、心率增快、呼吸浅慢（10~13 次 /min）、SPO_2 降到 86%~89%，动脉血气分析 pH 值分别为 7.26、7.19。立即垫高肩部，开放气道，保持呼吸通畅，给鼻导管吸氧 2~3L/min，但要注意避免持续高流量，以免抑制呼吸强度，同时鼓励患者加深加快呼吸，通过自身调节功能，促进 CO_2 排出。每小时血气分析化验，2h 仍有轻度酸中毒，分别于 4h、5h 酸中毒得以纠正，SPO_2 均达 95%以上。

3.3　伤口漏尿　双 J 管梗阻引流不畅，或导尿管过早拔除导致膀胱内尿液通过内支架管返流而造成上尿路压力增高等，均可造成创口漏尿。术后要严密观察管道引流及创口敷料等情况。本组 6 例患者，4 例于术后第 3 天，1 例于术后第 5 天，后腹腔引流管流出尿样液体，每天引流量与尿管的尿量相等，同时患者均有腰部酸胀症状；1 例患者拔除引流管后第 3 天伤口漏尿。立即对患者采取头高卧位，以利尿液沿着输尿管走向自然引流而出；保持各引流管畅通，准确记录引流量、颜色、性质，并对最后 1 例重新留置导尿管，及时更换潮湿敷料，采取腹带加压包扎措施。按医嘱均予足量抗生素治疗。经上述处理，前 5 例患者分别于术后 7~12d 因引流管再无液体流出而拔管，后 1 例患者 8d 后因创口无漏尿而拔除导尿管，后均愈合。

3.4　皮下气肿及肩部酸痛　皮下气肿由术中 CO_2 气体循筋膜间隙上下弥散所致；肩部酸痛是由 CO_2 气体刺激膈肌导致双侧神经反射所引起，并随病人体位改变，尤其是取半卧位时症状加重。术后应观察患者呼吸是否正常，有无咳嗽、胸痛、皮下气肿等症状。本组 1 例，术后发现轻度皮下气肿，考虑到轻度 CO_2 气体可自行吸收，未给予特殊处理，其症状于第 3 天自然消失；肩部酸痛，采取置病人于平卧位、双肩部按摩措施，以缓解酸痛，并酌情使用消炎镇痛药，其症状在 48h 后逐渐消失。

3.5　双 J 管移位　原因为置管不到位、下端未完全置入膀胱内，此外与女性患者尿道短等有关[3]。置管后应立即行 X 线检查，明确双 J 管位置，同时限制患者活动，防止双 J 管移位，并应定期复查。双 J 管一旦发生上移，应在输尿管镜下取出；下移，应在膀胱镜下取出。本组 2 例，分别于 10d、12d 出现双 J 管下移，经膀胱镜取出，后经 B 超及 IVU 检查证实，无切口处狭窄。

3.6　出院指导　患者术后如果伤口愈合佳，漏尿无，排尿通畅，即可出院。嘱患者 3 个月内忌憋尿、剧烈运动、行弯腰下蹲动作，避免因便秘、咳嗽等增加腹压，以防双 J 管滑脱或上下移动。嘱患者多饮水，每天 2 000mL，达到自行冲洗尿路之目的，防止泌尿系统感染，同时注意尿色、尿量变化，发现异常及时回院就诊。定期复查肾功能、做泌尿系 B 超及静脉肾盂造影。置管时间以 4~6 周为宜，一般不超过 3 个月，嘱患者 1~3 个月内回院拔管[4]。

参考文献

[1]李炎唐.泌尿外科手术并发症预防和处理[M].北京：人民卫生出版社，2004.156

[2]陈方敏,曾甫清,赵军,等.泌尿外科腹腔镜术后并发高碳酸血症的原因分析[J].中华泌尿外科杂志，2005，26（10）：712~714

[3]沈玲玲.内置双 J 管患者的观察与护理[J].护理与康复，2004，3（3）：170~171

[4]路继儒,郑汝强,张峰彬.双 J 导管置管时间对输尿管功能的影响[J].中华泌尿外科杂志，2000，21（4）：201

（收稿日期：2007-04-24）

脑血管疾病患者康复期跌倒的危险因素及对策

吴芳

（广东药学院附属第一医院　广州 510600）

关键词：脑血管疾病；康复期；危险因素；跌倒；对策

中图分类号：R 473.5　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)06-0083-02

康复医学是一门针对功能障碍或残疾的学科，康复科收治的病人多有肢体功能障碍且生活不能自理，跌倒事件时有发生。我科自 1993 年成立以来，每年均有 1~2 例跌倒事件发生，轻者不会造成太大影响，重者增加了伤痛，延长了住院时间，影响了整体康复。这些跌倒的患者大多数为脑血管疾病康复期的老年病人，因此，医护人员应重视脑血管疾病患者康复期跌倒的危险因素，采取积极的防跌措施。下面将我们在脑血管疾病患者康复期发现的一些跌倒危险因素及采取的对策总结如下：

1　危险因素

1.1　*环境因素*　病区布局或物品配备不当，如床头柜、凳子摆放的位置不当，病室光线昏暗，霉雨季节地面潮湿过滑，活动空间过小、过道有障碍物、浴室或走廊缺少扶手，穿不合身的病员服及易滑倒的鞋均易导致跌倒。

1.2　*工作人员因素*　科室管理人员及医护人员防跌意识不强，缺乏预见性和洞察力，病人有可能发生跌倒的隐患因素没有及时发现，病区规章制度不健全，防跌措施不到位。

1.3　*家属或陪护工的因素*　随着患者肢体功能的增强，陪伴的家属或陪护工有时会过高地估计患者的能力，开始疏于监护。2005 年 7 月我科一位 65 岁的男性患者，因为肢体功能障碍，在功能训练室训练完后，陪护工擅自离开，患者失去保护而不慎跌倒，导致股骨颈骨折，增加了患者的伤痛，延长了住院时间，影响了整体康复。

1.4　*个人因素*　脑血管疾病康复期的病人，常伴有失语，视力障碍，听力、定向力、记忆力下降，注意力分散，反应迟钝、行动迟缓，肢体功能障碍、运动控制能力下降、步态不稳、机体功能老化，生活不能自理等，都有可能导致患者跌倒。另外，认知障碍，对情况判断有误，缺乏足够的保护能力，在室内外行走或活动时意识不到危险的存在,也有可能导致跌倒。

1.5　*心理因素*　常见于知识型及独立性、自尊心较强的患者，对自身能力估计过高，当患者初具步行能力后，希望摆脱对他人的依赖或不愿意麻烦家人、陪护人员或护理人员，对

尿病，血液黏稠度高，加之应用脱水剂后又加重了血液的高凝状态。脑血管病后患者常需较长时间的输液，由于患者躁动及方便性上考虑，一般喜欢从偏瘫侧输入，容易损伤血管；且常输液量较大及输入一些对血管有刺激性的药物，从而刺激静脉内膜，引起血管痉挛，可使血管内膜释放出组织因子和凝血因子，从而启动凝血系统，诱发静脉血栓形成。脑血管病后患者往往伴有情绪的改变，抑郁、多虑等不良情绪，加重了血管痉挛，也容易发生血栓。

2　预见性护理

2.1　*心理护理*　关心病人的心理活动，尤其是发病后的抑郁、焦虑情绪，给病人以同情、安慰及支持，变不良情绪为积极情绪。

2.2　*饮食护理*　饮食宜清淡，进食低脂富含纤维素的食物，保持大便通畅，以减少因用力排便使腹压增高，影响下肢静脉回流。减少食盐摄入，多食新鲜水果、蔬菜及黑木耳等降低血液黏稠度的食物。吸烟者应禁烟,以防止尼古丁刺激引起静脉收缩诱发血栓形成。鼓励患者多饮水以稀释血液黏稠度。

2.3　*穿刺护理*　避免在患肢进行静脉输液及深静脉穿刺、深静脉置管等操作，以免造成静脉内皮细胞损伤，增加深静脉血栓形成的诱发因素。尽量选择上肢静脉。选择静脉小分支时，针头宜细，操作力求一次成功，拔针后按压时间不宜过长，以免局部形成血栓。需长期输液时，应避免在同一部位、同一静脉反复穿刺,使用对静脉有刺激性的药物时更应注意。

2.4　*其他*　注意观察双下肢有无颜色改变、水肿、浅静脉怒张和肌肉有无深压痛，必要时测量两侧下肢相应平面的周径，若发现两侧下肢的周径相差 0.5cm 以上时，及时通知医生。卧床期间定时翻身，更换体位，避免膝下垫枕使髋部过度屈曲，以免压迫静脉,影响回流。鼓励早期进行肢体功能锻炼。

3　DVT 患者的护理

向病人及家属介绍有关疾病治疗及护理措施，从心理上解除病人的思想顾虑，心情愉快地配合治疗。急性期病人绝对卧床休息，采取平卧位，患肢制动，将下肢抬高于心脏水平 30°，以增加静脉血液回流，减轻下肢水肿；膝关节安置于稍屈曲位，避免大幅度活动；严禁热敷和按摩，以防栓子脱落造成肺栓塞。保持床褥平整、干燥，定时给病人翻身，更换体位，防止压疮发生。患肢要防寒保暖，以免在缺血状态下增加组织耗氧量。观察患肢末梢颜色、温度、湿度，倾听病人的主诉，认真记录疼痛的部位、程度和游走方向，并触摸肢体相关动脉的搏动情况，指压毛细血管的充盈度，如按压部位的肤色在 15s 内转红，表明该部位侧支循环已有改善，定期测量患肢周径变化，以明确疗效。密切观察病人有无突然烦躁、呼吸频率加快、发绀、胸痛等肺栓塞症状，如出现异常立即平卧，避免翻动及深呼吸、咳嗽等剧烈活动，给予高浓度氧气吸入，协助医生抢救。使用尿激酶、肝素进行溶栓抗凝治疗时，应现用现配。每日检查血凝全套，观察有无出血倾向，如鼻腔、齿龈有无异常出血，有无血尿、黑便等，注意观察注射部位有无青紫及血肿。同时注意病人有无意识模糊、瞳孔变化、头痛、呕吐、血压升高等颅内出血现象，发现异常及时通知医生。

参考文献

[1]邹志英,刘如玉,何晓枫,等.下肢深静脉血栓形成及肺动脉栓塞[J].心肺血管病杂志,1996,15(2)：99

[2]曲东锋,陈光洲.缺血性卒中患者的早期处理指南[J].国外医学• 脑血管疾病分册,2003,11(5)：323~344

[3]吴在德.外科学[M].北京：人民卫生出版社，2000.647

（收稿日期：2006-10-08）