

普外科术后下肢深静脉血栓形成预防性护理干预效果的临床分析

赵梦霞

浙江大学附属邵逸夫医院 310016

【摘要】目的 探讨预防性护理干预对普外科手术术后下肢深静脉血栓形成的预防效果。**方法** 随机选择该院普外科行手术治疗的 90 例患者为研究对象,按照随机数字表法将患者分为对照组和研究组,分别给予常规护理和综合性预防性护理,观察并记录两组患者术后下肢肿胀和 DVT 发生率、护理满意度和对住院时间之间的差异是否具有统计学意义。**结果** 对照组 12 例患者出现下肢肿胀(发生率 26.67%),8 例患者出现下肢深静脉血栓形成(发生率 17.78%),护理满意度为 82.22%(37/45),住院时间为(7.89±1.34)d;研究组 3 例患者出现下肢肿胀(发生率 6.67%),未见下肢深静脉血栓形成(发生率 0.00%),护理满意度为 97.78%(44/45),住院时间为(5.27±1.23)d,假设检验表明,两组患者术后下肢肿胀发生率、下肢深静脉血栓形成发生率、护理满意度和住院时间之间的差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对普外科手术患者实施综合性预防性护理干预,可有效改善患者血浆高凝状态,可显著降低下肢肿胀和深静脉血栓形成发生率,提高护理满意度,值得临床推广应用。

【关键词】 行动研究法;普外科手术;下肢深静脉血栓;预防

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 07-116-02

手术是深静脉血栓形成的重要危险因素,病人的年龄、手术种类、创伤大小、手术时间及术后卧床时间等都影响深静脉血栓形成的发生。既往研究表明,普外科手术术后深静脉血栓形成发生率在 19% 左右,以下肢深静脉血栓形成最为多见。深静脉血栓形成可致患肢明显肿胀和剧烈疼痛,严重影响术后身体恢复效果,甚可造成肺栓塞,危及生命安全。为预防普外科术后深静脉血栓形成的发生,该研究随机选择该院普外科行手术治疗的 90 例患者为研究对象,按照随机数字表法将患者分为对照组和研究组,分别给予常规护理和综合性预防性护理,比较两组患者的护理效果。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选择该院普外科行手术治疗的 90 例患者为研究对象,排除合并严重器质性或系统性疾病患者、恶性肿瘤者。采用随机数字法将所有患者分为两组。对照组患者中,男性 25 例,女性 20 例;年龄在 22~79 岁之间,中位年龄 43 岁;研究组患者中,男性 23 例,女性 22 例;年龄在 21~80 岁之间,中位年龄 45 岁。两组患者的性别组成、中位年龄和手术类型比例等一般资料之间的差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

两组患者均给予祛聚、抗凝溶栓治疗,同时行基础护理、饮食指导、功能锻炼、病情监测、肢体外敷、保暖防血管闭塞护理等常规外科护理。研究组患者在常规外科护理基础上,给予综合性预防护理干预。主要措施包括:(1)护士应用 Well 量表综合评估患者术后发生下肢深静脉血栓形成的危险因素,根据评估结果制订包括按摩、床上活动和下床活动等在内的个性化预防性护理干预计划。(2)为避免下肢深静脉血栓形成,应尽量避免术后下肢输液,不反复穿刺同一部位静脉,避免局部刺激诱发血栓形成;每天定时为患者按摩下肢,指导患者及其家属掌握按摩技能并进行按摩,保持下肢血液循环通畅;护士应根据患者术后恢复情况,制定个体化的康复锻炼方案,指导患者遵循“循序渐进、适可而止”的原则下进行下肢和臀大肌训练,促进下肢血液循环;指导患者和家属给予患者高维生素、高蛋白、高纤维素、低脂肪饮

食,每天保证供给足够的水分,保持肠道通畅。(3)心理护理。护士必须与患者积极沟通交流,全面了解患者的心理状态及其异常变化,及时给予针对性心理疏导,通过向患者讲解前期成功预防下肢深静脉血栓形成的案例,缓解其心理压力,坚定患者战胜疾病的信心,并使用通俗易懂的语言,耐心的向患者讲解术后产生下肢深静脉血栓形成的原因和危害,提高患者认知水平,使其建立自我保护意识,主动预防下肢深静脉血栓形成。对于肥胖和患有糖尿病的下肢深静脉曲张患者,应给予个体化的心理指导。

1.3 观察项目和判定标准

观察并比较两组患者术后下肢肿胀和下肢深静脉血栓形成发生率、住院时间;下肢深静脉血栓形成判定标准:患者皮肤温度降低,患肢出现明显肿胀,且足背动脉搏动和颈后动脉搏动呈减弱或消失的情况。应用护理满意度调查表调查患者对护理质量的主观评价。调查表设计的满分为 100 分,75 分以上者判定为满意,75 分以下者判定为不满意。

1.4 统计方法

术后下肢肿胀、下肢深静脉血栓形成和护理满意度情况采用 $[n(\%)]$ (发生率,满意度)表示,应用 χ^2 检验;应用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示患者住院时间,应用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对照组 12 例患者出现下肢肿胀(发生率 26.67%),8 例患者出现下肢深静脉血栓形成(发生率 17.78%),护理满意度为 82.22%(37/45),住院时间为(7.89±1.34)d;研究组 3 例患者出现下肢肿胀(发生率 6.67%),未见下肢深静脉血栓形成(发生率 0.00%),护理满意度为 97.78%(44/45),住院时间为(5.27±1.23)d,假设检验表明,两组患者术后下肢肿胀发生率、下肢深静脉血栓形成发生率、护理满意度和住院时间之间的差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

下肢深静脉血栓形成是指静脉血液在下肢深静脉血管内的非正常凝结,大都发生在制动状态,可遗留下肢水肿、继发性静脉曲张、皮炎、色素沉着、淤滞性溃疡等异常改变。静脉血流滞缓、静脉壁损伤和血液高凝状态是静脉血栓形成

的三大要素,单一因素尚不能独立致病,静脉血流滞缓和血液高凝状态是两个主要原因,2~3个因素的综合作用造成深静脉血栓形成,体检时可见患肢肿胀、静脉血栓部位压痛常有压痛、Homans征和浅静脉曲张等改变。手术对于提高疾病治疗效果具有重要意义,但手术创伤通常较大,术中可促使患者释放内源性活性物质,造成患者代谢、免疫和血流动力学等生理功能紊乱;同时术后在麻醉药物作用下,肌肉丧失自然收缩能力,加之长期卧床,均会降低患者下肢静脉血流量,造成下肢深静脉血栓形成的发生。25%腹部手术患者出院后6周内发生下肢深静脉血栓形成,包括围手术期制动、大量使用止血药物、围术期体内凝血、抗凝及溶栓系统异常和静脉血管损伤等危险因素。在临床实践中,应给予祛聚、抗凝溶栓治疗,同时给予积极的预防性护理,避免和降低下肢深静脉血栓形成的发生。在普外科护理实践过程中,要针对患者实际情况采取针对性预防护理措施。物理方法简单易行,

卧床病人的按时翻身、按摩或挤捏肢体、抬高肢体等从被动运动尽早过渡到主动运动,以便促进静脉回流。

综上所述,对普外科手术患者实施综合性预防性护理干预,可有效改善患者血浆高凝状态,可显著降低下肢浮肿和深静脉血栓形成发生率低,提高护理满意度,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 李俊丽.手术患者下肢深静脉血栓形成的预防性护理[J].基层医学论坛,2015(21)
- [2] 许连芳.手术室术中护理对减少下肢深静脉血栓形成的效果研究[J].临床医学研究与实践,2017(34)
- [3] 刘洪英.预防性护理干预对妇科术后下肢深静脉血栓形成的影响[J].基层医学论坛,2015(05)
- [4] 武香丽.骨科大手术后下肢深静脉血栓形成预防性护理干预[J].中国社区医师(医学专业),2012(18)

(上接第114页)

响到治疗效果。对慢性支气管炎患者实施健康教育非常必要,能通过心理干预、生活方式指导、呼吸训练、疾病宣教、深呼吸和有效咳嗽指导、出院指导等措施增进患者对相关健康知识的认知,保持积极乐观的心态,规范行为习惯,积极配合治疗和护理工作,利于提升治疗效果,并加快康复进程,缩短住院时间,减轻家庭经济压力^[3]。健康教育是一项科学的护理方法,能满足患者的护理需求,利于疾病的治疗,但同时也对护理人员提出了更高的要求,要求其树立“以患者为中心”的服务观念,不断提升专业水平和沟通能力,提升健康教育的质量和效率^[4]。

本次实验证实,在对慢性支气管炎患者实施健康教育后,其治疗效果显著提升,总有效率高达94.3%,肺动脉高压、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病等并发症的发生率显著降低,以

上数据相比于仅采用常规护理的患者差异明显, $P < 0.05$,本次试验结果类似于白海芬^[5]的实验结果。可见,健康教育在慢性支气管炎患者护理中具有积极的应用价值,值得推广。

参考文献:

- [1] 林煜华,贺舰灵.系统健康教育在慢性支气管炎护理中的作用[J].内科,2013,8(4):448-448.
- [2] 常明凤.健康教育在慢性支气管炎患者护理中的应用[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(2):319-320.
- [3] 常晨曦.健康教育在慢性支气管炎患者护理中的临床价值分析[J].中国保健营养旬刊,2012,22(9):3487-3487.
- [4] 孙攀.系统健康教育在慢性支气管炎护理中的作用[J].临床医学研究与实践,2016,1(4):89-89.
- [5] 白海芬.健康教育在慢性支气管炎患者护理中的临床应用效果[J].中国医药指南,2016,14(29):245-246.

(上接第115页)

升患者对淋巴囊肿及感染的基础认知程度,掌握淋巴囊肿及感染的发生病理基础;同时应注意患者术后的保温工作,寒战时应注意保温降低热量散失,对四肢末梢循环不佳者可在病人腘窝、腹股沟、腋下等处使用热水袋,并用毛巾包裹,避免直接接触皮肤而发生烫伤,严格交接班,定时查看皮肤温度、颜色;应注重对患者补充水分与营养,防止大量出汗导致水电解质紊乱,鼓励患者多饮水,每日不得少于2000ml^[4],促使化疗后患者体内毒素排泄并带走多余热量,术后患者应进食高纤维素,并选择易消化、清淡的粥类、汤类作为主要食物,不能进食者应选择静脉补充营养液,应及时纠正患者术后贫血状态,通过营养支持维持代谢正平衡和重要脏器功能,改善全身营养状况,提高机体抵抗力,保证治疗的顺利进行,提高抗感染疗效^[5];应注意对患者口腔、尿道口的卫生管理,定期清洗身体,保持洁净,预防细菌滋生,避免交叉感染的发生。

综上所述,在常规抗感染治疗基础上联合G-CSF可有效

预防妇科肿瘤手术患者化疗后淋巴囊肿感染发生率,给予患者针对性护理干预可在一定程度上改善心理状态及生活质量,具有临床应用及推广价值。

参考文献:

- [1] 邹珺.妇科患者恶性肿瘤切除术化疗后淋巴囊肿感染的临床治疗分析[J].中国医药指南,2016,14(9):161-161.
- [2] 郭敏,朱波,沈晓露,等.妇科恶性肿瘤术后化疗后淋巴囊肿并发症感染25例临床分析[J].中华全科医学,2015,13(7):1051-1053.
- [3] 姚远洋,李云,王悦,等.妇科肿瘤腹膜后淋巴结切除术后淋巴囊肿形成的相关因素分析[J].现代妇产科进展,2013,22(1):32-35.
- [4] 强蕾.妇科恶性肿瘤术后化疗后淋巴囊肿并发感染100例分析[J].陕西医学杂志,2012,41(8):1081-1082.
- [5] 徐律,柯晓慧,黄一统.妇科肿瘤手术患者化疗后淋巴囊肿感染预防及治疗[J].中华医院感染学杂志,2013,23(23):5744-5745.