

• 护理学 •

文章编号: 1002 - 0217(2018)03 - 0303 - 03

综合护理在下肢动脉硬化闭塞症腔内介入治疗围手术期中的应用

曾美红 徐姝娟 朱红筠 汪爱梅

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 血管外科 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 总结下肢动脉硬化闭塞症(ASO)患者腔内介入治疗围手术期的护理要点及经验体会。方法: 选取2016年1月~2017年9月收治的22例ASO患者, 术前进行疾病相关知识宣教, 评估患肢病情, 术后严密监测患者生命体征及患肢血运, 观察穿刺点愈合情况, 妥善护理溶栓管, 指导患者活动及饮食, 积极预防并发症。结果: 22例患者介入治疗均成功, 无并发症发生。患者下肢发凉、疼痛等症状均有明显好转。结论: 通过对ASO腔内介入治疗患者进行综合的围手术期护理, 可以促进早期康复, 减少并发症发生, 提高治疗效果。

【关键词】综合护理; 下肢动脉硬化闭塞症; 腔内介入治疗; 围术期护理

【中图分类号】R 473.6 **【文献标志码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2018.03.031

下肢动脉硬化闭塞症(arteriosclerosis obliterans, ASO)是指由于动脉粥样硬化导致下肢动脉壁增厚、僵硬、迂曲、缺少弹性, 继发血栓形成, 致使动脉血管腔狭窄或闭塞, 病变肢体出现缺血症状, 最终引起下肢间歇性跛行、皮温降低、疼痛, 乃至发生肢体溃疡或坏死等临床表现的慢性进展性疾病。好发于下肢中、大型动脉, 常合并有高血压、冠状动脉粥样硬化心脏病、糖尿病等。发病率随年龄的增长而增加^[1], 据统计65岁以上的男性约10%, 而75岁以上为20%^[2]。介入腔内治疗创伤小, 可重复操作、恢复快, 操作简单且安全性较高, 有效降低因传统手术带来的并发症。目前腔内治疗正在快速地替代传统手术治疗, 成为首选治疗方法^[3]。我院血管外科于2016年1月~2017年9月成功对22例患者行下肢动脉支架成形术、单纯球囊扩张成形术、动脉置管溶栓等腔内治疗, 所有患者在围手术期均采取综合护理, 取得了良好的护理效果, 现将护理经验与体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2016年1月~2017年9月我科收治的ASO患者共22例, 男21例, 女1例, 年龄53~87岁; 其中8例合并糖尿病、5例合并高血压、7例合并足趾坏疽。

1.2 纳入标准 ①患者均行下肢血管多普勒超声

检查、下肢动脉CT成像检查明确诊断。②均有不同程度患肢发凉、麻木, 间歇性跛行、静息痛, 肢体溃疡或坏疽等下肢缺血表现。

1.3 手术治疗 ①术前基础治疗, 干预发病的相关因素, 包括戒烟戒酒, 控制血糖、血脂、血压, 保护坏死足趾, 抗凝祛聚治疗。②设计合适的手术方案, 22例患者均接受血管腔内介入治疗, 部分联合开放杂交手术方式。

1.4 综合护理干预措施

1.4.1 心理护理 ASO患者病程大多较长, 保守治疗效果不佳, 患者往往焦虑、抑郁甚至暴躁。予以心理护理, 正确引导, 疏导术前情绪, 保持良好心态, 帮助患者建立战胜疾病的信心, 使患者更好地积极配合治疗。

1.4.2 术前护理

1.4.2.1 术前基础护理, 配合医嘱 嘱患者戒烟酒, 定期测血压血糖, 如有异常及时汇报医生, 指导饮食, 多吃蔬菜水果, 使用抗凝祛聚药物后观察牙龈有无出血, 小便颜色是否有变化。

1.4.2.2 患肢保护 进行患肢保护相关知识指导, 卧床时取头高脚低位, 使血液容易流至末梢, 减轻缺血症状。避免久坐久站, 以免影响末梢循环, 避免双下肢交叠位, 防止血管受压。避免患肢受凉, 禁止热敷, 以免加重组织耗氧量, 加重已坏死肢体病变程度。勤修剪指甲, 避免手抓皮肤搔痒处, 以免造成皮

收稿日期: 2017-12-18

作者简介: 曾美红(1977-), 女, 主管护师, (电话) 13956163611, (电子信箱) 394076637@qq.com。

肤溃疡和继发感染。保持足部清洁干燥,选择合适的鞋和棉袜。如已存在足部皮肤溃疡或坏死,保持局部清洁,加强创面换药。

1.4.2.3 患肢疼痛的护理 ①疼痛是ASO的典型临床表现,间歇性跛行患者行走一段时间后,小腿或足部肌肉胀痛或抽痛,继续行走疼痛加重,休息后缓解;静息痛患者往往夜间痛醒,抚足而坐,彻夜不眠。②规范疼痛护理能减轻患者的痛苦,采用量化描述疼痛评估量表进行疼痛评估,该表是综合量化语言描述量表、数字等级评定量表(NRS)、疼痛脸谱评分而成,≤3为轻度疼痛,4~6为中度疼痛,≥7为重度疼痛^[4]。③根据评估的情况,予以相对应的疼痛护理,观察疼痛的部位、性质、疼痛时间。疼痛发作时需要卧床休息,要求患肢下垂以增加末梢血供。当患者轻度疼痛时,可指导患者转移注意力,听音乐或者做腿部运动等;当患者中度疼痛时,遵医嘱使用镇痛药物;当患者重度疼痛时,予以麻醉止痛剂;给药30 min后需疼痛复评,有效评价患者用药后效果,观察用药后的不良反应,帮助医生对镇痛药应用的时间、剂量及频率予以合理安排。

1.4.2.4 术前准备 协助完善相关检查,于腹股沟区备皮。

1.4.3 术后护理

1.4.3.1 一般护理 密切观察病情动态变化,监测生命体征,嘱患者平卧位,术后穿刺侧肢体加压包扎制动12 h^[5],协助轴线翻身、更换体位防压疮,嘱多饮水,促进造影剂的排泄,保护肾功能^[6]。未置管溶栓的患者24 h后可下床活动,评估患者活动能力,逐渐增加活动量。

1.4.3.2 术后患肢血运观察 观察要点包括患肢的感觉、皮温、皮肤颜色、远端动脉搏动情况;观察伤口敷料、腹股沟弹力绷带加压包扎的松紧度;观察有无出血倾向。将以上观察要点设计成“肢体循环观察表”,术后24 h内每2 h观察记录1次,24 h后每班记录,连续7 d,获得客观术后评价,指导临床护理工作。

1.4.3.3 专科特殊护理 ①溶栓管的护理。妥善固定,防止移位,置管溶栓期间术侧肢体制动,以防止导管移位,溶栓药物达不到准确部位,确保导管接口、延长管、微量泵接口连接正确,防接口脱落,定期查看溶栓管各连接处是否紧密;保持导管通畅,定期检查,防止管道打折引起阻塞;严格无菌操作。②抗凝药物。注意观察皮肤黏膜有无出血情况,定期检查凝血功能,根据结果调整药物剂量,向患者及家属解释抗凝的重要性,建立长期抗凝的护理随访手册。

1.4.3.4 出院指导 血管外科患者出院时的指导对患者的预后至关重要^[7]。①行为指导。告诫患者坚持严格禁烟;注意保护患肢,穿合脚的鞋袜,防搔抓防破裂防感染;指导功能锻炼,促进侧支循环的建立,指导适量活动,通过有计划循序渐进地进行锻炼,能增加最远行距离和无痛步行距离,从而提高患者的生活质量和基本活动能力^[8]。②饮食指导。指导低糖低脂低胆固醇饮食,预防动脉粥样硬化。多摄取维生素,维持血管平滑肌的弹性。③用药指导。出院后遵医嘱继续服用降血压、降血脂、祛聚、抗凝药等。在医生指导下调整用药剂量,定期复查凝血功能。

2 结果

本组22例患者介入治疗均成功,通过综合护理干预,未出现围手术期心理焦虑患者,所有患者术后快速恢复正常饮食及下床活动,无并发症发生;出院后均能按照宣教戒烟、适量运动。

3 讨论

通过本组病例的综合护理干预,临床上患者均获得了满意的康复,我们认为在临床护理中需加强以下措施,帮助患者顺利康复。

3.1 加强风险防范意识 血管外科患者以老年人居多,下肢动脉硬化闭塞症患者大部分合并高血压、糖尿病等其他基础疾病,容易发生跌倒、坠床等不良事件。护理人员应该认真详细地评估患者,及时发现危险因素,做好防范,严格交接班,做好安全宣教,提高患者和家属的安全意识。

3.2 术后严密监测 腔内介入治疗术后要严密观察病情,预防下肢过度灌注综合征的发生。重点观察穿刺部位有无血肿。弹力绷带加压固定期间,观察弹力绷带的松紧度,过松达不到压迫止血的效果,过紧受压皮肤发生压力性水疱,甚至可引起深静脉血栓。置管溶栓期间要求患肢制动时需预防压疮;患者无需制动时指导其床上踝泵运动,预防深静脉血栓的形成。

血管外科腔内治疗的围术期护理是一个新的护理领域^[9],护士需要与时俱进,贴近临床,具备全面系统的护理知识。在常规护理的基础上结合专科护理,通过对下肢动脉硬化闭塞症腔内介入治疗患者围手术期的综合护理,减少了并发症,提高了治疗效果,促进了患者康复,提高了患者生活质量,取得了较为满意的护理效果。

【参考文献】

- [1] 高涌 陈士远 余朝文. 多节段下肢动脉硬化闭塞症的腔内介入治疗[J]. 中国修复重建外科杂志 2010 24(9):1033-1036.
- [2] 刘昌伟. 下肢动脉硬化闭塞症的外科治疗进展[J]. 中国临床医生 2009 37(3):4-5.
- [3] 段陶丽,刘洪珍,王桂珍. 下肢动脉硬化闭塞症病人介入治疗的围术期护理[J]. 全科护理 2015 13(22):2162-2164.
- [4] 周红 乔晓斐 英卫东,等. 无痛病房规范化疼痛管理对肝癌患者术后疼痛控制的效果观察[J]. 实用肝脏病杂志 2014 17(6):647-649.
- [5] 徐海燕. 围手术期护理干预在下肢动脉硬化闭塞症介入治疗中的应用价值评价[J]. 实用临床护理学杂志 2017 2(30):106.
- [6] 徐永娟 马玉容. 经皮腔内血管成形术治疗下肢动脉硬化闭塞症 92 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志 2015 21(16):78-80.
- [7] NAOMIS,FRANCESCAL,LEBLANCK. Vascular quality of care pilot study:how admission to a vascular surgery service affects evidence-based pharmacologic risk factor modification in patients with lower extremity peripheral arterial disease [J]. Vasc health risk manag 2014(10):333-340.
- [8] 张立华,金晓燕,尚少梅,等. 下肢动脉硬化闭塞症患者生存质量的调查与分析[J]. 中华护理杂志 2007 42(7):617-619.
- [9] 田晓惠. 下肢动脉硬化闭塞症 95 例腔内治疗术后护理体会[J]. 黑龙江医学 2016 40(1):88-89.

• 短篇报道 •

文章编号:1002-0217(2018)03-0305-02

头颈部木村病 9 例报道

万 媛 郭 平

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 口腔颌面外科 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的:了解木村病(KD)的临床表现、诊断依据、治疗方法及效果。方法:分析我院 2012~2017 年病理诊断确诊为 KD 的 9 例患者,并结合往期文献报道进行学习。结果:9 例患者手术顺利,术后愈合良好,3 例出现术后复发,均为原手术区域复发,复发后行二次手术或药物治疗,病情稳定。结论:KD 是一种病因不明的炎症性疾病,是好发于亚洲的地方病。通常以肿块的形式见于头颈部的皮下或大唾液腺内,常伴有区域淋巴结肿大、局部皮肤瘙痒。治疗方法主要包括手术治疗、放疗以及药物治疗,易复发。

【关键词】嗜酸性肉芽肿;木村病;kimura

【中图分类号】R 597 **【文献标志码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2018.03.032

木村病(kimura disease ,KD)又称嗜酸性淋巴肉芽肿(ensinophilic lymphoid granuloma)或嗜伊红淋巴肉芽肿,于 1937 年首先由我国学者金显宅报道并提出,以嗜酸性细胞增生性淋巴母细胞瘤命名,称为金氏病。1948 年日本学者木村对该病进行了详细的描述,后称木村病。KD 是一种罕见的病因不明的慢性炎症性疾病,多见于年轻亚洲男性,好发于头颈部,临床表现为单个或多个缓慢进展的无痛性皮下肿块,常伴有局部淋巴结肿大。实验室检查表现为:外周血嗜酸性粒细胞增多和血清免疫球蛋白 E 水平升高^[1]。

1 资料与方法

1.1 病例资料 选取弋矶山医院 2012~2017 年确诊为 KD 的 9 例患者。收集资料(详见表 1) 9 例患者中男性 7 例,女性 2 例(男女=7:2)。年龄 15~61 岁,中位年龄 43 岁。均发于头颈部,为缓慢增长的无痛性包块。6 例患者出现局部皮肤瘙痒,由于长期摩擦而导致局部皮肤出现色素沉着。9 例血常规检查均有嗜酸性粒细胞不同程度的水平增高。

1.2 治疗方法 完善术前常规检查,排除手术禁忌证,术前行活体组织病理检查或术中冰冻快速病理检查确诊(见图 1)。确定手术范围,术后予抗炎补液支持治疗,必要时给予放疗或药物治疗。

收稿日期:2017-11-24

作者简介:万媛(1989-),女,住院医师,2015 级硕士研究生,(电话)15212217252,(电子信箱)whwsxy@126.com;

郭平,男,主任医师,(电子信箱)yjsgp163@163.com,通信作者。