

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.28.053

早期运动联合物理疗法对预防 76 例脑梗死患者 DVT 的影响

袁红梅¹, 胡玮琳¹, 李保兰^{1△}, 周爱婷²

(1. 重庆市第三人民医院神经内科 400014; 2. 重庆医科大学临床医学系, 重庆 400016)

中图分类号: R472

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)28-3834-02

下肢深静脉血栓形成(DVT)为脑梗死患者常见的并发症,若不加以预防,脑梗死患者约有 30%~40% 发生 DVT,合并严重偏瘫的患者其发病率高达 60%~75%^[1],脑梗死并发 DVT 的最危险时期是发病后 3~10 d^[2],有 50%~60% 的 DVT 患者出现肺栓塞(PE),PE 为导致脑梗死患者急性期死亡的主要原因。因此,积极预防脑梗死后 DVT 的发生,对降低脑梗死的致残率和病死率,改善其预后具有重要意义。DVT 的 3 大致病因素是静脉损伤、血流缓慢和血液高凝状态,其中血流缓慢和血液高凝状态为 DVT 形成的主要因素。DVT 多好发于下肢,尤其是瘫痪肢体。有研究认为采用护理干预措施可以有效地促进下肢静脉血流的流动。本文着重探讨早期运动联合物理疗法对预防脑梗死患者 DVT 的作用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 12 月在重庆市第三人民医院神经内科、康复科住院的急性脑梗死患者 152 例,随机分为观察组和对照组,每组 76 例。其中男 86 例,女 66 例,年龄 43~82 岁,平均(62.4±10.4)岁。纳入标准:(1)经头颅 CT 首次确诊为脑梗死患者;(2)符合全国第四届脑血管病会议修订的诊断标准^[3];(3)有肢体功能障碍者;(4)需卧床者,并排除 DVT 已经形成者。两组在年龄、性别、基础疾病等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 两组患者均接受脑梗死疾病护理常规护理。遵照医嘱,对脑梗死患者给予改善循环、营养脑细胞、抗血小板聚集及对症治疗。两组患者均给予心理护理干预、生活及饮食干预、穿刺部位干预、健康教育指导及使用心电监护密切观察病情变化。对照组患者在常规护理的基础上每 2 h 翻身和拍背 1 次,并对患者进行运动训练的健康宣教,讲解早日活动对防治 DVT 的作用,但患者具体的活动方式和活动内容未作具体规定,让患者依据自身情况进行选择^[4]。

1.2.2 观察组患者在常规护理和每 2 h 翻身、拍背 1 次的基础上,在患者生命体征平稳,神经症状不再发展后 48 h 即可开始早期运动和物理疗法。其干预方法如下,(1)早期运动护理干预。①将患者的脚后跟放于小枕上,使床面与患者小腿形成 20~30° 的角度,使下肢远端高于近端,避免膝下垫枕,过度屈髋,影响静脉回流^[5]。②从肢体远端向近端的方向按摩患者的腓肠肌、股二头肌及股四头肌等,每侧肢体均按摩 5 min。③指导并帮助患者进行踝关节的被动背伸、内外翻和跖屈运动,

每个动作重复 20 次,平均速度 20 次/min。④帮助患者进行腓肠肌挤压治疗,有节律地交替进行自下而上挤压腓肠肌,挤压 1 s 放开 1 s。⑤协助患者做膝关节、髋关节的屈伸运动、内旋外旋和内收外展运动。每个关节运动频率均约 20 次/min。这些运动训练分别在每天早晨、上午、下午和睡前进行,共 4 次,每次持续 15 min,持续治疗 3 周。患者进行运动均在接受过统一培训的护士的协助及指导下完成^[6]。同时在进行运动训练过程中注意患肢保暖,不宜过热过冷,保持室温 26℃。一旦瘫痪肢体肌力逐渐恢复,鼓励患者进行下肢特别是瘫痪肢体各关节的主动屈曲和伸展运动。当病情稳定后,指导患者进行床上主动翻身运动、分腿运动、拱桥运动,鼓励在床旁站立等活动。

(2)物理疗法护理干预。①穿弹性压力袜套^[7]。责任护士在患者入院时给予应用弹力袜,使用时间为每天早晨睡醒时至晚上睡觉前,穿前应先将下肢抬高以促进静脉血液快速回流,晚上睡觉时脱下又将双下肢抬高,以重力促使静脉回流。使用过程中保持弹力袜适宜的松紧程度,并密切观察下肢的皮肤颜色和血运状况。连续治疗 3 周。②空气压力波治疗。患者取平卧位,将压力循环治疗仪腿套包裹患肢,气压调节范围为 5~25 kPa,开始缓慢向脚踝部充气,当压力达到设定值后保持不变,而后逐次向小腿、大腿加压。每次持续时间 15 min,每天 2 次。连续治疗 3 周。

1.3 观察指标 根据患者是否有 DVT 的表现,如下肢疼痛、肿胀及代偿性浅静脉曲张等,结合辅助检查,如多普勒超声、静脉压力测定、静脉造影检查、肢体容积描记等其中一项检查结果,判断患者是否有 DVT 的发生。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 软件进行数据统计处理。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组干预后第 10 天、第 20 天对患者采用多普勒超声检查比较 DVT 发生率,对照组干预后第 10 天、第 20 天 DVT 发生率均明显高于观察组($P<0.05$, $P<0.01$),见表 1、2。

表 1 两组患者干预后第 10 天 DVT 发生率比较[n(%)]

组别	n	发生 DVT	未发生 DVT
观察组	76	1(1.32) ^a	75(98.68)
对照组	76	15(19.74)	61(80.26)

^a: $P<0.05$, 与对照组比较。

表 2 两组患者干预后第 20 天 DVT 发生率比较[n(%)]

组别	n	发生 DVT	未发生 DVT
观察组	76	1(1.32) ^a	75(98.68)
对照组	76	18(23.68)	58(76.32)

^a: $P < 0.01$, 与对照组比较。

3 讨论

DVT 形成的 3 大因素是: 血液高凝状态、静脉血流停缓和静脉壁损伤^[8]。这 3 个因素均与血栓的发生密切相关, 且单独一种因素不足以引起血栓形成, 是由多种因素共同作用的结果。脑梗死患者有很高的致残率。因以运动障碍为主, 脑梗死后因肢体瘫痪而卧床患者, 是发生 DVT 的高危人群。脑梗死患者发生 DVT 一般在脑卒中早期 1~2 周内。其发生 DVT 的主要原因: (1) 瘫痪肢体深静脉血液淤滞, 因患者肢体活动受限, 肌力和肌张力的改变, 使患者活动进一步受限, 致使血液更加淤滞, 引发其病变。(2) 脑梗死患者常因病情需要, 长期输入对血管有强烈刺激性的药物, 如七叶皂苷、甘露醇等, 加重对血管壁的损伤易形成血栓。(3) 深静脉置管术及介入性操作易造成血管内膜损伤, 纤维蛋白原和血液中有形成分易于黏附、聚集形成 DVT。

针对 DVT 形成诱发因素, 对脑梗死患者采取瘫痪肢体的肌肉按摩、被动运动, 以促进瘫痪肢体深静脉血液回流; 加用弹性压力袜套, 能通过压迫瘫痪肢体的浅静脉而促使瘫痪肢体深静脉血液回流。联用空气压力波能加快下肢静脉血流速度, 改善静脉淤血状态, 让淤血静脉排空, 因具有周期性加压、减压作用, 促进下肢血液循环, 并预防凝血因子的聚集和对血管内膜的黏附, 对预防血栓形成有良好的作用。这些措施能改善静脉血流停缓情况, 降低血管壁受损程度。

脑梗死患者因不可逆转的中枢神经元损伤, 其功能不可能单靠药物治疗而获得, 积极主动创造损伤神经的修复或代偿条件, 能在良好的条件下使遭到破坏的运动反射弧重新建立起来。有研究表明^[9], 脑梗死患者早期运动护理联合物理疗法能促使神经轴突突触联系或神经侧支循环的建立及其大脑半球

的功能代偿和功能重组。早期康复干预能让患者通过训练活动掌握脑梗死相关知识, 改善其患病后的不良情绪, 减少或延缓并发症的发生而提高其生活质量, 有利于患者运动功能和日常生活能力的恢复。

本文结果表明对脑梗死患者采取早期运动护理联合物理疗法, 能加速患者的血液循环, 预防和避免患侧肢体的血液滞留及肌肉萎缩, 起到预防为主的作用, 能明显降低脑梗死患者 DVT 发生率。

参考文献:

- [1] Turpie AG. Prophylaxis of venous thromboembolism in stroke patients[J]. Semin Thromb Hemost, 1997, 23(2):155-157.
- [2] 谢敏. 早期运动疗法对脑卒中患者下肢深静脉血栓形成的影响[J]. 中国基层医药, 2012, 19(3):433-434.
- [3] 全国脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 临床荟萃, 1988, 29(8):367-368.
- [4] 金晖. 早期运动对脑出血病人下肢深静脉血栓形成的影响[J]. 全科护理, 2012, 10(26):2408-2409.
- [5] 宿英英. 神经系统急症危重症监护与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:552-553.
- [6] 王晓慧, 孟繁莉, 朱敏, 等. 早期运动护理对预防脑出血患者术后下肢深静脉血栓形成的作用[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(1):123-124.
- [7] 张冬梅, 刘敏. 护理干预对预防脑卒中患者下肢深静脉血栓形成的效果观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(2):76-77.
- [8] 徐芳, 任喜凤. 29 例下肢深静脉血栓形成的危险因素及护理[J]. 中国实用医药, 2010, 5(18):195-196.
- [9] 杨微, 李欢利. 早期康复护理对老年脑梗死患者的效果[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(8):26-27, 31.

(收稿日期:2014-05-04 修回日期:2014-06-17)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.28.054

CARTO 三维标测下导管消融治疗心房颤动的围术期护理体会

朱继芳, 杨晓渝, 徐燕萍, 凌智瑜

(重庆医科大学附属第二医院心血管内科 400010)

中图分类号:R248.1

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)28-3835-03

心房颤动(atrial fibrillation, AF) 是临床上最常见的心律失常, 人群中 AF 总发病率 0.5%~1.0%(70 岁以上者升至 10%), 器质性心脏病者 AF 发生率 40%^[1]。AF 可导致栓塞、心力衰竭等甚至危及生命的严重并发症^[2]。由 Pappone 等^[3]首创的 Carto 三维标测系统指导下行环肺静脉电隔离或加心房碎裂电位消融术治疗 AF, 能明显改善患者临床症状、生活质量和心功能, 手术成功率为 70%~90%, 严重并发症率控制

在 3% 以下^[4]。2010 年 1 月至 2012 年 12 月本科采用 Carto 三维标测系统指导下对 274 例 AF 患者行环肺静脉电隔离或加心房碎裂电位消融术, 强化围术期护理, 取得了满意的效果, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者均来自重庆医科大学附属第二医院心血管内科, 共 274 例, 男 179 例, 女 95 例, 平均年龄(56.70±