

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.07.045

气血两虚型下肢静脉曲张患者术后联合护理的疗效

张佳佳, 宋江丽[△]

(陕西省咸阳市核工业 215 医院普通外科 712000)

摘要:目的 分析气血两虚型下肢静脉曲张患者行大隐静脉高位结扎联合微创激光手术后护理的临床疗效。方法 选取该院收治的 100 例气血两虚型下肢静脉曲张患者作为研究对象,分为观察组及对照组,对照组术后实施常规护理,观察组采用个性化护理措施干预,比较两组患者出院时间、随访率以及并发症发生情况。结果 观察组患者术后恢复较好,均于术后 6 h 下床活动,于术后 3~7 d 内办理出院。对照组中全部患者术后恢复均较好,但术后下床活动时间均在术后 8 h 开始,都在术后 1 周后办理出院;观察组中术后出现 1 例皮肤灼伤,2 例皮肤感觉异常,对症治疗愈合,其余 47 例患者均预后良好。对照组中共 2 例出现皮肤灼伤,6 例皮肤感觉异常,对症治疗愈合,其余 42 例患者均预后良好;全部患者术后均得到随访,随访率 100%,随访时间为 3~6 个月,患者全部好转,浅静脉曲张完全消失,下肢酸胀感减轻或消失,切口愈合良好,患肢活动自如,无皮下血肿和下肢水肿发生。结论 气血两虚型患者行大隐静脉高位结扎联合微创激光手术后进行个性化护理干预,不仅可明显改善患者的临床症状,还有效减轻了患者痛苦,提高患者生存质量,并减少患者术后并发症的发生率,值得临床推广应用。

关键词:下肢静脉曲张; 气血两虚型; 大隐静脉高位结扎; 微创激光手术**中图分类号:**R473.6**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2018)07-1025-03

下肢静脉曲张是一种常见的周围血管疾病,在世界许多国家均有较高的发病率。我国 >15 岁人群患病率约为 8.6%, >45 岁为 16.4%,一般人群发病率约为 20.0%,且女性高于男性。主要临床表现为患肢沉重、酸胀、乏力、浅表静脉隆起扩张、或变/迂曲、水肿、皮肤脱屑、瘙痒、色素沉着、湿疹样皮炎和溃疡^[1-2]。本病发病机制复杂,可因遗传、或长时间站立、或患有静脉炎史、腹腔压力增高等而诱发。下肢静脉曲张是常见病,可分为单纯性和继发性两类,其病理表现均为管壁增厚,壁内纤维组织增多,弹性纤维消失以及平滑肌增厚、萎缩。目前,下肢静脉曲张的治疗主要有保守及手术治疗,由于很多患者常需要进行手术治疗,因此,术后护理显得尤为重要^[3-4]。现将本院血管外科行大隐静脉高位结扎联合微创激光手术的气血两虚型下肢静脉曲张患者实施术后护理干预结果进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 3 月至 2015 年 12 月本院收治的 100 例气血两虚型下肢静脉曲张患者作为研究对象,将患者采用随机数字表法分为观察组及对照组,观察组中男 27 例,女 23 例;年龄 22~71 岁,平均(48.1±11.7)岁;病程 2~21 年,平均(10.89±5.12)年。对照组中男 25 例,女 25 例;年龄 21~72 岁,平均(49.0±10.9)岁;病程 2~22 年,平均(11.02±4.93)年。两组患者性别、年龄、病程等一般

临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。术前所有患者行深静脉造影检查或彩色多普勒超声静脉检查,了解下肢深静脉通畅和深静脉瓣膜功能情况。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 按照《临床血管外科学》和《实用周围血管疾病学》进行诊断,标准如下:(1)下肢浅静脉曲张或迂曲,发绀或紫暗,迂曲静脉触之柔软或有硬结节;(2)可伴下肢水肿,足靴区皮肤色素沉着或湿疹样皮炎,严重者可并发淤血性溃疡;(3)下肢沉重、酸胀、疼痛、疲劳等症状,平卧或抬高患侧肢体后可缓解;(4)身体疲乏无力,下肢沉重,青筋迂曲,小腿轻度肿胀,皮肤色素沉着;(5)溃疡经久不愈,肉芽淡红或苍白,脓液清晰;(6)舌质淡红,舌苔薄白,脉沉细弱。

1.2.2 排除标准 先天性或外伤性动静脉瘘者、下肢静脉阻塞综合征者、盆腔肿瘤或妊娠等引起的下肢静脉曲张者、有严重的心、肝、肾功能损害者等手术禁忌证者。

1.3 方法 本组研究中所有患者均采用常规手术方案进行治疗,对照组采用常规标准护理方案进行干预,观察组患者采用个性化的护理策略进行干预。

1.3.1 手术方法 所有患者实施大隐静脉高位结扎联合微创激光手术,具体如下:术前用龙胆紫标记,在卵圆窝下取 2 cm 切口,找出并结扎大隐静脉主干。在内踝前方穿刺大隐静脉主干成功后,在隐股静脉交

[△] 通信作者, E-mail: 594493301@qq.com.

界下 3~4 cm 处置入 0.09 cm 超滑泥鳅导丝和 4F 下腔静脉导管,并固定光纤于大隐静脉和股静脉汇合处下方 2 cm,并将导管退出 2 cm。边退导管和光纤,边采用半导体激光器(波长为 810 nm、功率 12 W、曝光时间 1 s、间隔时间 1 s)激发光凝,压迫烧灼过的血管使其管腔闭合。术后用乙醇消毒,棉垫覆盖,弹力绷带加压包扎患肢。

1.3.2 观察组护理方法 (1)术前护理在进行大隐静脉高位结扎联合微创激光手术前,多数患者缺乏对手术的了解,对手术有恐惧感,出现紧张、焦虑情绪,故进行健康宣教,向患者详细介绍有关知识,减轻患者心理负担、增强信心,以轻松的心理状态去面对手术。另外,为防止术后感染,术前应对所有患者的患肢做好清洁工作;指导患者掌握小腿肌肉收缩运动的训练方法,以防止术后深静脉血栓形成。(2)术后护理,情志护理:患者术后常会因对疾病本身不了解,害怕症状加重、无效、出现意外而产生恐惧不安、烦躁或不耐烦、悲观失望等情志问题。护士应经常了解患者的心理动态,并有针对性、个性化地向患者讲解本病的诊断、手术、治疗及预后,减轻患者忧虑。体位护理:为减轻术后水肿,促进愈合,指导患者取仰卧位(肢体远端高于心脏水平 20°~30°)。术后 6~24 h 鼓励并协助患者行足背屈伸及小腿肌肉收缩运动锻炼(患者站立后若有下肢沉重感,应警惕深静脉血栓形成),弹力绷带包扎要平整,松紧适宜,避免卷曲压迫过紧。饮食护理:在饮食选择上宜食易消化、低盐(改善血管壁的通透性,减轻组织水肿)、低脂(降低血液黏稠度)、清淡(防刺激性食物对血管的刺激)、纤维高的食物(补足机体所需能量,亦可防大便干燥),禁止食用刺激性、辛辣、油腻食物,多吃新鲜蔬菜和水果,并指导患者戒烟、酒。服药护理:术后指导患者按时进行常规抗感染治疗,连用 7 d。此外,中医认为,气血两虚型下肢静脉曲张与气血的盛衰及经脉通畅密切相关,气虚血淤是该病的最终病理机制,在治疗上应补气养血活血为主。故所有患者同时口服加味八珍汤,药物包括:人参 10 g、黄芪 30 g、白术 15 g、白茯苓 12 g、当归 10 g、川芎 10 g、白芍 10 g、熟地黄 12 g、炙甘草 5 g,水煎服,2 剂/次,2 次/天,共服用 7 d。出院指导:嘱患者出院 7 d 后复查,并行股部切口缝线拆除。指导患者掌握弹力绷带的包扎方法,坚持穿 1~3 个月。休息时候抬高双下肢,坐时双膝交叉不可过久,平时避免长久站立及重体力劳动,适当运动可促进下肢静脉血液循环,增加血管壁的弹性。指导患者注意饮食调护,保持心情舒畅。按规定时间定期复查,若出现下肢水肿或不适应及时就医。

2 结 果

2.1 患者术后恢复情况 50 例患者术后恢复较好,

所有患者均于术后 6 h 下床活动,于术后 3~7 d 内办理出院。对照组全部患者术后恢复均较好,但术后下床活动时间均在术后 8 h,通常都在术后 1 周后办理出院。

2.2 患者术后并发症发生情况 观察组中 50 例患者术后出现 1 例皮肤灼伤,2 例皮肤感觉异常,对症治疗后愈合,其余 47 例患者均预后良好。对照组中共 2 例出现皮肤灼伤,6 例皮肤感觉异常,对症治疗后愈合,其余 42 例患者均预后良好。

2.3 患者术后随访 所有患者术后均得到随访,随访率 100%,随访时间为 3~6 个月,患者全部好转,浅静脉曲张完全消失,下肢酸胀感减轻或消失,切口愈合良好,患肢活动自如,无皮下水肿和下肢水肿发生。

3 讨 论

下肢静脉曲张为临床常见血管疾病,最常见类型以大隐静脉曲张为主。静脉曲张发生后,下肢血液的回流会出现倒流、流速减慢导致下肢出现淤血,严重时会出现湿疹、溃疡、色素沉着等皮肤营养障碍^[5]。传统大隐静脉高位结扎剥脱术优点是疗效较好,缺点是手术时间较长、创伤大、且术后留有较多伤疤。而微创激光手术可缩短手术时间、减少伤疤等优点^[6-7]。本研究所有患者行大隐静脉高位结扎联合微创激光手术,术后密切观察患者体征状况,进行适时监护工作,促使患者能够实现尽早出院。

下肢静脉曲张属中医“脉痹”、“筋瘤”等范畴。祖国医学虽无下肢静脉曲张之称,但对其早有记载,如《灵枢·刺节真邪》有“有所结,中于筋,筋屈不得伸,邪气居其间而不反,发为筋瘤”^[8]。《外科正宗·瘦瘤论》对筋瘤的描述:“筋瘤者、坚而面紫、垒垒青筋、盘曲甚者,结若蚯蚓”^[9]。此外,祖国医学认为,本病的产生多与病理机制归结为气滞血凝、瘀阻经络^[10]。因此,所有患者在术后还服用了加味八珍汤,该方是益气活血的代表方,方中人参、白术、黄芪、茯苓、甘草为补气健脾的基本方,“脾为生痰之源”,脾胃之气健旺,反之则痰湿无从生;当归、川芎、白芍、熟地黄为补血之要剂,共奏益气活血化瘀之功。此次研究发现,所有行大隐静脉高位结扎联合微创激光手术患者的术后仅出现 1 例皮肤灼伤,2 例皮肤感觉异常,对症治疗后愈合,其余 47 例患者均预后良好。术后对所有患者进行了 3~6 个月随访,随访率 100%,患者全部好转,浅静脉曲张完全消失,下肢酸胀感减轻或消失,切口愈合良好,患肢活动自如,无皮下水肿和下肢水肿发生。

综上所述,护理干预联合大隐静脉高位结扎联合微创激光手术治疗气虚两虚型患者,不仅可明显改善患者的临床症状,还有效减轻了患者痛苦,提高了患者生存质量,并可减少患者术后并发症的发生率,值

得临床推广应用。

参考文献

[1] 沈娟. 下肢静脉曲张术后护理[J]. 医学理论与实践, 2011,24(15):1854-1855.
 [2] 张猛, 乔彤. 下肢静脉曲张的治疗现状和展望[J]. 国际外科学杂志, 2016,43(3):154-157.
 [3] 杨琴霞, 彭潇潇, 王海燕. 下肢静脉曲张的治疗现状和展望[J]. 齐鲁护理杂志, 2016,22(10):59-60.
 [4] 吴章, 林二妹. 下肢静脉曲张术式研究与进展[J]. 医学理论与实践, 2014,27(1):35-36.
 [5] 王藏慧. 静脉腔内激光治疗与手术治疗下肢静脉曲张 40 例近期疗效对比观察[J]. 陕西医学杂志, 2017,46(1):71-72.

[6] 周忠晓, 周海蒙. 腔内激光联合点式剥脱术与传统剥脱术治疗下肢静脉曲张的疗效比较[J]. 中国现代普通外科进展, 2013,16(11):895,905.
 [7] 史建中. 大隐静脉高位结扎联合腔内激光闭合术治疗下肢静脉曲张 319 例临床分析[J]. 中国现代普通外科进展, 2011,14(10):828-829.
 [8] 王亚平, 聂晚频, 姚凯, 等. 手术治疗下肢静脉曲张 51 例分析[J]. 中国现代普通外科进展, 2012,15(2):150-151.
 [9] 靳晓华, 檀金川. 中医治疗下肢静脉曲张研究进展[J]. 中医临床杂志, 2016,28(1):143-146.
 [10] 任静, 高京宏. 下肢静脉曲张中医临床研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2014,33(20):123-124.

(收稿日期:2017-09-27 修回日期:2017-11-25)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.07.046

小剂量低辐射手动触发技术在 CTPA 中应用的可行性研究

张振明, 张 力, 李立强, 尹小霞, 曾凡学, 杜小蕊, 董险峰[△]
 (河北省唐山市滦县人民医院影像科 063700)

摘要:目的 探讨小剂量低辐射手动触发技术在计算机断层摄影肺血管造影术(CTPA)中应用的可行性。方法 选取 2015 年 12 月至 2016 年 12 月在该院确诊为肺栓塞经治疗后栓子未消失的 80 例患者作为研究对象,分为低剂量组和常规组,每组各 40 例。常规组采用对比剂 60 mL 120 kV 扫描,低剂量组采用对比剂 30 mL 80 kV 扫描。观察并比较两组患者辐射剂量、图像质量量化结果。结果 常规组患者辐射剂量长度积与有效剂量均多于低剂量组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。低剂量组计算信噪比、对比噪声比和信号强度略低于常规组,差异无统计学意义($P > 0.05$);但背景噪声明显高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 小剂量低辐射手动触发技术应用肺动脉造影中,在图像质量相同的情况下,减少了对比剂和辐射的使用剂量,值得在临床上推广应用。

关键词:小剂量; 血管造影术; 低辐射; 对比剂

中图法分类号:R563.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)07-1027-02

随着医学技术的飞速进步,临床上采用计算机断层摄影(CT)对肺动脉栓塞进行诊断,利用 CT 肺动脉成像检测可减少误诊率,医学工作者们也一直在致力于保证准确的诊断率情况下,寻找一种低辐射,少对比剂用量的扫描方法,尽可能地降低患者在诊断过程中受到辐射等伤害^[1]。为此特选取本院部分患者,对小剂量低辐射手动触发技术在计算机断层摄影肺血管造影术(CTPA)中应用的临床效果进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 12 月至 2016 年 12 月在本院经 CTPA 确诊栓子未消失的 80 例患者作为研究对象,分为常规组和低剂量组,每组各 40 例。常规组采用对比剂 60 mL 120 kV 扫描,低剂量组采用对比剂 30 mL 80 kV 扫描。所有患者及家属均签署知情同意书。

1.2 方法 扫描器选用 Philips 64 排螺旋 CT 机,采用非离子型碘普罗胺 Ultravist37 对比剂。常规组使用参数:120 kV,250 mAs 为有效,350 mm 扫描孔径、64.000 mm × 0.625 mm 探测器准直、每转 0.5 s 进行球管旋转;低剂量组使用 80 kV,其余参数同上。常规组采用对比剂 60 mL,注射器为双通高压,注射在肘前动脉位置。注射对比剂后,又注射 40 mL 的生理盐水(5 mL/s)。低剂量组采用对比剂 30 mL,其余同上。将两组患者进行连续扫描,扫描时间为 1 s,间隔 1 s,扫描至胸主动脉显影。扫描范围从主动脉弓上至膈顶,扫描方向从足侧向头侧。

1.3 主观评价^[2] 在未了解过扫描参数情况下,选择 2 位肺部血管组放射科医生进行观察。通过自身的工作经验以及 2 幅肺动脉图像,判断肺动脉的强化程度以及结果。若 2 位医生意见分歧,可共同商榷直至给出同一意见。评分标准,1 分:肺动脉主干、分支

[△] 通信作者, E-mail: hblxdxf@sohu.com.