

预防性护理在神经内科重症患者下肢深静脉血栓预防中的应用

周 慧¹ 姜文俊²

1. 宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750001

2. 宁夏医科大学总医院心脑血管病医院 宁夏 银川 750001

摘要:目的: 分析预防性护理在预防神经内科重症患者DVT中的应用效果。方法: 选取2023年3月-2024年3月本院72例神经内科重症患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组36例, 行常规护理, 观察组36例, 行预防性护理, 比较两组护理效果。结果: 观察组的左右侧下肢肌力评分均明显高于对照组, 血浆黏度、全血低切黏度、全血高切黏度、大小腿周径差和下肢DVT发生率均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 给予神经内科重症患者预防性护理能有效提升下肢肌力, 防范DVT, 具有推广价值。

关键词: 预防性护理; 神经内科; 重症; 下肢深静脉血栓; 下肢肌力

神经内科重症者危险程度高, 受感染、中毒等影响, 患者神经系统异常, 精神状态改变, 常见疾病类型有脑血管疾病、肿瘤和自身免疫性疾病等, 主要症状有记忆力减弱、行为异常等, 存在意识障碍^[1]。疾病常采取综合疗法, 例如物理疗法、药物疗法等, 干预心理。患者卧床时间长, 常伴有DVT, 下肢深静脉血管中聚集血液, 形成血栓, 典型表现有患肢沉重、疼痛, 出现肿胀等, 下肢深静脉血栓一旦脱落, 会引起肺栓塞, 严重者会危及生命。常规护理难以消除DVT影响因素, 效果不理想, 采取早期、前瞻性措施, 引入间歇充气加压泵, 能纠正血氧平衡, 防范不良症状, 可调节机体状态, 可尽早评估DVT, 防范DVT, 改善预后, 促进疾病好转^[2]。本次研究以神经内科重症患者为对象, 分析预防性护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院72例神经内科重症患者开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组36例, 男19例, 女17例, 年龄为40-88岁, 平均年龄(66.39±4.95)岁; 观察组36例, 男18例, 女18例, 年龄为41-89岁, 平均年龄(66.48±4.82)岁。两组一般资料($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 神经内科重症患者; 沟通能力正常; 知情同意本次研究。排除标准: 精神疾病; 严重内科疾病; 重要脏器功能异常; 下肢肢体伤残; 存在血栓史; 智力障碍。

1.2 方法

对照组行常规护理, 采取适宜体位, 进行适当机体活动, 展开康复训练, 提供饮食指导, 讲解疾病、DVT知识等。观察组以对照组为基础, 行预防性护理:

1.2.1 护理评估

借助Pudua评估表, 对入院患者进行评估, 全面分析下肢DVT出现可能性, 评价发生风险。详细讲解下肢DVT产生机制、危险因素, 介绍危害性, 帮助家属加强警惕。

1.2.2 针对性干预法

患者住院1-2d, 监测病情、生命体征, 均处于稳定状态, 同时NRS评分低于3分, 开展康复介入, 方法主要有: ①足底静脉泵防范: 于入院3d内, 采取气压泵, 2次/d, 频率为0.5h/次。采取仪器前, 介绍使用方法及意义, 讲解其防范DVT功能, 提升患者配合度。选择仰卧位, 将充气气囊连接好, 借助气囊包裹好双足, 将电源开启, 对治疗模式进行调节, 确定治疗时间, 设置压力值。完成治疗后, 将气囊取下, 对床单位进行整理, 密切关注生命体征, 观察变化情况。②早期床上脚踏车: 先进行反向被动踏车, 维持5min, 设置转速, 处于每分钟10r, 然后进行正向踏车, 模式有三种, 一为主动, 二为助力, 二为被动, 持续20min, 再进行反向被动踏车, 持续5min, 依然为每分钟10r, 逐渐冷却。进行正向踏车时, 以患者肌力为依据, 选择适当模式, 保证循序渐进, 进行被动训练时, 对速度进行调节, 进行主动训练时, 对阻力进行调节。采取被动模式时, 控制初始速

度,为每分钟10r,其间监测血压、心率,若其小于等于20%基础值,第2d可提升为每分钟13-15r,最高为每分钟20r。随着下肢肌力恢复,转换为助力模式,一旦双下肢肌力不低于4级,则设置为主动模式。

1.2.3 预防干预

针对瘫痪肢体,协助其开展被动运动,左手于踝部固定好,右手将其握住,开展踝关节屈伸训练,指导其外翻,频率为30-35次/min,开展环转运动,频率为10-15次/min。干预患者肠道,采取按摩法,适当挤压,遵循由上至下原则,将每次按压时间控制在1s,共进行3-5次,展开按摩,共2次。注意清洁卫生,定时擦身,观察病情变化,待其稳定后,倡导其开展床上训练,例如将下肢抬高,进行内外翻训练,开展踝关节活动等,10-15min/次,3次/d,秉持循序渐进理念。

1.2.4 采取梯度压力弹力袜

GCS符合生理学原理,和人体解剖结构相符,创建压力系统,遵从从上到下原则,从踝部开始,到小腿,然后至膝盖,最后到大腿,压力逐渐降低。借助压力系统,于小腿肌发挥功效,起到收缩作用。于深静脉处,产生逆行压力波,此时血流速度达到240%,能避免大量血液聚集于小腿。GCS能改善血液循环,防范DVT,将弹力袜脱掉时,应抓住其外侧,逐渐脱下,同时监测下肢血运,包括足背动脉搏动情况,下肢皮肤色泽及温度等,不可用指甲/首饰等将弹力袜刮坏。

1.2.5 加快血液循环

进行体位干预,减少血液瘀滞,加快静脉血液流速。若患者卧床时间长,伴有运动、意识障碍,定时翻身,1次/2-3h,采取肢体功能位,适当抬高患肢,令其处于15-30°,选择枕头垫,或借助软垫,将其放在患者小腿和患者腘窝以下,令肢体和垫着物紧密贴合,保证

均匀,对于足踝部,呈现出自然下垂状态,提升患者舒适度,加快血液回流。保证约束适应症,如患者留置管道,应按照保护性约束规范,保证方法合理。

1.2.6 心理干预

动态评价心理状态,结合其心理特征,制定护理方案,主动和患者沟通,减轻其恐惧情绪,积极答疑解惑,介绍注意事项,创建和谐、稳定护患关系,加强患者信心。

1.3 观察项目和指标

评价左右侧下肢肌力^[3]:选取MMT量表,借助Kendall法将评估结果百分化,共计0-5级,记作0-100分。评价血液黏度指标^[4]:检验干预前后的血浆黏度、全血低切黏度和全血高切黏度。评价下肢周径:借助软皮尺,位于髌骨上方约10cm处,检验大腿周径,距离胫骨粗隆下方约10cm处,检验小腿周径,计算干预前后差值。评价DVT发生情况,有两种类型:①无症状DVT:入院第10d进行评估,采取彩超检验,观察断层静脉图像,如发现静脉扩张,同时监测管腔内,存在等回声团块,管腔未全部被压扁,同时血液流速下降,血栓充盈缺损。②有症状DVT:常见症状有皮温变高,患肢颜色为深红色,出现水肿、疼痛,浅静脉扩张等^[5]。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据,($\bar{x}\pm s$)与(%)表示计量与计数资料,分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组左右侧下肢肌力比较

干预后两组左右侧下肢肌力评分均明显高于干预前,观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组左右侧下肢肌力比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	左侧下肢肌力(分)		右侧下肢肌力(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	69.27±11.35	90.26±12.27 ^a	82.47±11.71	92.78±12.15 ^a
对照组	36	69.29±10.49	80.47±11.61 ^a	81.83±11.14	84.11±11.52 ^a
t	/	0.008	3.477	0.238	3.107
P	/	0.994	0.001	0.813	0.003

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组血液黏度指标比较

干预后两组血浆黏度、全血低切黏度和全血高切黏

度均明显低于干预前,观察组变化更明显($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组血液黏度指标比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	血浆黏度 (mPa·s)		全血低切黏度 (mPa·s)		全血高切黏度 (mPa·s)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	1.75±0.40	1.17±0.14 ^a	12.67±1.07	8.13±1.68 ^a	6.79±1.18	4.05±0.82 ^a
对照组	36	1.76±0.38	1.52±0.16 ^a	12.68±1.05	9.56±1.52 ^a	6.73±1.21	5.44±0.46 ^a
<i>t</i>	/	0.109	9.878	0.040	3.787	0.213	8.870
<i>P</i>	/	0.914	0.000	0.968	0.000	0.832	0.000

注：与本组干预前比较，^a*P* < 0.05。

2.3 两组下肢周径和DVT发生情况比较

观察组的大小腿周径差和下肢DVT发生率均明显低

于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。详见表3。

表3 两组下肢周径和DVT发生情况比较[n($\bar{x} \pm s$)/(%)]

组别	例数	大腿周径差 (cm)	小腿周径差 (cm)	DVT发生情况		
				无症状DVT	有症状DVT	发生率
观察组	36	1.23±0.20	1.05±0.13	1	0	3.13
对照组	36	1.46±0.21	1.34±0.14	5	3	25.00
<i>t</i> / <i>χ</i> ²	/	4.759	9.108	/	/	6.335
<i>P</i>	/	0.000	0.000	/	/	0.012

3 讨论

神经内科疾病类型多，风险程度高，特别是重症者，其往往程度危重、起病急，发病过程中，常伴有抽搐、意识不清等表现^[6]，要求护理精细、有差异化^[7]。患者接受诊治时，易伴有DVT，患者卧床时间长，下肢缺乏运动，导致血液瘀滞，产生血栓。DVT会影响病情，致使患者形成并发症，例如肺栓塞等^[8]，故而应加强护理，调节预后结局^[9]。

采用预防性护理，结合患者病情，拟定护理方案，加快康复进程。先进行护理评估，分析DVT发生风险，制定适当干预方法，提供饮食指导，加强运动锻炼，防范血液高凝。借助相应护理工具，例如GCS、气压泵和脚踏车等，能调节下肢血液状态，提升流速，防范GCS。进行被动/主动训练，提升下肢肌力，防范萎缩，减少GCS。干预患者心理，详细介绍GCS知识，取得其配合，促进预防措施顺利进行。本次研究结果显示和对对照组比，观察组的两组左右侧下肢肌力评分均更高 (*P* < 0.05)，代表预防性护理能加强患者下肢肌力，促进生理功能好转。观察组的血浆黏度、全血低切黏度和全血高切黏度均更低 (*P* < 0.05)，表示该模式能改善血液状态，降低血液黏度。观察组的大小腿周径差和下肢DVT发生率均更低 (*P* < 0.05)，表明该模式能缩小大小腿周径差，不管DVT有无症状，均能有效预防。说明应用预防性护理可以促进神经内科重症者病情好转，预防DVT，加快疾病转归进程。

综上所述，给予神经内科重症患者预防性护理能有

效提升下肢肌力，防范DVT，具有推广价值。

参考文献

- [1]王江琪,李玉林,陈云霞.HFMEA理念联合精细化护理在提高神经内科ICU中心静脉导管护理质量中的应用[J].现代医药卫生,2024,40(6):965-967+971.
- [2]陈雪琴,邹华钦,曹娟.早期肠内营养护理干预用于神经内科重症患者营养状况及并发症的改善[J].中国医药指南,2024,22(8):127-129.
- [3]袁珊.人文关怀理念在神经内科护理中的应用[J].继续医学教育,2024,38(2):181-184.
- [4]隆秀辉,刘芳玲,梁淑芹,高丛,徐文香.基于风险评估量表的层级化策略在神经内科病人下肢深静脉血栓预防中的应用[J].循证护理,2024,10(4):710-714.
- [5]郭燕君,方媛,张大鹏.认知与行为护理联合精准动态延伸护理在神经内科难治性癫痫患者中的应用研究[J].黑龙江医学,2024,48(3):343-345.
- [6]杜亚娟.神经内科护理带教中应用品管圈结合PBL的实施效果研究[J].中华养生保健,2024,42(3):96-98.
- [7]季圣钧.整合教学模式用于神经内科中医护理临床带教的效果[J].中医药管理杂志,2024,32(2):165-167.
- [8]马凤梅,刘春霞,范洁.多学科合作在神经内科重症谵妄患者护理中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2023,33(23):123-126.
- [9]韩晶,王美娣,徐健.10S管理在促进神经内科病区开展中医护理操作技术的效果分析[J].中医药管理杂志,2024,32(1):178-180.