

• 临床探讨 •

脉冲式置管溶栓治疗下肢深静脉血栓的安全性及可行性分析

权建军, 卢翔, 王辉

(陕西省汉中市中心医院介入科 723000)

摘要:目的 探究脉冲式置管溶栓治疗下肢深静脉血栓的安全性及可行性。方法 选取 2014 年 6 月至 2015 年 11 月该院收治的下肢深静脉血栓患者 84 例作为研究对象,采用随机数字表法将患者分为两组,观察组和对照组各 42 例。观察组患者采用脉冲式置管溶栓治疗,对照组患者采取全身静脉输液法进行治疗,对比两组患者治疗后周径缩小值(患者治疗前、后髌骨上 15 cm 处大腿周径减少值与髌骨下 10 cm 处小腿周径减少值总和的平均值)、周径缩小时间、静脉畅通评分、并发症发生率等。结果 两组患者一般临床资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组周径缩小值明显高于对照组,周径缩小时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组静脉畅通评分明显低于对照组,血栓溶解 I、III 级患者数明显多于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组并发症评分明显低于对照组,两组患者术后均发生局部皮肤淤斑、牙龈出血、肢体再肿胀,但观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 脉冲式置管溶栓治疗下肢深静脉血栓临床效果好,患者并发症发生率低,是安全有效的治疗方法。

关键词:下肢静脉血栓; 置管溶栓治疗; 全身输液治疗; 临床效果; 安全性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.042 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)16-2444-03

下肢深静脉血栓(LEDVT)是常见的血管外科病变之一,发病率较高,随着年龄增长发病率呈上升趋势,发病时患者下肢肿胀疼痛,若不及时治疗则会导致血栓及肺栓塞,严重影响患者生活质量,增加经济负担^[1]。以往临床上采用手术治疗血栓,易使静脉瓣膜受损、血栓脱落进而导致肺栓塞,且术后复发率较高^[2]。有研究报道,导管溶栓治疗 LEDVT 能保护静脉瓣膜,降低静脉高压及后遗症发生率,能够明显提高患者生活质量^[3]。本研究选取本院收治的 LEDVT 患者 84 例作为研究对象,分别进行脉冲式置管溶栓治疗和全身静脉输液治疗,以期探究脉冲式置管溶栓治疗的优势,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2015 年 11 月本院收治的 LEDVT 患者 84 例作为研究对象,所有患者均经下肢静脉血管造影确诊,男 45 例,女 39 例;年龄 28~65 岁,平均(42.38±7.54)岁;其中左下肢 48 例,右下肢 36 例;中心型血栓 28 例,周围型 36 例,全肢型 20 例。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组各 42 例。两组患者性别、年龄等方面比较差异均无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)所有患者均经下肢静脉血管造影确诊为 LEDVT;(2)患者病程不超过 14 d;(3)患者均知情同意,能够配合治疗,依从性较好。

1.2.2 排除标准 (1)不符合纳入标准者;(2)患有严重感染性疾病者;(3)近 3 个月发生脑出血或消化道出血者;(4)有严重高血压者;(5)对溶栓类药物过敏者;(6)妊娠期妇女。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 患者仰卧床上,局部麻醉,穿刺健侧股静脉,放置 4F 血管鞘,观察健侧下腔静脉是否通畅、有无畸形、有无血栓,于肾静脉以下置入下腔静脉滤器(GTCFS-45-FEM,巴德公司),其中中心型血栓患者经健侧股静脉逆行置入溶栓导管,周围型及全肢型患者经同侧腔后静脉置入溶栓导管。导管鞘的尖端位于双肾静脉开口的下方 1 cm,此时再次进行腔静脉造影,确定滤器位置及腔静脉是否畅通,将滤器与装载导管分离,完全释放入下腔静脉内,穿刺部位压迫 10 min,结束后观察穿刺部位是否出血,进行包扎处理。治疗方案,经导泵点给予

患者 8×10^6 U/d 尿激酶(天津生物化学制药有限公司)进行导管溶栓,于皮下注射 5 000 U 低分子肝素钙进行抗凝治疗,每天分 2 次进行注射。此外采用 0.8 g/L 红花黄色素(250 mL 生理盐水)进行活血,7 d 后通过溶栓导管进行造影观察患者治疗后的溶栓效果及血管情况,并由医生进行评价,结束后撤出溶栓导管停止溶栓治疗。

1.3.2 对照组 对照组患者采取全身静脉输液法进行治疗,给予 8×10^6 U/d 尿激酶静脉输液、每天 2 次于皮下注射 5 000 U 低分子肝素钙(广东天普生化医药股份有限公司)进行抗凝治疗,此外采用 0.8 g/L 红花黄色素进行活血,此后方法同观察组。

1.4 观察指标及疗效评价 (1)周径缩小值:患者治疗前、后髌骨上 15 cm 处大腿周径减少值与髌骨下 10 cm 处小腿周径减少值总和的平均值。(2)周径缩小时间:患者治疗前、后患侧周径减少 2 cm 所需的时间。(3)静脉畅通评分:采用 Porter 和 Moneta 提出的静脉畅通评分标准对患者入院时进行下肢静脉造影后再对静脉畅通情况进行评分^[4],出院时再次进行复查并评分(包括 6 个节段,腘静脉、髂外静脉、股浅静脉上段及下段、股总静脉等)。管腔内通畅无血栓记为 0 分,静脉部分通畅出现不完全血栓记为 1 分,静脉不通畅较严重,出现完全血栓记为 2 分。(4)血栓溶解率:血栓溶解率=治疗前、后溶解评分差值/治疗前评分,当血栓溶解率低于 50% 记为 I 级,血栓溶解率为 50%~99% 记为 II 级,血栓溶解率大于 99% 记为 III 级。(5)治疗后并发症评分:1 分表现为局部皮肤淤斑;2 分表现为牙龈出血、穿刺部位出血;3 分表现为咯血、血尿等;4 分表现为脑出血。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 软件对本研究所得数据进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前临床资料比较 见表 1。两组患者治疗前在性别、年龄、患侧肢体、周径缩小值及静脉畅通评分方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组患者治疗后患侧肢体周径变化情况 见表 2。治疗后观察组患侧肢体周径缩小值明显高于对照组,周径缩小时间

明显短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前临床资料比较

组别	n	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别(n)		患侧肢体(n)		周径缩小值 ($\bar{x} \pm s$, cm)	静脉畅通评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
			男	女	左下肢	右下肢		
观察组	42	41.76 ± 3.64	22	20	23	19	5.13 ± 0.43	7.46 ± 0.62
对照组	42	43.07 ± 4.38	23	19	22	20	5.18 ± 0.51	7.54 ± 0.58
χ^2/t		0.762	0.832	1.342	1.527	1.459	1.164	0.859
P		0.079	0.068	0.084	0.076	0.752	0.396	0.142

表 2 两组患者治疗后患侧肢体周径变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	n	周径缩小值(cm)	周径缩小时间(d)
观察组	42	3.68 ± 0.83	1.53 ± 0.58
对照组	42	1.64 ± 0.46	3.82 ± 1.44
t		0.526	0.826
P		0.013	0.008

2.3 两组患者治疗后静脉畅通评分和血栓溶解率分级比较 见表 3。治疗后观察组静脉畅通评分明显低于对照组,血栓溶解Ⅲ级患者数明显多于对照组,Ⅰ、Ⅱ级患者数少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗后静脉畅通评分和血栓溶解率分级比较

组别	n	静脉畅通评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	血栓溶解率分级[n(%)]		
			Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级
观察组	42	1.25 ± 0.32	2(4.76)	21(50.00)	19(45.24)
对照组	42	3.65 ± 0.48	7(16.67)	26(61.90)	9(21.43)
χ^2/t		2.347	3.286	5.672	3.598
P		0.017	0.025	0.032	0.012

2.4 两组患者治疗后并发症情况比较 见表 4。观察组并发症评分明显低于对照组,两组患者术后均发生局部皮肤淤斑、牙龈出血、肢体再肿胀,观察组并发症发生率低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 4 两组患者治疗后并发症情况比较

组别	n	并发症评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	并发症类型[n(%)]		
			局部皮肤淤斑	牙龈出血	肢体再肿胀
观察组	42	1.85 ± 0.37	1(2.38)	2(4.76)	1(2.38)
对照组	42	2.36 ± 0.64	2(4.76)	4(9.52)	3(7.14)
χ^2/t		2.168	1.879	1.623	2.564
P		0.017	0.021	0.026	0.009

3 讨 论

LEDVT 主要是由于静脉内的血液回流不畅导致血液凝集,进而使肢体产生肿胀、疼痛,此外还会引发血栓性浅静脉炎,在临床血管外科较常见,致死率和致残率较高。因此,治疗下肢静脉血栓的关键是使阻塞管腔畅通,恢复静脉血液流通,减少血栓^[5]。目前临床上采用的治疗方法有药物和手术治疗,单纯药物治疗虽能暂时控制疾病,但患者复发率较高,且易使深静脉瓣膜功能受损,手术治疗易导致静脉血管损伤等并发症。因此临床上目前较多采用抗凝、溶栓治疗^[6]。

置管溶栓治疗是近期发展的治疗 LEDVT 的新技术,分为顺行置管和逆行置管,治疗周围型血栓时一般采用顺行置管,操作时能够避免深静脉瓣膜受到损伤,而逆行置管一般用于治疗中心型血栓,不需要穿刺及超声引导,与置入下腔静脉过滤

器同时进行。在放置溶栓导管前需要先进行术前评估,采用下肢深静脉顺行造影,观察了解血栓的大小、位置及静脉管腔阻塞度,然后将导丝及指引导管穿过血管阻塞部分,而后经过溶栓导管的孔道进入与血栓部位接触,起初进入时药物聚集于血栓周围浓度较高,能够增加血栓与药物的接触面积,短时间内即可溶解血栓,恢复阻塞静脉通畅^[7-9]。本研究结果显示,观察组畅通度及血栓溶解率均明显高于对照组,说明置管溶栓比传统输液治疗效果显著。相关研究证实,临床上治疗下肢静脉血栓置管溶栓患者症状改善率及静脉畅通率、血栓溶解率方面均比单纯采用全身溶栓治疗临床效果好,溶栓药物的使用量较少,患者并发症发生率较低,且患者生活质量明显提高^[10]。国外有临床研究对 278 例下肢静脉血栓患者采用 312 次置管溶栓显示血栓溶解率Ⅱ级占 52%,Ⅲ级占 31%^[11]。本研究给药方式采用分次脉冲式给药,主要因为尿激酶半衰期一般为 20 min,药物自身代谢较快,进入机体内蓄积少,因此采用分次脉冲式给予尿激酶能够合理发挥尿激酶的溶栓活性,同时能够缩短纤溶酶被激活而引发出血的发生率。相关研究表明,与连续式给药相比,分次脉冲式给药有效率较高,患者发生大出血、过敏反应等并发症的发生率较低^[12]。此外,本研究患者经脉冲式置管溶栓治疗后患者患侧周径缩小值升高,周径缩小时间减少,且血栓溶解率极大提高。因此,结合本文及其他相关文献可知,置管溶栓是治疗 LEDVT 的有效方案。

本研究 LEDVT 中心型、周围型、全肢型患者样本数量较少,而针对周围型患者疗效还需要进一步观察,自动脉冲注射速度较低,实际操作中没有达到溶解静脉血栓的要求,对于操作环境应该严格保持无菌操作,防止细菌进入血液造成败血症,以及静脉血栓再次形成,对以上几方面的不足还需今后进一步深入研究。

综上所述,脉冲式置管溶栓治疗 LEDVT 临床效果好,患者并发症发生率低,是安全有效的治疗方法,值得临床广泛应用。

参考文献

- [1] 刘骏逸,张庆文,赵静,等.中西医结合治疗关节置换术后下肢深静脉血栓研究进展[J]. 中医研究,2014,27(2):77-78.
- [2] 程万春,陈璇.脑卒中患者早期下肢深静脉血栓形成的研究[J]. 国际神经病学神经外科学杂志,2014,41(3):227-230.
- [3] 田轩,王盛,刘建龙,等.下腔静脉滤器血栓形成局部置管溶栓与外周静脉溶栓治疗的比较[J]. 首都医科大学学报,2015,24(1):53-57.
- [4] Abou-Zamzam Am Jr, Moneta GL, Landry GJ, et al. Carotid surgery following previous carotid endarterectomy is safe and effective[J]. Vasc Endovascular Surg, 2002, 36(4):263-270.
- [5] 李俊,司小毛,查斌山,等.系统抗凝、置管溶栓与血栓切除治疗急性髂股段静脉血栓形成的疗效 Meta 分析[J].

重庆医学, 2014, 8(33): 4472-4475.

- [6] 邓为民, 侯雨生, 杨景明, 等. 下腔静脉滤器植入联合导管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成 55 例分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 12(2): 134-135.
- [7] 袁洪志, 谷涌泉. 下肢深静脉血栓形成介入溶栓治疗的疗效[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(3): 233-235.
- [8] 刘春江, 陈世远, 王孝高, 等. 置管溶栓与单纯抗凝对比治疗下肢深静脉血栓疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(4): 16-22.
- [9] 胡竞, 江峰, 胡骥琼. 超声引导置管溶栓治疗下肢深静脉血栓[J]. 中国介入影像与治疗学, 2014, 18(2): 73-76.
- [10] Okabe T, Araki H, Yakushiji T, et al. Local injection of
- 临床探讨 •

tissue-plasminogen activator using a pulse spray catheter as a treatment option for proximal deep vein thrombosis: A case report[J]. J Cardiol Cases, 2014, 10(5): 163-166.

- [11] 陈千益, 王华, 胡晓曼, 等. 导管接触性溶栓治疗 70 岁及以上患者急性下肢深静脉血栓形成的临床效果及安全性[J]. 中华老年医学杂志, 2016, 35(2): 216-220.
- [12] 李福东, 周兴明, 常西海. 导管直接溶栓治疗急性下肢深静脉血栓形成 25 例观察[J]. 山东医药, 2014, 18(17): 103-104.

(收稿日期: 2017-02-22 修回日期: 2017-04-29)

聚焦解决模式干预抑郁症在患者家属心理护理中的应用价值

杨向群

(重庆市精神卫生中心药剂科 401121)

摘要:目的 探讨聚焦解决模式干预在抑郁症患者家属心理护理中的应用价值。方法 选取 2013 年 5 月至 2016 年 4 月于该院接受抑郁症治疗患者的陪护家属 100 例, 随机分为对照组和观察组, 每组各 50 例, 对照组给予常规心理护理; 观察组患者家属进行聚焦解决模式干预护理。要求护理人员认真、真实记录患者家属在陪同患者治疗过程中的心理问题, 并对其进行针对性心理教育, 在此基础上在接待室内对患者家属进行一对一干预, 每次干预时间控制在 20~30 min, 每天进行一次。干预前、后干预效果评价采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)完成。对于个别干预效果不佳的患者家属, 护理人员可增加一对一的干预内容和时间, 并时刻评估干预效果。结果 两组患者家属干预后 SAS、SDS 评分均较干预前明显降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 且观察组患者家属降低效果更明显。结论 聚焦解决模式能够明显改善抑郁症患者家属的焦虑和抑郁症状, 适合于抑郁症患者家属的心理护理, 对患者家属心理护理有实用价值。

关键词: 抑郁症; 家属; 聚焦解决模式; 心理护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.043 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)16-2446-03

抑郁症属于临床常见的心理性疾病, 是由于生理、社会环境和心理等多种因素共同作用导致患者出现的精神疾病^[1]。抑郁症患者通常不愿意参加社会活动, 并且会将自己封闭在某个空间, 不与他人进行沟通交流, 久而久之可能诱发自杀等恶性事件发生^[2]。由于抑郁症的患病特点给社会、家庭带来沉重负担, 同时也给长期照料患者的家属带来了负面的身心影响, 因此, 有必要对抑郁症患者家属实施相应的心理护理, 从而改善其生活质量^[3]。近年来, 聚焦解决模式(SFA)被广泛应用于临床护理中, 但是其对抑郁症陪护家属的心理干预效果报道较少^[4]。本研究对 SFA 对抑郁症患者陪护家属的心理干预效果进行探讨, 效果令人满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2016 年 4 月于本院接受抑郁症治疗患者的陪护家属 100 例, 随机分为对照组(给予常规心理护理)和观察组(进行 SFA 干预护理), 每组各 50 例, 男 40 例, 女 60 例; 包括父母 42 例, 配偶 33 例, 子女 20 例, 兄弟姐妹 5 例; 平均年龄(44.6±6.5)岁; 文化程度: 高中及以下 48 例, 大专及以上学历 52 例。两组陪护家属的一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 患者及其陪护家属的纳入与排除标准

1.2.1 患者纳入标准 (1)符合抑郁症的诊断标准^[5]; (2)无器质性疾病和其他精神障碍性疾病。

1.2.2 陪护家属纳入标准 (1)与患者长期共同居住; (2)无精神疾病; (3)表达力和理解力正常, 能独立完成量表的填写; (4)签署知情同意书。

1.2.3 患者及陪护家属排除标准 (1)不自愿参与研究者; (2)有严重躯体疾病无法参加者; (3)因各种原因不能继续参加, 主动要求退出者。

1.3 心理干预方法

1.3.1 干预方案 入院时护士与家属及患者建立良好的信任关系, 由专业的心理医师和精神科护理医师做好干预措施制订, 对不同组别实施不同的干预措施, 选择安静的环境进行干预治疗。每天干预一次, 每次 20~30 min。

1.3.2 具体干预措施 对照组陪护家属接受常规心理干预, 具体护理措施如下: 主要目的是通过寻找问题的原因确立针对性解决方案。首先, 护理人员应主动关心抑郁症患者家属, 给予其心理支持, 鼓励其勇敢面对现实。对于出现焦虑等不良情绪的陪护家属, 应进行积极的沟通与交流, 告知其疏通不良情绪的方法, 如哭泣、听音乐、深呼吸、冥想、与人聊天等。对于对抑郁症认识不到位的陪护家属, 应耐心向其讲解疾病相关知识, 改变其不良认知, 同时以容易理解的方式解答家属疑问, 帮助其树立积极乐观的生活态度。观察组患者家属接受 SFA 进行心理护理, 具体步骤如下: (1)描述问题。加强与患者家属之间的沟通与交流、及时查阅相关医疗记录、对患者家属进行客观、全面的了解并做好资料收集工作, 在此基础上找出患者家属存在的个体问题, 引导患者家属认识问题、面对问题, 通过相关心理方面的调控, 协助患者家属解决问题, 有效克服心理上的障碍。如家属主诉其内心的痛苦时, 可以尝试提问“你是怎么熬过来的? 你都用过一些什么办法减轻痛苦?”此阶段的实施需选择合适的时间和环境, 以取得家属的信任, 增强家属信