

静脉血栓栓塞症分层护理在胃癌根治术高龄患者中的应用效果

方艺伶

随着近年来手术设备、麻醉技术以及手术水平的提高,接受胃癌手术的高龄患者也逐年增多^[1]。临床中,高龄患者存在免疫功能低下、脏器退行性变、活动量减少甚至长期卧床等问题,且多合并呼吸系统、心血管系统等其他系统疾病,再加上全身麻醉、术后长时间卧床等因素,导致此类患者出现静脉血栓栓塞症的风险比其他年龄段患者更高^[2]。既往常规的静脉血栓栓塞症预防护理基本为遵医嘱机械性执行相关操作,对静脉血栓栓塞症风险的识别能力不佳,无法完全顾及到每名患者的个体差异^[3]。因此,本次研究尝试将静脉血栓栓塞症分层护理模式应用于高龄胃癌根治手术患者中,效果较好。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2020年4月至2021年3月浙江省人民医院胃肠胰外科行腹腔镜下胃癌根治手

术的高龄患者140例,其中男性110例、女性30例;年龄76~87岁,平均(81.98±6.14)岁;体重指数16.15~27.30 kg/m²,平均(23.79±4.92)kg/m²;手术类型:全胃切除术36例,毕Ⅱ式胃大部分切除术85例,其他19例;文化程度:小学及以下124例、初中及以上16例。纳入标准为:①符合胃癌根治术标准,手术耐受良好;②年龄>75岁;③意识清楚,能有效沟通;④无严重周围血管疾病及心肝肾等脏器功能不全;⑤近6个月内未使用抗凝药物;排除标准为:①入院时已存在静脉血栓栓塞症或有静脉血栓史;②凝血功能障碍;③下肢存在局部病变或大面积水肿等物理预防禁忌证;④合并其他恶性肿瘤;⑤术中中转为开放手术。按照随机数字表法将患者分为对照组70例与观察组70例,两组基线资料见表1,两组比较,差异无统计学意义(*P*均>0.05)。

表1 两组胃癌根治术高龄患者基线资料比较

组别	性别 (男/女)	年龄/岁	体重指数/kg/m ²	手术类型/例(%)			文化程度/例(%)	
				全胃切除术	毕Ⅱ式胃大部分 切除术	其他	小学及以下	初中及以上
观察组	53/17	81.93 ± 5.68	23.90 ± 5.06	16(22.86)	44(62.86)	10(14.29)	63(90.00)	7(10.00)
对照组	57/13	82.02 ± 6.10	23.68 ± 4.79	20(28.57)	41(58.57)	9(12.86)	61(87.14)	9(12.86)

1.2 方法 对照组参考加速康复外科指南^[4]进行护理,同时给予常规静脉血栓栓塞症预防措施,主要包含:穿戴梯度压力弹力袜、术前健康教育、饮食指导、主被动康复训练指导、术中加强保暖、术后下肢轮流抬高等等,并遵医嘱使用间歇充气压力泵及药物抗凝措施。观察组在对照组护理的基础上,采用

静脉血栓栓塞症分层护理模式开展护理,具体如下:

1.2.1 静脉血栓栓塞症风险评估 患者住院后12 h内,由医生和护士共同采用Caprini量表^[5]评估患者的静脉血栓栓塞症风险等级,该量表包含40种可能导致静脉血栓栓塞症的危险指标,并根据指标危险程度赋予1~5分,将最终相加得分作为静脉血栓栓塞症风险判定依据。0~1分为低危,2分为中危,3~4分为高危,≥5分为极高危。首次评估后,

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.002.025

作者单位:310000 浙江杭州,浙江省人民医院(杭州医学院附属人民医院)胃肠胰外科

在术后 12 h 和患者病情变化时进行再次评估。

1.2.2 静脉血栓栓塞症分层护理策略

1.2.2.1 低危患者 责任护士进行常规静脉血栓栓塞症健康教育,告知早期预防静脉血栓栓塞症的必要性;整个围术期穿戴梯度压力弹力袜;术后 6 h 内,指导家属协助其积极进行被动和主动肢体活动;术后 1 d,采用床旁彩超评估下肢静脉情况,如果检查确认无血栓,则在病情允许的情况下让患者尽可能早期下床活动(家属协助下从床上坐起→床边坐立→床边站立→离床行走逐渐过渡),如果有腹腔引流管应尽早拔管。

1.2.2.2 中危患者 以低危患者为基础,加入以下预防方案:①手术医生开具医嘱给予下肢加压,术中(即麻醉诱后至手术结束)由巡回护士采用循环压力治疗仪进行物理预防,利用空气波的收缩与膨胀作用,改善下肢血液循环;②患者手术结束回到病室 3 h 内,由护士至病床旁指导家属为患者按摩下肢,以加快静脉血液流速,具体方法:用手掌由下往上对患者小腿的比目鱼肌与腓肠肌进行环形按摩,同时采用以患者最舒适的力度揉捏小腿肌肉,按摩 5~6 min 后,再采用同样的方法按摩另一侧小腿,每次按摩 10~12 min,每小时 2 次,每天最少 6 次,持续时间最少至术后第 3 天;另外嘱咐患者每小时进行 10~15 次深呼吸练习,持续时间最少至术后第 3 天;③责任护士每 2~3 天采用“一看二摸三测量”的方式评估下肢深静脉血栓形成前期的症状体征,其中“一看”主要观察下肢皮肤是否肿胀、发红等异常,“二摸”为触摸下肢皮温、足背动脉搏动等,“三测量”为测量并记录下肢周径变化,有任何可疑则立即行彩超检查;④术后 1 d 开始,康复治疗师分别于上午 9:00 和下午 15:00(约早餐及午餐 2 h 后)采用多频振动排痰机实施排痰护理,排痰前予以 15 min 左右糜蛋白酶雾化吸入,排痰体位为侧卧或坐卧,排痰机频率设置为 20 Hz,排痰顺序应遵循先右肺后左肺、自下而上及从外向内的原则,如果排痰过程中患者出现心慌气短、呼吸困难等不适应及时停止,每次排痰时间为 15 min,每天 2 次,持续时间最少至术后第 3 天。

1.2.2.3 高危和极高危患者 以中危患者为基础,加入以下预防方案:①将红色警示牌悬挂于床头;②患者入院后每天采用间歇充气压力泵进行预防,并确保术后 7 d 内每天使用间歇充气压力泵的时间在 18 h 以上;③术后下肢按摩、深呼吸练习及震动

排痰持续时间最少至术后第 7 d;④责任护士每天采用“一看二摸三测量”的方式评估下肢深静脉血栓形成前期的症状体征,有任何可疑则立即行彩超检查;⑤如果患者经评估出血风险小,则由医生开具医嘱于术前 12 h 开始使用低分子肝素钙预防直至出院,如果出血风险高,需等待风险降低后再使用药物预防;⑥每 2 天监测一次 D-二聚体等凝血指标。

1.3 观察指标 ①比较两组术后恢复情况。包含术后卧床时间、住院时间及住院费用等;②比较两组术前(入科时)、术后第 1 天以及术后第 7 天的血浆 D-二聚体、血浆凝血酶原时间等凝血指标变化;③比较两组住院期间静脉血栓栓塞症发生情况,包含下肢静脉血栓形成及肺栓塞。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 26.0 分析数据。定性资料采用例(%)表示,组间比较用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验;定量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内重复测量的数据采用单因素方差分析,组间比较用 t 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃癌根治术高龄患者术后恢复情况见表 2

表 2 两组胃癌根治术高龄患者手术及术后恢复情况

组别	术后卧床时间/h	住院时间/d	住院费用/万元
观察组	27.90 ± 7.82	19.24 ± 5.93	5.89 ± 1.66
对照组	28.31 ± 8.47	18.95 ± 6.20	5.95 ± 1.73

由表 2 可见,观察组术后卧床时间、住院时间、住院费用与对照组比较,差异无统计学意义(t 分别=0.30、0.28、0.21, P 均 > 0.05)。

2.2 两组胃癌根治术高龄患者凝血指标变化见表 3

表 3 两组胃癌根治术高龄患者不同时间的凝血指标变化

组别		D-二聚体/mg/L	凝血酶原时间/s
观察组	术前	0.67 ± 0.22	12.80 ± 3.29
	术后第 1 天	0.52 ± 0.29*	12.32 ± 3.13*
	术后第 7 天	0.41 ± 0.20*	12.38 ± 2.87*
对照组	术前	0.65 ± 0.25	12.75 ± 3.60
	术后第 1 天	0.70 ± 0.38	11.03 ± 3.60
	术后第 7 天	0.54 ± 0.31	11.19 ± 3.41

注: * 与对照组同时点比较, $P < 0.05$ 。

由表 3 可见,观察组手术前后血浆 D-二聚体水平、凝血酶原时间明显好转,差异有统计学意义(F 分别=8.16、3.68, P 均 < 0.05),对照组手术前后血浆

D-二聚体水平无明显变化($F=0.72, P>0.05$),凝血酶原时间明显好转($F=4.44, P<0.05$)。

术前两组血浆D-二聚体水平、凝血酶原时间比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.50、0.09, P 均 >0.05),观察组术后第1天以及术后第7天的血浆D-二聚体水平比对照组更低,血浆凝血酶原时间比对照组更长,差异有统计学意义(t 分别=3.15、2.95、2.26、2.23, P 均 <0.05)。

2.3 两组胃癌根治术高龄患者住院期间静脉血栓栓塞症发生情况 观察组住院期间无静脉血栓栓塞症发生;对照组住院期间发生下肢深静脉血栓5例,肺栓塞1例,静脉血栓栓塞症发生率8.57%。两组静脉血栓栓塞症发生率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

林红梅等^[6]学者研究发现,高龄住院患者静脉血栓栓塞症的发生率高达14.80%,且发病十分隐匿。而高龄胃癌手术患者具有诸多静脉血栓栓塞症危险因素,是防范静脉血栓栓塞症的重点人群。

本研究结果发现,静脉血栓栓塞症分层护理明显改善了胃癌根治术高龄患者住院期间的凝血指标,降低了静脉血栓栓塞症的发生率(P 均 <0.05)。可能原因在于:①患者住院后12h内即进行静脉血栓栓塞症风险及出血风险评估,有助于医护人员及时掌握不同静脉血栓栓塞症风险患者的警戒窗口期,Caprini量表及《外科手术患者出血风险评估表》均为相关指南^[5,7]所推荐,对高龄手术患者静脉血栓栓塞症及出血风险的识别能力高,确保了患者评估及风险分层的科学性及准确性。②针对低危高龄患者,本研究采用了穿戴梯度压力弹力袜、被动和主动肢体活动及早期下床活动等基础预防措施,有助于减轻护士的工作量、减少过度预防的情况出现。③中危患者中,循环压力治疗系统可利用其多腔气囊的反复充放气作用,通过有序挤压而改善淋巴循环及促进血液流动,使肢体组织液回流加快,改善凝血功能,进而预防水肿及血栓的形成;术后下肢被动按摩,有助于目鱼肌和腓肠肌收缩与舒张,加快血液循环速度,增加肢体氧含量,防止高龄患者术后长时间卧床导致的肌肉萎缩,避免肌肉纤维化,从而预防血液循环障碍;另外术后采用多频

振动排痰机实施排痰护理还能解决人工叩背所达不到的肺深部痰液排出问题,且无需患者体位配合,有助于肺部淤积痰液的及时排除,增加通气,改善肺部血液循环,从而预防肺栓塞。④高危和极高危患者则延长了术后下肢按摩、深呼吸练习及震动排痰的持续时间,提高了责任护士评估血栓形成前期症状体征的频率;同时针对高危和极高危患者使用抗凝药物,降低凝血因子活性,是直接且最有效的预防手段;此外,考虑到可能有部分患者有出血风险并不适合使用抗凝药物,本研究还加用了间歇充气压力泵预防,通过短时间内充气加压加快血流速度,促进血液回流,进而达到强化预防静脉血栓栓塞症的目的。

综上所述,静脉血栓栓塞症分层护理在胃癌根治术高龄患者中具有较高的应用价值,能明显改善此类患者住院期间的凝血指标,降低静脉血栓栓塞症发生风险。

参考文献

- 1 杨恒颖,单治理,孙明浩,等.高龄胃癌患者手术治疗的短期疗效及预后影响因素[J].中国老年学杂志,2019,39(10):2350-2354.
- 2 田国祥,武云涛,姚璐,等.D-二聚体在老年患者发生急性血栓性疾病时的变化及临床意义[J].中国循证心血管医学杂志,2020,12(9):1055-1058.
- 3 阚小闲,郭玉杰,李宁,等.基于Caprini血栓风险评估量表的分级护理在妇科围术期患者静脉血栓栓塞症预防中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(12):18-20.
- 4 Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS@) society recommendations [J]. Br J Surg, 2014, 101(10): 1209-1229.
- 5 李积凤,杨媛华.《肺血栓栓塞症诊治与预防指南》—关于静脉血栓栓塞症预防的推荐意见[J].中国医刊,2018,53(10):1078-1082.
- 6 林红梅,阮庆,沈国玉.Padua风险预测评估模型在老年住院患者VTE的应用[J].西南军医,2019,21(6):531-533.
- 7 中华医学会外科学分会.中国普通外科围手术期血栓预防与管理指南[S].中华外科杂志,2016,54(5):321-327.

(收稿日期 2021-09-02)

(本文编辑 葛芳君)