

重。本文所举病例患者主要症状为关节炎，在静脉滴注青霉素后，引发了静脉炎症状的出现。下面就此病例做一简要分析。

### 1 病例资料

患者女性，35岁。症状为双上、下肢大关节游走性疼痛1周余，无红肿，双侧前臂、双侧小腿肌肉疼痛，全身无力，体温正常。查：抗“O”≥800U，血沉56mm/h，CRP（-），RF（-），补体C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>，肌酶谱都正常，诊断为风湿性关节炎。

根据风湿性关节炎的常规治疗方案，青霉素G是预防A组溶血性链球菌感染的首选药物<sup>[1]</sup>。用药前曾详细询问，患者无药物过敏史，青霉素皮试阴性，后予青霉素800万单位加入0.9%生理盐水250mL内静脉滴注。在第3天静脉滴注过程中，穿刺部位出现红肿，长约15cm的静脉沿线明显红肿、疼痛，血管增粗，周围组织出现发热的现象。又连续滴注2d，滴注过程中上肢肿胀、痛明显，且手背肿胀，考虑静脉炎。询问患者，以前经常静脉滴注青霉素，从未有此类情况发生，考虑链球菌感染引起免疫反应，累及到关节、肌肉、血管。立即停药，同时给予50%硫酸镁湿敷和远红外线照射等治疗，3d后疼痛缓解，红肿渐消退，但血管呈条索状。随访，患者3个月后因关节痛，青霉素皮试阴性，又给予青霉素800万单位静脉滴注，再次出现上述现象，随即停药。改为每月肌肉注射1次120万U长效青霉素。

### 2 原因分析

风湿病是一种与A组β溶血性链球菌感染有关的变态反应性疾病。病变主要累及全身结缔组织，呈慢性或急性结缔组织炎症，心

脏、关节和血管最常被累及<sup>[2]</sup>。风湿病的发病机制仍然不十分清楚，多数倾向于抗原抗体交叉反应学说，即链球菌细胞壁的C抗原（糖蛋白）引起的抗体可与结缔组织（如心脏瓣膜及关节等）的黏多糖发生交叉反应；链球菌壁的M抗原（蛋白质）的抗体可与心肌及血管平滑肌的某些成分发生交叉反应<sup>[3]</sup>。这是患者产生静脉炎的自身原因。就产生炎症的化学因素来说，静脉内输入各种刺激性溶液（各种抗生素、胍化剂和有机碘溶液或高渗溶液）等，均易引发不同程度的静脉炎<sup>[4]</sup>。患者受到链球菌感染后，关节炎症状明显，也会累及到肌肉、血管，但当时并无明显症状。在治疗过程中，由于青霉素的多次刺激，导致静脉炎症状的出现。患者在后来又出现关节炎症状，再次注射，出现同样现象，验证了以上分析的结论。

从这一病例可知，风湿性关节炎累及的组织不但与患者本身有关，还可能由患者所受到的各种刺激诱发。一些症状即使患者以前从未出现过，在风湿性关节炎症状发作期间也有可能出现，需要引起医护人员的注意。

### 参考文献

- [1] 朱耀国. 抗生素的预防性应用[J]. 医药导报, 1994, 13(5): 224-225.
- [2] 王坚, 李开俊, 丁莉, 等. 青霉素+舒巴坦联合治疗风湿性关节炎16例疗效观察[J]. 中华实用中西医结合杂志, 2006, 19(17): 2037-2038.
- [3] 李甘地. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 175.
- [4] 杜颖. 浅析输液性静脉炎的发生因素及预防措施[J]. 当代医学, 2008, 14(23): 19-21.

## 临床护理

# 血栓性静脉炎治疗与护理经验

刘 青

【关键词】 血栓性静脉炎； 治疗； 护理

中图分类号：R473.5

文献标识码：A

文章编号：1671-8194 (2010) 19-0313-02

血栓性静脉炎是指静脉血栓形成后，静脉内膜的炎性反应。本病多发生于下肢或盆腔内静脉，而在上肢少见，根据发生部位深浅的不同而分为深浅静脉炎。

### 1 血栓性浅静脉炎

多由温热之邪外侵，以致气血瘀滞，脉络滞塞不通所致，而西医认为多与静脉注射、手术刺激、创伤等因素有关，一般多发生于大隐静脉或小隐静脉的属支，特别是曲张的浅静脉内，表现为病变的部位疼痛，局部皮肤呈条索状红肿，有压痛。以后红肿消退，留下硬索，并有色素沉着，局部常有牵掣、隐痛、坠胀感。急性期可有发热，全身不适，舌苔黄腻、脉濡数等。

治疗上采取内治、外治两大法，内治主要是以和营活血、清热利湿，用五味消毒饮合三妙丸加减。外治主要早期可选用金黄散，外敷熏洗等方法，同时抬高患肢，卧床休息。

### 2 血栓性深静脉炎

多由久卧、久坐、产后伤风气、盆腔手术、外伤等，气血运行不畅，以致瘀血阻于络道，脉络滞塞不通，营血回流受阻，水津外溢，聚而为湿，流注下肢而成。此型患者起病较急，病情重，且易造成血栓脱落，而致严重后果，故应积极治疗，其主要临床表现为患肢疼

痛、肿胀，皮肤温度升高和浅静脉扩张等四人局部症状。治疗分早期、后期两个阶段。

早期湿热蕴阻、气血瘀滞，宜清热利湿、活血通络，用通络活血方，抵当汤加减。

后期属气虚血瘀，寒湿凝滞，宜温阳利水，活血化瘀为主，用阳和汤、补阳还五汤、当归四逆汤加减。同时应卧床休息，抬高患肢，待症状好转后才逐渐下床活动。

### 3 预防及护理

在西方国家，下肢深静脉血栓形成是常见的手术并发症，发生率超过40%，在我国并不常见，仅为2.6%左右。但是，静脉血栓有可能脱落，造成致命性的肺动脉栓塞，后果严重。

高龄、肥胖、口服避孕药、心血管疾病、恶性肿瘤、下肢创伤、盆腔手术、活动减少是血栓形成的高危因素。手术后患者活动减少，体位不当，可使血流缓慢，下肢静脉受压，手术创伤或经静脉输注液体及药物，可造成静脉壁损伤。同时由于手术应激、创伤，使血液凝固性增高，从而易于形成血栓。脱水、手术创伤致大量组织破坏、癌

细胞分解也可使血液凝固性增加。

临床上将下肢深静脉血栓分为周围型、中央型及混合型。前二者血栓蔓延而累及整个肢体即为混合型。

周围型是小腿深静脉血栓形成，发生于腓肠肌和比目鱼肌的小静脉丛内，因小腿静脉交通支广泛，一般不影响静脉回流，临床症状不明显，仅有小腿疼痛、压痛及轻度肿胀，Homans征可呈阳性，即足背屈时腓肠肌紧张而诱发疼痛。周围型血栓可蔓延累及主干，最后累及髂股静脉。

中央型是髂股静脉血栓形成，以左侧多见，原发性髂股静脉血栓形成起病急骤，腹股沟区疼痛，伴发热，高达38~39℃，腹股沟区肿胀、充血、有压痛，有时尚可触及索状物，继而整个下肢肿胀、疼痛、肢体苍白、皮温略低，表浅静脉怒张。腓肠肌及沿股静脉有压痛，Homans征也呈阳性。

还有一种更少见类型是股青肿，病情严重，下肢深、浅静脉广泛性血栓形成，并常伴有强烈的动脉痉挛。发病急骤，疼痛显著，常在数小时内整个肢体肿胀，发绀、皮温下降，足背动脉消失，体温可升至39℃以上。由于大量液体渗入患肢的组织内，可出现低血容量性休克，甚至形成肢体静脉性坏疽。

此外，以下特殊检查有助于明确血栓的部位及范围：①静脉造影及测压：采用足背静脉上行造影，可明确血栓的部位。造影完毕后，接上测压管，并与对侧静脉压对照。当主干静脉有血栓时，无论静息或活动时，压力均明显升高。②多普勒超声检查：其特异性和敏感性在90%以上。对于探查大静脉血栓帮助较大，而对小静脉血栓定位困难。③125I核素扫描：对于检查腓肠肌小血栓最为有

效，并能鉴别新、旧血栓。④体积扫描法：能够检测由于心搏反流的或静脉回流闭塞引起的下肢容量变化。对于诊断大静脉血栓更为有效。

治疗上不外乎溶栓、抗凝、祛聚及手术疗法。而中中医药则分型辩证，可全面调理。①清热利湿、温阳利水、活血化痰、益气通脉可运用于静脉炎的不同阶段，随其不同证型而辩证施治，由于中医药剂型改革的不断进展，不再拘泥于缓慢，费时的煎剂，不但有用于外敷的膏剂、外洗的液药，同时静脉用药亦广泛应用于临床，这样及时完成了早期静脉炎的治疗，既可避免西药不良反应又可免除了手术痛苦。②对于一些重症患者，手术是不可避免的治疗措施，要注意手术时对血管及其附近组织的操作应特别注意，避免血管内膜的损伤，手术后，主要是下腹部、盆腔内和下肢的手术后多作下肢活动，早期下术活动、鼓励健侧下肢锻炼，卧位时，可将下肢抬高30°以助下肢静脉血液回流。③由于静脉输液，药物刺激是引起静脉炎的病因，故治疗中静脉插管不宜过久，不宜输入刺激血管药物，输液速度应适度，动态观察患肢皮肤温度、色泽、感觉和肿胀的程度、皮肤弹性、足背动脉搏动、微静脉代偿性扩张等做好记录。特别是就注意全身有无出血倾向，如皮下、牙龈等，潜在出的可能性。④潜在皮肤完整性受损（患肢水肿、张力大、弹性差，加之卧床时间长）。保持床铺平整、干燥、无渣屑，预防褥疮的发生，按摩，垫气圈，软垫等。⑤因该病有潜在的危险性，治疗时间长，部分患者思想负担重，护理上应针对性地进行宣教，即时达到让患者思想上重视，密切配合治疗的目的，又要增加心理负担，使患者心情舒畅，对治疗充满信心，并及时告知治疗好转信息，增强战胜疾病的勇气。

## 微创内视镜下肾上腺肿瘤切除术的护理配合

于秀霞 贾华 张丽

【关键词】肾肿瘤；肾上腺肿瘤切除术

中图分类号：R473.73

文献标识码：B

文章编号：1671-8194 (2010) 19-0314-02

齐齐哈尔医学院附属第三医院东区泌尿外科2008年6月至2009年12月成功地开展了微创内视镜下肾上腺肿瘤切除术20例，手术效果满意，现将手术配合报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

总共20例患者，男12例，女8例，年龄34~53岁，平均年龄40.2岁。其中肾上腺嗜铬细胞瘤3例，肾上腺皮质腺瘤17例，左侧14例，右侧6例。

#### 1.2 手术方法

气管插管全麻。患者侧卧位，取腰入路，建立手术空间后，游离肾脏上极并下压，显露肾上腺区域，用内视镜、长扁桃钳及直角钳，用分离钳、抓钳电钩，游离肾上腺并切除肾上腺肿瘤，用电凝或深部结扎器结扎止血，取出标本送病理检查。

### 2 结果

本组患者20例，手术时间70~95min，平均时间83min，术中出血5~25mL，平均出血11mL，术后均未发生并发症。

### 3 讨论

#### 3.1 适应证

肾上腺恶性肿瘤、嗜铬细胞瘤、肾上腺良性肿瘤。

#### 3.2 麻醉方式

硬脊膜外隙阻滞麻醉或全身麻醉。

#### 3.3 手术体位与切口

患者取侧卧位或平卧位。手术可选择经腰斜切口，包括第12肋下、第12肋或11肋切除、第10肋间或11肋间及腰背切口或双侧背部切口，此切口的优点是肾上腺区显露好；也可选择经上腹剑突下弧形切口（双侧肾上腺）或单侧腹部径路（单侧肾上腺），其优点是可同时探查两侧肾上腺、腹腔器官及后腹膜腔<sup>[1]</sup>。

#### 3.4 手术物品准备

剖腹敷料包，剖腹器械包，取肋骨器械（必要时）。

#### 3.5 手术步骤及配合<sup>[2]</sup>

##### 3.5.1 经腰肾上腺切除术配合

①消毒，铺单，通常采用第11肋间切口。②切开皮肤及皮下组织