



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材



外 科 护 理

W A I K E H U L I



主编：周庆湘
主讲：杨秀娟



外科护理



第二十二章 周围血管疾病病人的护理

ZHOU WEI XUE GUAN JI BING BI REN DE
HU LI



目录

> 第一节 原发性下肢静脉
曲张病人

> 第二节 血管闭塞性脉
管炎

第一节 原发性下肢静脉曲张病人的护理

原发性下肢静脉曲张是指下肢浅静脉瓣膜关闭不全，静脉血液倒流而引起的静脉扩张、迂曲为主要表现的一种疾病。常见于从事久站的职业和体力强度高者。分为原发性（单纯性）和继发性（代偿性）两种。



一、病因

1. 先天性因素：静脉壁薄弱、静脉瓣膜缺陷是全身支持组织薄弱的一种表现，与遗传因素有关。
2. 后天性因素：长时间站立、久坐少动、重体力活动、妊娠、盆腔肿瘤、慢性咳嗽、习惯性便秘等原因引起的腹腔压力增高造成。

二、病理

下肢静脉血流对抗重力向心回流，主要依赖于：

- ①吸气时和心脏舒张期胸腔内负压的向心吸引作用；
- ②下肢肌肉收缩作用；
- ③静脉瓣膜单向开放作用。其中静脉瓣膜的单向开放作用是防止血液逆流的关键。

当下肢静脉瓣膜病变，血液淤滞，主干静脉和毛细血管压力增高时，皮肤微循环障碍，造成局部代谢障碍，导致皮肤色素沉着、纤维化、皮下脂质硬化甚至皮肤萎缩，静脉溃疡。此外，纤维蛋白渗出和毛细血管周围纤维组织沉积，引起再吸收障碍、淋巴超负荷，导致下肢水肿。小腿下内侧区域胸腔内负压的向心吸引作用及下肢肌肉收缩作用较弱，该区域所承受的压力最高，因此，静脉溃疡高发于此区。

三、临床类型

1. 易复性疝 最常见，腹外疝在站立或活动等腹内压增高时突出，于平卧、休息或用手向腹腔推送时，很容易将疝内容物回纳入腹腔。
2. 难复性疝 疝内容物不能或不能完全回纳入腹腔内，但并不引起严重症状。引起难复性疝发生的较常见原因是：疝内容物反复突出，致疝囊颈受摩擦而损伤，产生粘连，导致内容物不能回纳。此类疝的内容物多数是大网膜。难复性疝同易复性疝一样，疝内容物并无血运障碍，未发生器质性病理改变，故无严重的临床症状。

三、护理评估

（一）健康史

了解病人是否为长期站立工作、重体力劳动、慢性咳嗽、习惯性便秘等引起腹内压增高史，了解是否晚期妊娠，病人是否有家族遗传病史。

（二）身体状况

1. 症状 早期表现为下肢沉重、酸胀、乏力和疼痛。
2. 体征 后期表现为下肢静脉曲张，血管隆起，蜿蜒成团。如肢体营养不良，可表现为色素沉着，溃疡，湿疹样改变。

三、护理评估

此外，还有常见并发症，如下：

- ①血栓性静脉炎：主要由于血流缓慢起血栓形成，当炎症消退后常遗留有局部硬结并与皮肤粘连；
- ②溃疡形成：皮肤损伤破溃后常在踝周及足靴区形成经久不愈的溃疡；
- ③曲张静脉破裂出血：主要是由于皮下淤血，局部血管压力过大或皮肤溃疡出血。

三、护理评估

（三）辅助检查

1. 特殊检查 包括：

①大隐静脉瓣膜功能试验（Trendelenburg test）：主要用于测定大、小隐静脉瓣膜功能。嘱病人仰卧，抬高下肢使静脉排空，于腹股沟下方扎止血带压迫大隐静脉卵圆窝处或者腘窝处，嘱病人站立，解除止血带后立即出现自上而下的静脉充盈，则表示大隐静脉瓣膜或小隐静脉功能不全。

三、护理评估

②深静脉通畅试验（Perthes test）：主要用来测定深静脉回流是否通畅。嘱病人取站立位，于腹股沟下方扎止血带压迫大隐静脉，待静脉充盈后，嘱病人连续作下蹲活动10余次，若曲张静脉加重，则表明深静脉阻塞。

三、护理评估

③交通静脉瓣膜功能试验（Pratt test）：主要用于发现瓣膜功能不全的交通静脉。嘱病人仰卧，抬高下肢，使充盈浅静脉排空，在腹股沟下方缠绕止血带，先从足趾向上至腘窝缠第1根弹力绷带，再从止血带处向下缠第2根弹力绷带。嘱病人站立，一边向下解开第1根绷带，一边继续向下缠第2根绷带，如果在两根绷带之间的间隙出现曲张静脉，则提示该处有功能不全的交通静脉。

三、护理评估

2. 多普勒超声 提供可视的管腔变化，测定血流变化。
3. 下肢静脉造影 可了解病变的性质、范围和程度，为确诊的金标准，可排除髂静脉压迫综合征等。
4. 下肢活动静脉压测定 采用有创的方式，对患肢行足背静脉穿刺术，直接在静脉内部测量其中的压力：交通静脉连接深静脉和浅静脉，可间接了解瓣膜功能，常作为筛选检查。正常时，站立位活动后足背浅静脉压平均10-30mmHg，原发性下肢静脉曲张为25-40mmHg。深静脉瓣膜关闭不全时，下肢活动静脉压可高达55-85mmHg。

三、护理评估

（四）心理-社会状况

病人因静脉曲张、下肢不适、慢性溃疡创面经久不愈而影响正常生活和工作，而产生焦虑、忧伤等心理。病人对疾病的了解程度及家庭、社会支持情况等。

三、护理评估

（五）处理原则

1. 非手术治疗 适用于病变局限、症状较轻者或妊娠期间发病及不能耐受手术者。主要措施有：

①弹力治疗：指穿弹力袜或使用弹力绷带外部加压。此法适用于大多数病人，疗效肯定；

②药物治疗：黄酮类和七叶皂苷类药物可缓解肢体酸胀、水肿等症状；

③注射硬化剂：将硬化剂注入曲张静脉后引起炎症反应使之闭塞，适用于手术后的辅助治疗，处理残留的曲张静脉；

三、护理评估

④处理并发症：血栓性静脉炎者，给予抗生素及局部热敷治疗，抗凝治疗至少6周；湿疹和遗疡者，抬高患肢并给予创面湿敷；曲张静脉破裂出血者，抬高患肢和局部加压包扎止血，必要时予以缝扎止血，待并发症改善后择期手术治疗。

三、护理评估

2. 手术治疗 适用于深静脉通畅、无手术禁忌证者。传统方法是大隐静脉或小隐静脉高位结扎和曲张静脉剥脱术，其他方法包括旋切刨吸术、激光治疗、血管内曲张静脉电凝治疗或冷冻治疗、硬化剂及射频消融等均取得了良好疗效。已确定交通静脉功能不全者，可选择腔镜下筋膜下交通静脉结扎术（SEPS）或硬化剂注射术。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 活动无耐力 与下肢静脉曲张、血液回流障碍有关。
2. 皮肤完整性受损 与皮肤营养不良、慢性溃疡有关。
3. 潜在并发症：深静脉血栓形成、曲张静脉破裂、血栓性静脉炎。

三、护理措施

（一）非手术治疗的护理/术前护理

1. 病情观察 注意肢体活动状况，局部皮肤有无色素沉着、溃疡、湿疹样改变等及局部血管隆起情况。

三、护理措施

2. 促进下肢静脉回流

(1) 使用弹力绷带、弹力袜，弹力袜或弹力绷带的压力梯度循序降低，足踝部高，向近侧逐渐减低，通过压力变化以减少浅静脉内血液淤积，改善活动时腓肠肌血液回流。穿之前先抬高患肢以排空曲张静脉内的血液后再穿。弹力绷带应自下而上包扎，注意弹力袜的长短、压力及薄厚应符合病人的腿部情况，并在包扎的时候保持一定的松紧度，以不妨碍关节活动并且能扪及动脉搏动为宜。

三、护理措施

(2) 体位与活动：卧床休息或睡觉时抬高患肢 $30^{\circ} - 40^{\circ}$ ，以利静脉回流。告知病人避免久坐或久站，使血流缓慢引起血栓形成。坐时双膝勿交叉或盘腿，以免压迫腘窝静脉，影响血液回流。

(3) 避免腹内压增高：多吃高纤维、低脂肪的食物，保持大便通畅，防止便秘；肥胖病人应有计划

3. 保护患肢 告知病人勤剪指甲，勿搔抓皮肤，避免肢体外伤，以免造成曲张静脉出血。

三、护理措施

(二) 术后护理

1. 病情观察 观察患肢伤口情况及皮下渗血，发现异常及时通知医师。
2. 早期活动 卧床期间指导病人行踝泵运动，但应避免过于劳累使曲张的静脉破裂出血。为了避免深静脉血栓的形成，促进静脉回流，鼓励病人早期下床行走，但3个月内禁止剧烈运动。
3. 保护患肢 告知病人勤剪指甲，避免外伤造成皮肤破损，如肢体有湿疹、溃疡等，还要注意治疗与换药，促进创面愈合。

三、护理措施

（三）健康教育

1. 去除影响下肢静脉回流的因素 避免穿过紧的衣物；有计划减肥；保持良好姿势，避免久站、久坐及双腿交叉。
2. 促进静脉回流 休息时适当抬高患肢；指导病人进行适当运动，增强血管壁弹性。

三、护理措施

3. 坚持弹力治疗

(1) 治疗周期：非手术治疗病人坚持长期使用弹力袜或弹力细带；术后病人也应每日穿着12h，坚持使用半年以上。

(2) 治疗方法：使用弹力绷带时应注意采用自下而上包扎的方法，一般为早晨起床时穿上弹力袜或弹力绷带，晚上睡觉前脱下，日常使用避免反复穿脱，即使在运动时也需穿上弹力袜或弹力绷带，避免血液蓄积在腿部，有利于促进血液的流畅运行。

三、护理措施

(3) 维护措施：使用过程中应注意做好弹力袜及弹力绷带的维护，洗涤不宜过于频繁，可使用30℃以下温水手洗，禁用碱性肥皂、洗衣液和过烫水洗涤，也应避免暴晒、烘干及用力挤干，防止弹力破坏；正常维护下弹力袜及弹力绷带可使用3-6个月；如弹性下降，应及时更换；此外，若出现皮肤瘙痒、皮肤水疱、溃烂、湿疹、溃疡、急性出血等并发症表现，应停止使用，及时就医。

第二节 血栓闭塞性脉管炎病人的护理

血栓闭塞性脉管炎（thromboangitis obliterans, TAO）又称 Buerger 病，是一种累及血管的炎症性、节段性和周期性发作的慢性闭塞性疾病。多侵袭四肢中小动、静脉，以下肢血管多见，病变常由肢体远端向近端呈节段性发展。该病好发于男性青壮年。



一、病因

病因尚未明确，与多种因素有关，可归纳为两个方面：

- ①外在因素：与吸烟、居住于寒冷潮湿地区、慢性损伤及感染有关；
- ②内在因素：与精神紧张、营养不均衡、家族遗传、自身免疫功能紊乱、性激素等多种因素有关。其中，主动、被动吸烟史是本病发生和发展的重要环节。



二、病理生理

1. 初期 常起自于动脉，后累及静脉，由远端向近端发展，病变呈节段性分布，两段之间血管可正常。
2. 活动期 受累动静脉管壁为全层非化脓性炎症，有内皮细胞和成纤维细胞增生、淋巴细胞浸润、管腔狭窄和血栓形成。
3. 后期炎症消退，血栓机化，新生毛细血管形成，动脉周围有广泛纤维组织形成，闭塞血管远端的组织可出现缺血性改变，甚至坏死。



二、护理评估

（一）健康史

询问患者有无吸烟史，生活、工作环境是否寒冷和潮湿，有无损伤和感染史。了解患者有无自身免疫功能紊乱、性激素失调及遗传史。



二、护理评估

(二) 身体状况

本病起病隐匿，进展缓慢，多次发作后症状逐渐明显和加重。病程分为3期。

1. 局部缺血期 以感觉和皮肤色泽改变为主，可出现动脉硬化性闭塞症Ⅰ期及间歇性跛行的临床表现。此外，此期还可表现为反复发作的游走性血栓性静脉炎，即浅表静脉发红、发热、呈条索状，且有压痛。



二、护理评估

2. 营养障碍期 以疼痛和营养障碍为主，可出现静息痛，皮温下降，肢端苍白、潮红或发绀，且可伴有营养障碍表现，如皮肤干燥-脱屑、脱毛及肌肉萎缩等。患肢动脉搏动消失，但尚未出现肢端溃疡或坏疽。
3. 组织坏死期 以溃疡和坏疽为主，可出现动脉硬化性闭塞症Ⅳ期的临床表现。

(三) 辅助检查

1. 多普勒超声 能评价缺血程度，动静脉是否狭窄或闭塞，还可利用多普勒血流射频显示血流的流速、方向和阻力等。
2. CTA 可得到动脉的立体图像，显示患肢血管的病变节段及狭窄程度。
3. DSA 主要表现为肢体远端动脉的节段性受累，有时可伴有近端动脉的节段性病变。病变的收管狭窄或闭塞，而受累血管之间血管壁可光滑平整。此外，DSA 检查还可显示闭塞血管周围有无侧支循环，能与动脉栓塞鉴别。

(四) 心理-社会状况

患者可因患肢疼痛及病情逐渐加重丧失劳动能力，严重影响生活而产生忧虑、急躁、悲观情绪；后期因疼痛剧烈，一般止痛剂难以奏效，发生肢端坏疽后须截肢，而对治疗、生活丧失信心；也可由于使用麻醉性镇痛剂，出现药物成瘾。

（五）处理原则

治疗的重点在于防止病变发展，改善和促进下肢血液循环。

1. 非手术治疗

（1）一般疗法：严格戒烟是关键。其他包括防止患肢受伤；注意保暖、防潮；适当使用镇静、镇痛药；早期病人可进行患肢的适度锻炼，促进侧支循环建立。

（2）药物治疗：应用扩张血管、抑制血小板聚集的药物改善血液循环，有溃疡并发感染者，还应给予抗生素；中医中药辅助治疗。



(3) 高压氧疗法：以改善组织的缺氧状况，减轻患肢疼痛，促进溃疡愈合。

(4) 创面处理：干性坏疽应局部消毒包扎，湿性坏疽容易感染，给予及时换药的同时应用抗生素预防或控制感染。

2. 手术治疗 目的是增加肢体血液供应和重建动脉血流通道，改善缺血引起的后果。常见手术方式包括：

(1) 腔内治疗：主要有PTA、血管内支架、置管溶栓术。

(2) 腰交感神经切除术：适用于早期发病的病人，但远期疗效并不理想。

(3) 自体大隐静脉或人工血管旁路移植术：适用于主干动脉节段性闭塞，但在闭塞的近侧和远侧仍有通畅的动脉通道者。



- (4) 动、静脉转流术：慎选，此法可缓解静息痛，但并不降低截肢率。
- (5) 截肢术：适用于肢体远端已有明确坏死界限，溃疡无法愈合、坏疽无法控制或严重感染引起毒血症者。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 慢性疼痛 与动脉痉挛、管腔狭窄或闭塞造成组织缺血有关。
2. 组织完整性受损 与肢端坏死、脱落有关。
3. 焦虑 与久治不愈，对治疗失去信心有关。
4. 知识缺乏：缺乏本病的预防及功能锻炼方法的知识。

四、护理措施

(一) 非手术治疗的护理/术前护理

1. 饮食护理 以低热量、低糖及低脂食物为主，多进食新鲜蔬菜、水果等富含纤维素食物。
2. 疼痛护理
 - ①体位：睡觉或休息时取头高脚低位，避免久站、久坐或双膝交叉，影响血液循环；
 - ②戒烟：消除烟碱对血管的收缩作用；

- ③改善循环：轻症病人可遵医嘱应用血管扩张剂，解除血管痉挛，改善肢体血供；
- ④镇痛：运用合适的评估工具对病人的疼痛部位、程度、性质等进行评估，疼痛剧烈者，遵医嘱应用镇痛药；给药后 30-40min 再次评估疼痛。

3. 患肢护理 ①保暖：应避免因寒冷刺激引起血管收缩，加重局部缺血、缺氧。注意足部保暖，但要避免局部热疗，以防止烫伤病人或因局部组织温度骤然升高而加重缺血缺氧；②清洁：保持足部的清洁、干燥，要求病人每日要用温水洗脚，勤剪指甲，皮肤瘙痒时要避免用手抓痒使皮肤受伤；③运动：发生坏疽、溃疡时应卧床休息避免运动加重局部的缺血、缺氧；④抗感染：如有感染应遵医嘱使用抗生素，注重创面的换药。

4. **功能锻炼** 鼓励病人每日适当步行，指导病人进行 Buerger 运动：平卧，抬高患肢 45° 以上，维持2-3min，然后坐起来，自然下垂双脚2-5min，并作足背的伸屈及旋转运动；然后将患肢放平，休息5min，以上动作练习5次为1组，每日可进行数组。若腿部发生溃疡及坏死，有动脉或静脉血栓形成时，不宜做此运动，否则将加重组织缺血缺氧，或导致血栓脱落造成栓塞。
5. **心理护理** 关心体贴病人，给予情感支持，减轻病人的焦虑、恐惧心理，帮助其更好地配合治疗、树立战胜疾病的信心。

（二）术后护理

1. 休息与活动 传统疝修补术后当日取平卧位，膝下垫一软枕，使髋、膝关节微屈，以降低腹股沟区切口张力，有利于切口愈合和减轻切口疼痛。术后卧床期间鼓励床上翻身及活动肢体，一般术后3-5d 病人可离床活动。采用无张力疝修补术者一般术后当日或次日即可下床活动，年老体弱、复发性疝、绞窄性疝、巨大疝等病人应适当延长卧床休息时间。

(二) 术后护理

1. 体位 静脉手术后患肢抬高 30° ，制动1周；动脉手术后患肢平放，制动2周；自体血管移植术后愈合良好者，卧床制动时间可适当缩短。病人卧床期间应适当做足背屈伸运动，以促进局部血液循环。
2. 加强病情观察，注意预防和处理感染、出血、动脉栓塞、血管痉挛或继发血栓等并发症。



3. 功能锻炼 传统术后病人7-10d床上活动，10d后进行床边活动，3周内避免剧烈运动；介入术后病人鼓励早期锻炼，在术后6h 可以进行床上锻炼，术后24h 可以适当在床旁运动，可适量地做有氧运动，如太极、瑜伽、慢走等，控制运动强度、时间和速度，加快患肢部位的循环。

(三) 健康教育

1. 保护患肢

- ①严格戒烟；
- ②保护肢体，选择宽松的棉质鞋袜并勤更换，切勿赤足行走，避免外伤；
- ③注意患肢保暖，避免受寒体态；
- ④旁路术后6个月内避免吻合口附近关节的过屈、过伸和扭曲，以防止移植物再闭塞或吻合口撕裂；
- ⑤介入术后不可用热水泡脚，避免缺血症状加重。

(三) 健康教育

2. 饮食指导 以低糖、低胆固醇及低脂食物为主，预防动脉病变，特别是行介入手术病人的胆固醇值和甘油三酯值常比正常人高，因此在饮食方面要特别注意；多摄取维生素，以维持血管平滑肌弹性；忌辛辣刺激食物；体态肥胖者需减肥，达到控制血压、血糖、血脂目的。

(三) 健康教育

3. 药物指导 旁路术后病人应遵医嘱服用抗血小板聚集、抗凝、降血脂及降压药，每1-2周复查凝血功能。
4. 定期复诊 术后1个月、3个月、6个月、12个月分别到门诊复查彩超，以了解血管通畅情况。若出现皮温发凉、感觉异常、间歇性跛行、疼痛加重、原有症状加重、或全身出现感染症状，应及时到医院就诊。



谢谢观看

