

颅内动脉瘤破裂患者术前实施分级护理效果分析

尚琴芬

颅内动脉瘤破裂后有较高的致残率和死亡率。大多数患者在动脉瘤破裂之前无明显症状,多在动脉瘤破裂后才能确诊,需要及时进行治疗,降低再出血发生率。然而,多数患者因伴随有脑水肿、癫痫、脑血管痉挛、生命体征不稳定等并发症或基础疾病^[1],往往需要延期手术。术前1~2周是再出血的高峰期^[2],采取有效的护理干预措施能明显降低再出血率。目前,临床上预防颅内破裂动脉瘤再出血的护理措施较多,包括综合护理、循证护理、临床路径护理、最佳护理、对症护理等^[3],护理措施较为笼统,预防再出血的效果不明显。本次研究依据患者发生再出血的风险概率大小,将患者分为低、中、高度风险组,采取不同分级护理干预措施,取得了较为满意的干预效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月至2017年9月在恩泽医院神经外科收治的150例颅内动脉瘤破裂患者作为研究对象,其中男性91例、女性59例;年龄36~78岁,平均(57.88±9.06)岁;小学及以下42例、中学74例,大专及以上34例;前交通动脉瘤有43例、后交通动脉瘤有61例、大脑前动脉瘤有46例。所有患者均通过全脑血管造影检查证实,且蛛网膜下腔有出血;排除有严重的心、肝、肾等疾病患者,其他原因所引起颅内出血患者。本次研究得到医院伦理委员审批,所有患者均知情同意并签订了知情同意书。本次研究为前瞻性研究,依据随机数字表法将150例患者随机分为对照组(60例)和干预组(90例)。两组性别、年龄、文化程度、动脉瘤位置等指标见表1。两组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 两组患者的一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	年龄/岁	文化程度/例			动脉瘤位置/例		
				小学及以下	中学	大专及以上	前交通动脉瘤	后交通动脉瘤	大脑前动脉瘤
对照组	60	39/21	57.63 ± 8.87	15	31	14	19	25	16
干预组	90	52/38	58.04 ± 9.19	27	43	20	24	36	30

1.2 方法 对照组患者采取常规的基础护理措施:包括入院指导、心理护理、环境护理、生活护理、预防便秘、预防感冒、血压监测、吸痰护理等,长期卧床的相关护理,出院健康教育指导,定期随访等。而干预组则采用分级护理,分为基础护理、仔细观察护理、加强护理三个部分,基础护理即为常规护理,具体护理措施同对照组;而仔细观察护理则为严密观察病情变化,责任护士每2小时对患者进行

一次评估,包括患者的精神、音容、举止、言谈、血压、血糖等,告知患者及其家属有异常情况及时反馈;加强护理则为加强预防再出血护理(定期更换体位、防止便秘、预防感冒、控制血压、吸痰护理等)和易导致再出血的并发症护理等。

根据颅内动脉破裂再出血概率模型^[2]

$$\ln \frac{P}{1-P} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

计算每个患者再出血的概率P值,然后依据风险分类标准将干预组分为低度风险组($P < 0.3$)32例、中度风险组($P \geq 0.3$ 或 $P < 0.7$)38例和高度风险组

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.05.038

作者单位:318050 浙江台州,台州恩泽医疗中心(集团)恩泽医院神经外科

($P \geq 0.7$)20例。低度风险组采用常规护理措施,中度风险组则在常规护理基础上增加仔细观察护理,而高度风险组则中度风险组基础上增加加强护理措施;对不同风险组的病人,结合高危因素,分别采取分级、针对性的护理措施。

1.3 评价指标 ①诊断效果:术前再出血护理诊断是结合颅内动脉破裂再出血概率模型、患者的病情及护理评估等来判断患者是否再出血;临床诊断术前再出血是通过医生确诊或临床手术确诊。以临床诊断为金标准,计算术前再出血护理诊断的灵敏度、特异度、诊断符合率等指标;②术前再出血发生率;③患者预后情况:统计患者术后的致残率和死亡率;④术前护理满意度:分为非常满意、基本满意、不满意,满意度=(非常满意+基本满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0进行统计分析。计量资料组间比较采用 t 检验;计数资料组比较采用 χ^2 检验 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理诊断术前再出血效果分析见表2

表2 护理诊断颅内破裂动脉瘤术前再出血效果分析/例

护理诊断	临床确诊	
	+	-
+	16	4
-	2	128

由表2计算可得,护理诊断术前再出血的灵敏度、特异度、诊断符合率分别为88.89%(16/18)、96.97%(128/132)、96.00%(144/150)。

2.2 术前再出血及其预后情况分析见表3

表3 两组患者术前再出血及其预后情况分析结果/例(%)

组别	n	再出血	致残	死亡
干预组	90	5(5.56)*	2(2.22)*	1(1.11)*
对照组	60	13(21.67)	7(11.67)	6(10.00)

注:*:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,干预组的术前再出血率明显低于对照组($\chi^2=8.85, P < 0.05$),预后致残率、死亡率亦明显低于对照组(χ^2 分别=4.14、4.55, P 均 < 0.05)。

2.3 护理满意度比较分析见表4

表4 两组患者的护理满意度比较分析/例(%)

组别	n	不满意	基本满意	非常满意	满意度
干预组	90	6(6.67)	24(26.67)	60(66.67)	84(93.33)*
对照组	60	13(21.67)	21(35.00)	26(43.33)	47(78.33)

注:*:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表4可见,干预组的护理满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=7.32, P < 0.05$)。

3 讨论

颅内动脉瘤破裂术前护理方法较多,但是考虑到综合护理、整体护理、临床路径护理、最佳护理等护理措施是对所有患者均采取相同的护理措施,这样会严重增加护理人员的劳动强度,分散了护理人员的精力,使得一些病情难于被及时发现和预防^[4],从而影响护理干预效果。颅内动脉瘤破裂患者术前再出血发生率居高不下^[5],不同病情程度的患者采取不同的护理干预措施,并分别进行评估干预效果,显得尤为重要。本次研究通过对颅内动脉瘤破裂术前再出血的风险概率进行了研究,构建了术前再出血概率预测模型,通过预测模型预测患者再出血的风险概率,依据概率的大小将患者分为低、中、高度风险组。对干预组患者的三个亚组实施分级护理措施,分别为基础护理、仔细观察护理、加强护理三个部分。对不同风险组的病人,结合高危因素,分别采取分级、针对性的护理措施,评价护理干预的效果,以求做到风险早预测、病情早发现、临床早诊断、出血早预防^[6],提高患者对护理的满意度和对治疗的依从性,为改善患者预后提供了依据。目前,对分级护理的文献报道较少,进行深入研究可能具有重要的临床意义。

在临床上,患者术前再出血一般有先兆表现,但该表现和首发症状较为相似,容易被忽视,护理过程中应仔细观察病情,并且详细记录生命体征变化情况,护理人员进行早期鉴别,可早发现再出血^[7],以便及时采取有效的干预措施。本次研究显示,护理人员的术前再出血诊断符合率高达96.00%,这说明护理人员若能仔细观察和评估,可及早发现再出血的风险。本次研究还显示,干预组实施分级护理措施后,可明显降低再出血发生率($P < 0.05$),预后致残率和死亡率均明显低于对照组($P < 0.05$),这说明干预组患者实施分级护理,对再出血高风险组患者进行了重点预防,多数患者预后情况较好。并且,干预组患者对护理人员的满意度亦明显高于对照组($P < 0.05$);这是由于实施分级护理后,护理人员减少了一些无用功工作,有更多的精力来加强中度、高度风险亚组患者的护理工作,从而达到预防再出血的效果,提升了患者的满意度。

分级护理实践工作是一个系统工程,涉及到生理、心理、社会、家庭及精神等因素^[8],各个环节都不能忽视;而且颅内动脉瘤又是一种高风险的疾病^[9],

导致再出血的因素又比较多,这给护理工作带来了挑战。在日常护理工作中,除了要掌握常规护理的基本技能,还要依据病情严重程度、风险高低来实施分级护理的策略,可能会起到更好的护理干预效果。

参考文献

- 1 邹丹.脑动脉瘤破裂患者术前防止再出血的护理效果[J].中国药物经济, 2015,10(5):145-146.
- 2 尚琴芬, 杨玲, 黄丹红.颅内破裂动脉瘤术前再出血的危险因素调查分析[J].中国医院统计, 2016, 23(6): 424-426.
- 3 Kassell NF, Torner JC, Adams HP Jr. Antifibrinolytic therapy in the acute period following aneurysmal subarachnoid hemorrhage: preliminary observations from the cooperative aneurysm study [J].J Neurosurg,2014,61(2):225-230.
- 4 王顺风.术前整体护理干预对脑动脉瘤破裂后再出血的

- 预防作用[J].延边医学, 2015,16(1): 78-79.
- 5 Torner JC, Kassell NF, Wallace RB, et al.Preoperative prognostic factors for rebleeding and survival in aneurysm patients receiving antifibrinolytic therapy: report of the cooperative aneurysm study [J].Neurosurg,2013,9(5):506-513.
- 6 王映丽.探讨脑动脉瘤破裂后患者术前防止再出血的最佳护理方法[J].广东医学, 2014,(7):125-126.
- 7 邢霞, 皮红英, 郭晓菊.颅内破裂动脉瘤术前再出血风险预测模型研究[J].神经损伤与功能重建, 2017, 12(5): 407-409.
- 8 郭瑞萍, 杨瑞.脑动脉瘤破裂介入栓塞的治疗及围术期护理配合[J].中国实用神经疾病杂志, 2016,19(22): 132-133.
- 9 Stanlies D' Souza. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage [J].J Neurosurg Anesthesiol, 2015,27(3):222-240.

(收稿日期 2018-01-24)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

中重度 OSAHS 患者术后 CPAP 治疗的随访护理

郭丽 韩云飞

睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS)是指睡眠时上气道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和低通气,常伴有打鼾,睡眠结构紊乱、频繁发生血氧饱和度下降、白天睡眠、注意力不集中等病症,可导致高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、糖尿病等多器官多系统损害^[1]。持续气道正压通气(continuous positive airway pressure, CPAP)是治疗中重度 OSAHS 首选的物理方法^[2],然而在 CPAP 治疗期间,患者易出现憋气、口

咽干燥等不适,从而导致依从性下降,影响术后康复的效果。本次研究对中重度 OSAHS 患者术后 CPAP 治疗进行随访护理,观察长期随访下患者 CPAP 治疗依从性及康复效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集诸暨市人民医院 2015 年 1 月至 2017 年 12 月期间住院的 72 例悬雍垂腭咽成形术后中重度 OSAHS 患者,其中男性 44 例、女性 28 例;年龄(35.30±7.89)岁,AHI 中度 25 例、重度 47 例;低血氧饱和度症状中度 35 例、重度 37 例。纳入标准:①术前睡眠呼吸暂停低通气指数(apnea hyponea index, AHI)≥21 次/小时,或最低血氧饱和度 < 85%;

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.05.039

作者单位:311800 浙江诸暨,诸暨市人民医院耳鼻喉科