

## 微创清除引流术治疗高血压脑出血护理体会

邱月,梁玉嘉

(泗洪医院 脑外科,江苏 宿迁 223900)

**【摘要】目的:**讨论微创清除引流术治疗高血压脑出血护理效果,力求推动住院部护理内涵的丰富性和高血压脑出血护理的科学合理性。**方法:**选取2019年1月至2021年12月医院收治的58例接受微创清除引流术治疗的高血压脑出血患者为研究对象,将其随机分为对照组和观察组,各29例。对照组施以常规护理,观察组施以优质护理,观察两组的并发症发生率、NIHSS、BI、GCS评分、治疗有效率和满意度。**结果:**观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );干预后观察组NIHSS、BI、GCS评分优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**高血压脑出血患者在微创清除引流术后接受优质护理干预,能够提高整体疗效,降低术后的并发症率,加速病情转归,有较高的临床应用价值,值得应用推广。

**【关键词】**高血压脑出血;微创清除引流术;优质护理

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)01-0169-03

高血压脑出血有起病急与病情进展迅速及预后差等特征,需及时通过微创清除引流术治疗干预,以有效控制病情,减少疾病对神经功能的不良影响,降低致残率。住院部的护理干预,对整体疗效提升有着积极辅助作用<sup>[1]</sup>。在医疗质量和护理精细化等方面进行细化,提高优势,这也是传统的常规护理无法与优质护理不能比拟的原因。现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2019年1月至2021年12月我院收治的58例接受微创清除引流术治疗的高血压脑出血患者为研究对象,将其随机分为对照组和观察组,各29例。对照组年龄40-75岁,平均(65.3±4.2)岁;男14例,女15例;脑出血量21-45 ml,平均(37.25±0.28) ml。观察组年龄41-75岁,平均(66.5±4.6)岁;女16例,男13例;脑出血量20-46 ml,平均(38.25±0.33) ml。(1)纳入标准:患者均经过CT检查确诊;患者及家属均知情同意;发病7 h内送入医院;首次发病,年龄≤75岁。(2)排除标准:临床资料不全;手术禁忌症;脏器功能障碍;脑梗死后出血或脑外伤等所致的非高血压性脑出血者。

1.2 方法:对照组采取常规的术后护理,包括了护理人员应该对患者进行用药指导,并对患者进行病情观察。观察组采取优质护理干预方法,(1)基础护

理:需密切关注患者的瞳孔与体温和意识的变化,合理判断预后情况。要求患者处于仰卧状态,并且仰卧过程中头高15°~30°之间,目的是为了促使静脉回流效果得到提升。同时如果患者处于昏迷状态,并且患者的头偏向一侧,患者处于平卧位。确保患者的大便通畅,避免患者在大便过程中出现了用力排便导致血压升高,再次引发脑出血这一现象。如果患者处于昏迷状态,则需要对患者进行鼻饲支持,其目的是为了改善患者本身的机体状况,患者如果出现发热的情况下,这表现为中枢性高热,则需要选择冰袋等物理降温方法对患者进行干预,增加脑组织缺氧耐受性,起到预防脑水肿这一作用。(2)呼吸道管理:患者取仰卧位,按需吸痰,清理口鼻分泌物,保持口腔清洁。定时帮助患者翻身,并且扣背其目的是为了患者在术后出现吸入性肺炎这一症状,避免出现吸入性肺炎。呼吸道阻塞患者,必要时行气管切开处理,严格执行无菌操作规程。为了确保患者的呼吸道处于湿润状态,作为护理人员需要选择含量为0.45%的100 ml氯化钠,加入15 mg的沐舒坦,同时利用雾化的方式进入气道来保证患者的供氧效果得到提升。(3)皮肤护理:要利用温水对患者进行皮肤的擦拭,其中一天需要擦拭皮肤1-2次,其目的是为了保持皮肤处于干燥且清洁的状态,应对床单进行定期的更换。受压部位采取气垫

床或按摩等保护措施,避免出现压疮。尿失禁者留置尿管,每日擦洗会阴部,定时用1/500呋喃西林溶液250 ml冲洗2次膀胱,避免出现泌尿系统感染。(4)引流管护理:观察患者的引流液性质、颜色以及引流量,并且根据引流液的实际变化情况对患者当前的病情进行合理的判断,同时也需要根据实际状况选择相应的处理方式。做吸痰等增加颅内压的操作时,需暂时关闭引流管。重新开放引流管,并且及时调整引流管自身的高度,不随意调整床头的高度,避免出现引流不出或过度等情况。确保引流管处于通畅状态,防止出现受压或是折叠、扭曲等情况。妥善固定头部留置的引流管,引流管低于引流管穿刺部位的20-30 cm,保持穿刺部悬空。轻柔地施行翻身等护理操作,减少对引流管的牵拉,避免出现引流管脱落等情况。定时更换无菌纱布与引流袋,保持局部清洁。在引流过程中,如果出现了血块阻塞的现象,则需要利用含量为0.9%的5 ml生理盐水溶解一个u的尿激酶。在无菌操作下,经过引流管行脑室内缓慢注射,再关闭20 min,以促使血块溶解,再开放引流管,促使引流管畅通。(5)饮食指导:需要制定更加具有针对性的饮食护理方案,明确告知患者应多食用还有高蛋白的食物,同时做到少食多餐,实现营养均衡这一饮食原则,尽可能减少生冷和辛辣、油腻等食物的摄入。(6)康复指导:对病情稳定期的患者,指导展开健侧位和仰卧位等良肢体位摆放,隔2 h更换一次体位。从近端至远端按摩患肢的关节,改善血流动力学情况。协助患者本着循序渐进的原则,合理展开肢体的被动与主动训练,逐步向卧位坐起与坐位平衡等锻炼的过渡。早期进行床上肢体关节被动活动,根据肢体的恢复情况,指导进行体位转换与站立平衡训练及单腿站立等,训练2-3次/d,5-10 min/次。进行重心转移等下床活动康复训练,步行与上下楼梯等行走训练,穿衣与进餐等日常生活训练,逐步提升其自理能力。(7)心理护理:根据患者的性格特征和心理状态评估结果,规范展开心理护理措施干预。对于心理退化的患者,做好健康宣教的工作,鼓励其积极参与到护理计划的制定和实施中来,提高其治疗的自信心。对于焦虑的患者,做好解疑答惑与信息咨询等服务工作,用热情的服务态度和娴熟的护理操作,消除其消极情绪。

1.3 观察指标:(1)统计两组术后并发症发生率。(2)参照BI指数、NIHSS量表、GCS量表,了解患者生活自理能力、神经缺损、格拉斯哥昏迷的改善情

况。BI量表涉及进食与洗澡和穿衣及控制大小便等维度;采取百分计,>95分表明能力良好,功能独立,可以回归社会或家庭;60-95分表示生活可基本自立,<59分表示有功能障碍,需要依赖他人。NIHSS量表包含对意识、语言、运动、感觉、共济运动、眼球运动、视野等方面的评判,评分为0-42分,分数越高表示神经缺损程度越严重。GCS量表有睁眼反应、语言反应和肢体运动3个方面,正常人的昏迷指数是满分15分,昏迷程度越重者的昏迷指数越低分。(3)观察两组整体疗效,疗效评定标准分4项,痊愈:术后日常生活完全恢复;显效:术后部分功能或生活可独立;有效:术后需人帮助或扶拐行走;无效:未达到上述标准。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/组例数×100%。(4)向患者发放护理满意度调查表,了解患者对服务态度与基础操作等方面的满意情况,采取百分计,分数越高表示对医疗服务越满意。总满意度=(非常满意例数+满意例数)/组例数×100%。

1.4 统计学方法:采用SPSS 19.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料以率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组并发症发生率比较:观察组并发症率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组并发症发生率比较[例(%)]

组别	例数	应激性溃疡出血	感染	压疮	其他	总发生率
对照组	29	3(10.34)	2(6.90)	3(10.34)	2(6.90)	10(34.48)
观察组	29	1(3.45)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.45)	2(6.90)
$\chi^2$						6.725
P						0.010

2.2 两组预后情况比较:干预后观察组NIHSS、BI、GCS评分优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组预后情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	BI	NIHSS	GCS
对照组	29	70.26 ± 0.15	17.08 ± 2.43	11.21 ± 1.24
观察组	29	81.28 ± 0.28	11.21 ± 1.16	13.85 ± 2.58
t		14.135	9.658	5.632
P		0.000	0.003	0.021

2.3 两组整体疗效比较:观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

2.4 两组满意度情况比较:观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表3 两组整体疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	29	9(31.03)	11(37.93)	7(24.14)	2(6.90)	27(93.10)
对照组	29	3(10.34)	10(34.48)	7(24.14)	9(31.03)	20(68.97)
$\chi^2$						5.497
P						0.019

表4 两组满意度比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	29	9(31.03)	10(34.48)	10(34.48)	19(65.52)
观察组	29	11(37.93)	16(55.17)	2(6.90)	27(93.10)
$\chi^2$					6.725
P					0.010

### 3 讨论

患者接受手术治疗性服务的同时,给予优质的护理干预,更利于达到治疗的目的,即清除颅内血肿,降低颅内压,改善脑组织受压与缺氧缺血;防治继发性脑水肿,恢复受压的神经元;打破各种致病因素间的恶性循环状态,恢复脑神经功能,降低致残率;实现医疗服务质量与效益的持续改进,挽救患者的生命<sup>[2]</sup>。

施行优质护理干预,可加速病情转归与预后改善。在常规的护理模式中,护士根据工作经验主观性和被动性的落实护理措施,护理工作缺乏前瞻性与人文性,难以达到理想的护理效果。在优质护理干预中,护士本着以人为本及快速康复等现代化服务理念,从患者的需求入手,创造性与人文性及个体化的落实护理措施<sup>[3]</sup>。高血压脑出血属于脑血管微循环障碍性疾病,有发病急与致残率高及复发率高等特征,由于疾病的发病机制复杂,建议采取整体性的疗法干预。打破炎症因子和营养不良及负面情绪与手术应激反应等致病因素间的因果关系,将患者从机体的恶性循环状态脱离出来,从而加速恢复进程。尤其是机体功能的康复锻炼,能够让患者快速康复干预疗效,积极调动患者参与锻炼的体内积极因素,促使临床操作得以顺利进行,实现应用价值的充分发挥<sup>[4]</sup>。

护理人员本着为患者负责的服务理念,及时发现与规避影响病情转归的危险因素,规范落实护理流程的各环节操作,施行细节性和整体性的护理措施干预,更利于规避术后不良因素的影响。护理人员本着事前预防的理念主动落实护理干预措施,以降低术后并发症率,减少疾病复发的风险,以实现医疗服务质量与效益持续改进,促使住院部的护理内涵更加丰富。发生并发症的原因较多,除患者的个

人体质外,也是护理人员风险意识和责任意识及责任意识不足的直接体现。尤其是老年患者,多合并基础疾病,会引发其他严重并发症。高血压性脑出血的病情发展迅速,患者的身体条件较差,对护理人员的依赖度更高<sup>[5]</sup>。护理前做好护理人员的培训教育工作,使其充分掌握高血压性脑出血的护理要点及注意事项,落实有循证支持的护理措施,改善常规护理模式的不足,有效识别和降低并发症危险因素,促使护理工作体系更加完善。

施行优质护理干预,可提高医疗服务满意度。护理方案的个体化和针对性较强,根据患者的实际情况,落实有效性的护理措施,能够让患者切实感受到护理人员的关心与耐心和细心,促使其配合度与依从性更高。心理护理与健康教育贯穿治疗全程,要求患者与家属掌握护理管理的操作要点和注意事项,使其积极参与到护理工作中来,掌握正确的护理方法,使其能够在漫长的恢复期逐步提高遵医行为的自我效能,减少自我护理管理中的各种健康问题<sup>[6]</sup>。护理人员为患者提供优质的护理服务,掌握艺术沟通技巧,主动拉近与患者间的距离,建立良好的护患关系,减少矛盾纠纷,以此达到预期的护理干预效果。

综上所述,优质护理能够提高整体疗效与医疗服务满意度,降低术后并发症率,加速病情转归,符合科室及医院的现代化发展需要,值得深入研究。

### 【参考文献】

[1]魏明.微创软通道穿刺引流术与开颅血肿清除术治疗高血压性脑出血的疗效分析[J].吉林医学,2021,42(12):2857-2860.

[2]李志敏.微创血肿清除引流术围术期心理支持及康复指导在高血压脑出血患者中的应用[J].河南外科学杂志,2021,27(6):123-125.

[3]白金伟.微创软通道穿刺引流术与开颅血肿清除术治疗高血压脑出血72例的疗效分析[J].中外医疗,2021,40(32):47-50.

[4]谢小玲.综合护理在行微创颅内血肿穿刺引流术高血压脑出血患者中的应用观察[J].心血管病防治知识,2021,11(9):69-70,73.

[5]郭灵香.高血压脑出血微创颅内血肿穿刺引流术的围术期护理[J].河南外科学杂志,2020,26(1):164-165.

[6]崔丽.微创颅内血肿穿刺引流术治疗高血压脑出血的护理分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(14):258.

(收稿日期:2022-07-26)