

急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿的护理效果分析

乔佳欣

徐州医科大学附属医院神经内科, 江苏 徐州 221006

摘要:目的 分析急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿的护理措施及效果。方法 选取徐州医科大学附属医院 2020 年 1 月—2021 年 1 月收治的急性脑梗死患者 70 例, 所有患者在取栓术后出现脑出血或脑血肿并发症。将患者随机分为 2 组。对照组行常规护理, 研究组实施循证护理。观察患者的存活率、引流时间、经口进食时间、卧床时间、住院时间、神经功能缺损评分、日常生活能力评分、并发症。结果 研究组存活率 94.29%, 对照组存活率 91.43%, 两组比较无统计学差异 ($P>0.05$)。研究组引流时间、经口进食时间、卧床时间、住院时间均短于对照组 ($P<0.05$)。干预后研究组神经功能缺损评分低于对照组、日常生活能力评分高于对照组 ($P<0.05$)。研究组并发症发生率为 25.71%, 对照组为 54.29%, 研究组低于对照组 ($P<0.05$)。结论 循证护理应用于急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿的护理中能够缩短引流时间、经口进食时间、卧床时间、住院时间, 减轻神经功能缺损程度, 改善日常生活能力, 减少并发症, 值得推广。

关键词: 急性脑梗死; 取栓术后; 脑出血; 脑水肿; 护理措施

中图分类号: R473 **文献标识码:** A

急性脑梗死是常见病、多发病, 发生率占脑卒中中的 70% 左右, 本病的发生与血液粘稠度高、脂质氧化损伤、血管内皮损伤等有关^[1-2]。急性脑梗死的治疗中, 取栓术属于常用的一种方法, 其能够快速让堵塞血管再通, 恢复血供, 从而促进患者康复。然而取栓术作为有创性治疗方法, 存在一些风险, 其中术后脑出血、脑水肿较为常见。术后出现了脑出血、脑水肿的患者, 通常需要再行血肿清除术、去骨瓣减压术治疗, 这会增加患者的创伤。因而此类患者的病情更加危重, 并发症多, 感染风险高, 对护理要求高^[3-4]。本研究选取 2020 年 1 月—2021 年 1 月就诊于本院的急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿患者 70 例进行对照分析, 观察了循证护理的应用效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 1 月—2021 年 1 月就诊于本院的急性脑梗死患者 70 例纳入研究, 所有患者均行取栓术治疗, 术后均出现脑出血或脑血肿并发症。将患者随机分为 2 组各 35 例, 分别统计两组患者的资料。对照组男 19 例, 女 16 例, 年龄 54—77 岁, 平均 (68.23 ± 5.36) 岁。脑梗死发生部位: 颈内动脉 12 例, 大脑中动脉主

干 23 例; 取栓术后并发症: 脑出血 13 例, 脑血肿 22 例。研究组男 22 例, 女 13 例, 年龄 55—79 岁, 平均 (67.55 ± 4.70) 岁; 脑梗死发生部位: 颈内动脉 11 例, 大脑中动脉主干 24 例; 取栓术后并发症: 脑出血 14 例, 脑血肿 21 例; 神经内科停留时间 2—5d, 平均 (4.27 ± 0.45) d。两组患者的性别、年龄、脑梗死发生部位、并发症、神经内科停留时间比较无统计学差异 ($P>0.05$), 有可比性。纳入标准: (1) 经体格检查、CT、MRI 等确诊为 ACI 后脑出血或脑水肿, 患者均转入神经外科行开颅血肿清除术、去骨瓣减压术; (2) 首次接受取栓术治疗; (3) 家属签署同意书。排除标准: (1) 病前已存在神经功能缺损或缺乏生活自理能力影响结果评估者; (2) 合并恶性肿瘤、活动性出血; (3) 合并颅脑占位性病变; (4) 凝血功能异常; (5) 存在精神疾病史; (6) 合并阿尔茨海默病、神经衰弱、癫痫。

1.2 方法

对照组采用常规护理: (1) 病情监护: 术后每隔 0.5—1.0 观察血压、心率、呼吸、心电图波等生命体征指标, 动态监测体温, 每天检测血气分析。若患者出现发热、血压波动等情况及时予以处理, 维持血压 $(120-140) / (70-100)$ mmHg。术后每 1h 观察瞳孔意识,

使用测压管监测颅内压,维持颅内压 $<200\text{mmHg}$ 。每1h监测骨窗张力,观察纱布有无污染,及时更换。(2)鼻饲护理:术后不能自主进食的患者予以留置胃管,予以鼻饲保持营养摄入,鼻饲液加温至 $38\text{--}40^{\circ}\text{C}$ 。鼻饲时抬高床头 30° 。指导患者进行吞咽功能训练,逐渐从鼻饲转为自主进食。(3)基础护理:每天通风消毒病室环境,维持病室安静、整洁。协助患者每1-2h翻身,出现躁动的患者适当约束,加床栏防止坠床。每天温水擦浴1次保持皮肤清洁。每天用漱口液清洁口腔2-4次,维持口腔清洁。观察二便情况,发生便秘的患者予以灌肠。术后绝对卧床6-8h,头部中立位,使用U型枕使骨窗悬空,防止骨窗受压,翻身时注意保护骨窗。(4)导管护理:术后妥善固定脑室引流管、硬膜外引流管等。维持脑室引流装置高出外耳道水平 $10\text{--}15\text{cm}$ 。加强巡视观察导管及引流液,维持导管通畅,预防导管脱落、弯曲、受压等情况。术后第1d引流液颜色多为血性液,且引流液较多;术后第2d开始引流液逐渐变淡,引流量也逐渐减少,每天引流 $<500\text{ml}$ 。若术后持续出现血性液且引流量 $>500\text{ml}$ 则及时通知医师处理。(5)呼吸道护理:患者出现痰液蓄积时,及时用吸痰器吸痰,用生理盐水冲洗气道,维持气道通畅。(6)谵妄筛查:术后1周,每天使用谵妄筛查量表评估患者的有无谵妄状况。(7)康复训练:术后随着患者的恢复情况,指导患者进行康复训练。患者卧床期间,主要进行被动活动,从健侧开始至患侧进行被动活动,进行重要关节的屈伸训练,每次30min,每天2次。待患者能主动活动后,进行自行翻身、下床站立、扶床边行走、脱离辅助物缓慢行走、穿脱衣服等。

研究组除了采取常规护理的措施以外,还增加了循证护理:(1)建立循证护理小组。由小组成员负责查询“急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿”的相关文献资料,制定护理措施。(2)实施护理措施:①预防颅内感染及处理出血并发症:在留置颅内压监护装置时,要注意控制放置时间不宜过长,不超过1周,可以降低颅内感染的几率。舌后坠的患者放置口咽通气管或气管内插管,或行气管切开,维持呼吸道通畅。急性脑梗死取栓术后并发脑出血的患者还继续使用抗凝药时,要监测凝血功能,观察有无血尿、牙龈出血、消化道出血情况,为患者准备拮抗剂处理出血并发症。②预防泌尿道感染:小便浑浊的患者,每

天使用庆大霉素进行膀胱冲洗,可以有效预防泌尿道感染。③控制血糖:血糖升高会增加血液粘稠度,影响局部微循环,加重脑水肿,要监测并控制血糖水平(空腹血糖 $3.9\text{--}6.1\text{mmol/L}$,餐后血糖 $<7.8\text{mmol/L}$)。④心理护理:患者突发疾病后多出现抑郁、焦虑心理,因而在护理中要运用适当的护理沟通技巧,与患者交流沟通,开导患者,改善焦虑、抑郁心理。⑤预防便秘:便秘后用力排便会阻碍脑静脉血液回流,加重脑水肿。因而是要介绍力排便的危害,并嘱患者要多饮水、进食易消化食物,通过大黄敷脐、穴位按摩、腹部按摩、耳穴压籽预防便秘。发生便秘后不用力排便,及时告知护理人员使用开塞露、通便灵促进排便。⑥采取适当的吸痰负压:吸痰负压过高可引起颅内压升高,因而是要根据痰液的粘稠度来控制吸痰负压,痰液呈米汤样、泡沫样(I度)时设置负压 $13.3\text{--}16.0\text{kPa}$ 。痰液比I度稍黏稠(II度)时设置负压 $24.0\text{--}26.7\text{kPa}$,痰液颜色深比如呈黄色或绿色(III度)时设置负压 33.3kPa 。如果设置较大负压仍难以清除痰液,则需先雾化治疗,稀释痰液之后再吸痰。⑦控制输血量、输液速度:输液过多过快不利于控制脑水肿,因此患者颅内高压不明显时,补液速度控制在 $60\text{--}80$ 滴/min范围内,输血量控制 2000ml/d 内。⑧将床头抬高 $15^{\circ}\text{--}30^{\circ}$ 可以促进静脉血液回流,有助于改善脑水肿。

1.3 观察指标

(1)观察两组预后,包括生存率、死亡率。(2)观察两组引流时间、经口进食时间、卧床时间、住院时间。(3)观察两组神经功能缺损评分(总分45分)、日常生活能力(总分100分),前者评分越低表示患者的神经功能越好,后者评分越高表示患者的自理能力越好。(4)观察两组并发症,包括中枢性高热、癫痫、心律失常、肺部感染、失禁、应激性溃疡。

1.4 统计学分析

数据分析用软件SPSS25.0,计量资料($x\pm s$)、计数资料(%)分别用 t 、 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组预后情况比较

两组的存活率比较无统计学差异($P>0.05$),见表1。

2.2 两组引流时间、经口进食时间、卧床时间、住院时间比较

研究组引流时间、经口进食时间、卧床时间、住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组神经功能缺损、日常生活能力评分比较

干预后两组神经功能缺损评分降低, 研究组低于对照组 ($P < 0.05$), 日常生活能力评分增加, 研究组高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组并发症比较

研究组的并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

3 讨论

急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿病因复杂、起病急骤、病情恶化迅速、治疗护理困难、容易致残致死, 预后较差^[5]。此种情况多见于大面积脑梗死患者、严重脑梗死患者, 为患者提供高质量护理服务和康复指导至关重要^[6]。

本研究对取栓术后并发脑出血和脑水肿的急性脑梗死患者实施病情监护、鼻饲护理、基础护理、导管护理、呼吸道护理、康复训练等常规护理措施, 保障患者的基本护理需求。考虑到此类患者病情凶险严重,

常规护理难以满足更高的护理需求, 因而在此基础上加实施循证护理。首先成立循证护理小组, 查阅相关文献资料参考同行的护理经验, 了解如何消除不利于脑出血、脑水肿的危险因素; 其次制定相应的护理措施, 旨在帮助患者度过难关; 最后, 将循证护理措施落实到患者的护理中。本研究通过查阅文献结合护理经验, 制定取栓术后并发脑出血、脑水肿的护理计划, 包括控制血糖、采取适当的吸痰负压、心理护理、控制输血量 and 输液速度等, 进一步强化护理措施。结果显示, 两组存活率比较无统计学差异, 研究组的引流、经口进食、卧床、住院的时间均缩短, 神经功能、日常生活能力均优于对照组 ($P < 0.05$)。表明, 循证护理虽不能降低患者的死亡率, 但对其住院康复进程、神经功能修复、日常生活能力恢复具有明显的促进作用。考虑原因是取栓术后并发脑出血和脑水肿的护理中, 实施循证护理可以通过借助其他文献资料中科学的护理证据, 寻求最佳护理行为, 借鉴一些能够规避各种不利因素及加速患者恢复的护理经验, 制定更加完善、科学、有效的护理方案, 避免无效护理行为, 让每个护理措施能够有效地促进患者康复, 从而缩短住院康复进程, 加速患者机体各方面功能的修复^[7-8]。

表 1 两组预后情况比较[n (%)]

组别	n	生存	死亡
研究组	35	33 (94.29)	2 (5.71)
对照组	35	32 (91.43)	3 (8.57)
χ^2		0.246	
P		0.620	

表 2 两组引流时间、经口进食时间、卧床时间、住院时间比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	引流时间	自行经口进食时间	卧床时间	住院时间
研究组	35	2.64 ± 0.27	10.12 ± 1.03	12.39 ± 1.17	27.45 ± 2.63
对照组	35	3.59 ± 0.33	12.79 ± 1.24	15.61 ± 1.43	31.72 ± 3.14
t		13.181	9.799	10.310	6.168
P		0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组神经功能缺损、日常生活能力评分比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	n	神经功能缺损		日常生活能力	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	35	22.76 ± 2.15	11.35 ± 2.07	33.29 ± 3.82	72.26 ± 7.11
对照组	35	23.04 ± 2.29	14.72 ± 2.16	32.71 ± 3.90	60.30 ± 6.52
t		0.527	6.664	0.628	7.335
P		0.479	0.000	0.395	0.000

表 4 两组并发症比较[n (%)]

组别	n	中枢性高热	癫痫	心律失常	肺部感染	失禁	应激性溃疡	发生率
研究组	35	3 (8.57)	1 (2.86)	1 (2.86)	1 (2.86)	1 (2.86)	2 (5.71)	9 (25.71)
对照组	35	5 (14.29)	2 (5.71)	3 (8.57)	3 (8.57)	2 (5.71)	4 (11.43)	19 (54.29)
χ^2		0.614	0.409	1.228	1.228	0.409	0.819	4.386
P		0.433	0.522	0.268	0.268	0.522	0.366	0.036

取栓术后并发脑出血和脑水肿的患者易出现中枢性高热、癫痫、失禁等并发症,这是由于患者的脑组织受到损伤,一些神经核团受到刺激或破坏、神经元凋亡所致。因而在护理中,要尽可能地保护神经,最大限度降低脑出血、脑水肿引起的损伤。本研究中研究组与对照组的并发症发生率差异显著,研究组并发症明显更少($P<0.05$)。表明,循证护理在预防取栓术后并发脑出血和脑水肿患者的并发症中有明显的积极作用。考虑原因是,循证护理通过寻找取栓术后并发脑出血和脑水肿患者的护理文献资料,一方面可以在护理前便了解患者可能出现的并发症,另一方面可以寻找最佳护理证据,借鉴预防并发症的方法,结合急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿的特点,制定相应的预防干预措施,在临床实践中积极防范,从而降低并发症的发生率^[9-10]。

综上所述,取栓术后并发脑出血和脑水肿的急性脑梗死病情凶险危重,并发症多,护理难度大。对此类患者采用循证护理可以加速住院康复进程,促进神经功能修复,提升日常生活能力,减少并发症,值得推广。

参考文献

- [1] 凌雪辉,秦勇,许文杰.急性脑梗死静脉溶栓后脑出血转化影响因素及影响因素对其预测价值分析[J].临床误诊误治,2021,34(7):90-95.
- [2] 吴思缈,袁若圳,刘鸣.应当提倡大面积脑梗死后恶性脑水肿的预防理念及其研究[J].中华神经科杂志,2020,53(4):244-249.
- [3] 张梅.急性脑梗死患者取栓术后并发脑出血和脑水肿的护理方法和效果探讨[J].特别健康,2021,20(34):239.
- [4] 文加霞.脑梗死病人静脉溶栓后继发脑出血的危险因素分析及护理干预[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(53):12,16.
- [5] 沈海玲.预见性护理对于脑梗死患者静脉溶栓后继发脑出血的发生率及生活质量的影响[J].名医,2020,6(14):160-161.
- [6] 范贵娜,万东升,孙丽萍.大面积脑梗死静脉溶栓后脑出血转化发生情况及危险因素[J].中国实用神经疾病杂志,2021,24(18):1634-1641.
- [7] 张凤英,陈素格.急性脑梗死静脉溶栓后脑出血转化发生情况及其危险因素分析[J].内蒙古医学杂志,2021,53(1):85-87.
- [8] 闫福玲.细节护理干预在急性脑梗死后脑水肿患者中的应用观察[J].首都食品与医药,2020,27(7):123.
- [9] 黎雪梅.急性脑梗死动脉溶栓治疗后并发症的观察与护理[J].中华养生保健,2020,38(3):98-99.
- [10] 李艳.急诊脑梗死患者溶栓治疗后发生脑水肿的相关因素[J].河南医学研究,2022,31(18):3349-3351.