

基于高危因素动态评估的护理干预 在脑出血术后患者误吸防护中的应用

唐运炫

广安市人民医院 四川广安 638000

摘要：目的：探究基于高危因素动态评估的护理干预在脑出血术后患者误吸防护中的应用效果。方法：筛选2019年7月至2020年10月在我院收治的120例脑出血术后患者，随机投掷法分为对照组（给予常规护理）与观察组（给予高危因素动态评估的护理干预）。比较两组患者误吸发生率、血压值、呛咳、再出血、肺部感染发生率、生活质量、营养状况。结果：观察组误吸发生率10.00%低于对照组25.00%（ $P < 0.05$ ）；观察组收缩压（ 127.01 ± 8.72 ）mmHg、舒张压（ 80.14 ± 5.34 ）mmHg均低于对照组（ 139.11 ± 10.04 ）mmHg、（ 95.12 ± 6.88 ）mmHg（ $P < 0.05$ ）；观察组呛咳8.35%、再出血11.67%、肺部感染6.66%低于对照组23.33%、26.67%、21.67%（ $P < 0.05$ ）；观察组躯体功能（ 22.71 ± 1.15 ）分、社会功能（ 22.78 ± 1.67 ）分、心理健康（ 22.69 ± 1.34 ）分、物质生活（ 23.18 ± 1.07 ）分高于对照组（ 18.92 ± 2.62 ）分、（ 19.16 ± 2.44 ）分、（ 18.37 ± 2.28 ）分、（ 17.85 ± 2.11 ）分（ $P < 0.05$ ）；观察组BMI（ 23.11 ± 1.08 ） kg/m^2 、ALB（ 40.51 ± 1.15 ）g/L、HBBMI（ 146.42 ± 1.32 ）g/L、TP（ 67.95 ± 1.66 ）g/L均高于对照组（ 19.96 ± 1.44 ） kg/m^2 、（ 38.68 ± 1.65 ）g/L、（ 139.98 ± 2.34 ）g/L、（ 63.41 ± 2.83 ）g/L（ $P < 0.05$ ）。结论：该护理干预在脑出血术后患者预防误吸中效果显著。

关键词：脑出血；误吸；再出血；肺部感染；生活质量

Application of nursing intervention based on dynamic assessment of high risk factors in the protection of aspiration after intracerebral hemorrhage

Yunxuan Tang

Guang'an People's Hospital, Guang'an District, Guang'an City, Sichuan Province, 638000

Abstract: Objective: To explore the effect of nursing intervention based on dynamic evaluation of high risk factors in the prevention of aspiration of patients with cerebral hemorrhage after operation. **Methods:** 120 patients with cerebral hemorrhage who were admitted to our hospital from July 2019 to October 2020 were selected and randomly divided into control group (routine nursing) and observation group (nursing intervention with dynamic evaluation of high-risk factors). The incidences of aspiration, blood pressure, cough, rebleeding, pulmonary infection, quality of life and nutritional status of the two groups were compared. **Results:** The incidence of aspiration in the observation group was 10.00%, which was lower than 25.00% in the control group ($P < 0.05$). The systolic blood pressure (127.01 ± 8.72) mmHg and diastolic blood pressure (80.14 ± 5.34) mmHg in the observation group were lower than those in the control group (139.11 ± 10.04) mmHg and (95.12 ± 6.88) mmHg ($P < 0.05$). The cough, rebleeding and pulmonary infection in the observation group were 8.35%, 11.67% and 6.66%, respectively, which were lower than those in the control group (23.33%, 26.67% and 21.67%) ($P < 0.05$). The scores of physical function (22.71 ± 1.15), social function (22.78 ± 1.67), mental health (22.69 ± 1.34), material life (23.18 ± 1.07) in the observation group were higher than those in the control group (18.92 ± 2.62), (19.16 ± 2.44), (18.37 ± 2.28), and (17.85 ± 2.11) scores ($P < 0.05$); BMI (23.11 ± 1.08) kg/m^2 , ALB (40.51 ± 1.15) g/L, HBBMI (146.42 ± 1.32) g/L, TP (67.95 ± 1.66) g/L in the observation group

were higher than those in the control group [(19.96±1.44) kg/m², (38.68±1.65) g/L, (139.98±2.34) g/L, (63.41±2.83) g/L ($P < 0.05$). Conclusion: The nursing intervention is effective in preventing aspiration in patients with cerebral hemorrhage after operation.

Keywords: cerebral hemorrhage; Aspiration by mistake; Rebleeding; Lung infection; Quality of life

脑出血还分为高血压性、非高血压性两种类型, 长期高血压导致小血管出现病变, 引起血管破裂, 从而出血, 最终引发高血压性脑出血^[1]。临床研究发现, 脑出血患者发病时颅内血压处于升高状态, 会对下丘脑植物神经中枢形成压迫, 令神经功能受到不同程度影响, 最终累及多个器官受损, 同时患病期间, 还易引起肺部感染等多个并发症出现, 以及误吸, 故而需临床尽早实施护理措施^[2-3]。动态评估、高危因素分析可减低脑出血术后患者误吸发生率, 高危因素动态评估可对患者诱发误吸高危因素详细了解, 从而帮助临床给予针对性护理, 提高护理质量^[4]。为此, 本次以高危因素动态评估护理干预作为切入点, 旨在探究该护理干预在脑出血术后患者误吸中防护的实用性, 现将结果汇总如下。

一、资料与方法

1.1 一般资料

本次纳入120例脑出血术后患者, 纳入时间2019-7月, 截止时间2020-10月。随机投掷法分为不同两组, 对照组与观察组, 每组人数在60例。对照组中男女比例为31:29, 年龄42~81 (61.5±16.5) 岁, 入院时格拉斯格昏迷评分6~11 (8.5±1.1) 分; 观察组中男女比例为32:28, 年龄43~82 (62.5±17.5) 岁, 入院时格拉斯格昏迷评分6~12 (9.0±1.4) 分, 两组患者从临床资料对比, 无差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: ①经颅脑CT等影像学检查证实为脑出血; ②首次出现脑出血; ③符合手术指标; ④患者家属对本次研究目的知晓, 并签署同意书。排除标准: ①凝血功能障碍; ②存在肺部感染等感染病症; ③同时参与另一项研究; ④中途退出者。

1.2 方法

对照组给予常规护理, 依据患者病症给予经口进食或鼻饲饮食等。观察组在对照组基础之上, 给予高危因素动态评估的护理干预, 措施如下;

(1) 高危因素评估: 依据患者临床病症与以往护理经验, 发现存在7个高危因素, 其中包括意识状态、人工气道、患者年龄、洼田饮水试验、进食后伴随症状、胃内残留、呕吐。上述因素每项评分为2分, 年龄>75岁, 洼田试水试验代表吞咽障碍, 气管切开需机械通气

代表人工气道、胃残留>200ml、频繁发生呕吐、进食后出现汽水音、哮鸣音等, 分值≥2分可列入误吸高危患者, 并采取相应措施。

(2) 评估方法: 评分每日进行一次, 期间若患者病症发生变化时, 及时对护理措施进行调整。对于高危误吸患者, 应在床头位置贴上各种注意事项、诱导因素等, 护理人员依据各方面诱导因素, 展开预见性护理措施, 期间责任组长检查护理执行情况, 护士长每周对护理内容、监控进行检查; 若患者不小心出现误吸, 应及时处理, 并分析发生原因, 对应列出整改措施。

(3) 护理措施: 患者评分≥2分者, 应及时将患者详细情况告知医师, 医师依据现有患者症状、评估的结果, 对其护理措施进行调整, 例如呼吸、进食、鼻饲等多个方面。

(4) 呼吸道管理: 向患者提供吸痰、叩背等护理, 但均选择在鼻饲与进食前后的30min, 指导患者如何有效咳嗽、咳痰, 减轻自身痛苦。对于气管且开着, 对气囊压力进行定时查看, 并密切对其呼吸道表现、血氧饱和度进行观察, 并查看肺部干湿肺啰音表现, 分析误吸诱导因素, 及时预测, 最大限度降低误吸的发生率。

(5) 进食管理: ①体位, 进食时为避免产生误吸, 应对体位进行更改, 例如偏瘫者将头部转动至非偏瘫部位, 进食时头部呈现前倾, 每次进食时间在30min以上, 若要患者动作, 应轻柔、缓慢; ②鼻饲速度、量, 当患者应用鼻饲喂养时, 应对其速度、尽量进行控制, 初始速度应在20~40ml/h, 应用2~3d后, 速度改为80~100ml/h; 应用微量泵采取连续输注方式, 以此将误吸发生率降。鼻饲前对胃管位置进行确认, 每隔4个小时评估胃内排空情况, 患者胃内内容物滞留大于150ml时, 可对其进行减速或者将鼻饲应用暂停, 直到胃滞留不出现, 在继续使用。

(6) 口腔管理: 每次患者进食前后应用文睡睡进行漱口, 以便清除口腔中的食物残渣, 但需要注意进食30min内不可进行口腔方面的护理, 应在睡前做, 避免发生牙周、口腔疾病。

(7) 康复锻炼: 待患者病症有好转迹象后, 可及时向患者实施吞咽功能训练, 应用棉签蘸取少量的冰水,

以便对待软腭、舌根部、咽后壁进行刺激，之后采取空吞，训练次数为3次/d，5~10下/次，分别在早上、下午进行。

1.3 观察指标

(1) 误吸发生率，按照严重程度分为，Ⅰ度，偶尔出现误吸但未发生并发症、Ⅱ度，对液体可产生误吸，但可对自身分泌物有所控制，肺部无炎症、Ⅲ度，固体食物与流质食物产生误吸，出现肺炎或缺氧、Ⅳ度，误吸现象十分严重且存在肺炎；(2) 血压值变化；(3) 呛咳、再出血、肺部感染发生率；(4) 生活质量评分，采用SF-S6量表，百分制，随机选取4个维度，生活质量与分数呈正比；(5) 营养状况。

1.4 统计学分析

用t检验定量资料 ($\bar{x} \pm s$)，用 χ^2 检验定性资料 ($\%, n$)，P小于0.05象征有差异。

二、结果

2.1 误吸发生率

观察组误吸发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，详见见表1。

表1.

表1 两组误吸发生率 ($n, \%$)

组别	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅳ度	发生率
对照组 n=60	2 (3.33)	4 (6.66)	5 (8.35)	4 (6.66)	15 (25.00)
观察组 n=60	4 (6.66)	1 (1.67)	1 (1.67)	0 (0.00)	6 (10.00)
χ^2					4.675
P					0.031

2.2 血压值变化

护理前，两组收缩压、舒张压差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；护理后，观察组收缩压、舒张压低于对照组 ($P < 0.05$)，详见见表2。

表2 两组血压值 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	收缩压				舒张压			
	护理前	护理后	t	P	护理前	护理后	t	P
对照组 (n=60)	156.27 ± 11.85	139.11 ± 10.04	7.967	0.000	101.53 ± 9.44	95.12 ± 6.88	4.251	0.000
观察组 (n=60)	156.11 ± 11.78	127.01 ± 8.72	14.318	0.000	101.41 ± 9.38	80.14 ± 5.34	15.264	0.000
t	0.069	6.561			0.070	13.323		
P	0.945	0.000			0.944	0.000		

2.3 呛咳、再出血、肺部感染发生率

观察组呛咳、再出血、肺部感染发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，详见见表3。

表3 呛咳、再出血、肺部感染发生率 ($n, \%$)

组别	呛咳	再出血	肺部感染
对照组 n=60	14 (23.33)	16 (26.67)	13 (21.67)
观察组 n=60	5 (8.35)	7 (11.67)	4 (6.66)
χ^2	5.065	4.357	5.551
P	0.024	0.036	0.018

2.4 SF-S6评分

护理前，两组SF-S6评分无统计学意义 ($P > 0.05$)；护理后，观察组SF-S6评分高于对照组 ($P < 0.05$)，详见见表4。

表4 SF-S6评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能	社会功能	心理健康	物质生活
对照组 (n=60)				
干预前	15.09 ± 2.31	15.28 ± 2.31	16.14 ± 2.11	16.81 ± 2.11
干预后	18.92 ± 2.62	19.16 ± 2.44	18.37 ± 2.28	17.85 ± 2.11
t	15.2000	15.856	16.046	11.087
P	0.000	0.000	0.000	0.000

组别	躯体功能	社会功能	心理健康	物质生活
观察组 (n=60)				
干预前	15.11 ± 2.36	15.24 ± 2.37	16.08 ± 2.17	16.74 ± 2.14
干预后	22.71 ± 1.15	22.78 ± 1.67	22.69 ± 1.34	23.18 ± 1.07
t	7.892	6.965	6.196	4.284
P	0.000	0.000	0.000	0.000
t _{干预前组间}	0.043	0.086	0.142	0.166
P _{干预前组间}	0.483	0.466	0.444	0.434
t _{干预后组间}	6.531	6.103	7.557	6.486
P _{干预后组间}	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 营养状况

护理前，两组营养状况分无统计学意义 ($P > 0.05$)；护理后，观察组营养状况各项指标水平平均高于对照组 ($P < 0.05$)，详见见表5。

三、讨论

脑出血 (cerebral hemorrhage) 是指非外伤脑实质内 玄关破裂而引起的出血，同时在临床中属于常见高危病症，多发与老年人。疾病会严重威胁患者生存质量，同时加重社会、家庭负担，且疾病易令患者出现不同程度的认知、运动、语言等功能损伤，影响患者整体预后^[5-6]。

表5 营养状况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	BMI (kg/m ²)	ALB (g/L)	HB (g/L)	TP (g/L)
对照组 (n=60)				
干预前	18.31 ± 2.35	35.36 ± 2.28	134.22 ± 2.18	57.56 ± 2.11
干预后	19.96 ± 1.44	38.68 ± 1.65	139.98 ± 2.34	63.41 ± 2.83
t	4.637	9.137	13.951	12.837
P	0.000	0.000	0.000	0.000
观察组 (n=60)				
干预前	18.29 ± 2.36	35.23 ± 2.32	134.19 ± 2.23	57.45 ± 2.22
干预后	23.11 ± 1.08	40.51 ± 1.15	146.42 ± 1.32	67.95 ± 1.66
t	14.385	15.795	36.557	29.341
P	0.000	0.000	0.000	0.000
t _{干预前组间}	0.047	0.310	0.075	0.278
P _{干预前组间}	0.963	0.757	0.941	0.781
t _{干预后组间}	13.555	7.048	18.567	10.719
P _{干预后组间}	0.000	0.000	0.000	0.000

因此,作为护理人员需具备精湛专业技能与扎实专科知识,同时还需对专科风评分知识、评分方法详细掌握,既能为患者提供预见性护理,还可及时对患者病症变化发现,降低严重不良后果的发生率^[7-8]。脑出血发病后血肿会压迫病灶周围脑组织,对应部位或器官运动感觉发生掌握,从而出现系列并发症与后遗症,误吸是术后常见并发症,也是引发肺部感染的主要因素,因此,需分析可能产生误吸的高危因素,针对性采取相应措施^[9-10]。

手术去除血肿是治疗脑出血的重要方式,而减少并预防术后并发症是巩固疗效,促进患者康复的重要保障^[11]。本次研究,通过高危因素的动态评估,及时对患者术后误吸高危因素掌握,及时采取护理干预,实施过程中,首先依据高危因素评分对患者实施分类,之后依据可能诱导误吸的7大高危因素,针对性采取护理措施。具体包含了呼吸道、进食、口腔等方式的管理,最大限度降低误吸的发生率^[12-13]。本次结果中,观察组误吸发生率显著低于对照组,同时血压值、再出血、肺部感染等指标发生率均低于对照组,且生活质量评分、营养状况均高于对照组,由此提示,在高危因素动态评估的护理干预应用下,可降低脑出血术后患者误吸发生率,同时提升机体营养状态,改善预后。分析可知,高危因素动态评估更便于护理人员及时对患者病症详细掌握,便于护理更具目的、针对性,提升护理治疗^[15-16]。同时,通过口腔、呼吸道护理管理,最大限度降低患者因进食产生的误吸,通过体位管理,防止进食过程中因体位不当产生误吸,防止肺部感染的发生,促进预后,改善机

体营养状况^[17-18]。

综上,高危因素动态评估的护理干预对于脑出血术后患者具有实施价值,可降低误吸发生率,提高术后安全,以及提升生活质量,改善机体营养状态,适用推广。

参考文献:

- [1]臧珍珍,王永勤,党志霞.音乐疗法联合四感联合促醒刺激护理对高血压性脑出血术后昏迷病人苏醒时间、神经功能及临床预后的影响[J].全科护理,2022,20(4):523-525.
- [2]范哈妮,邵婷婷.基于LACE风险模型的早期预见性干预对高血压脑出血患者出院准备度、再入院率的影响[J].贵州医药,2022,46(2):304-305.
- [3]李静,李文晓,张淑梅.团体生活延伸护理服务对基底节区高血压脑出血患者术后自我效能感量表评分及护理工作满意度的影响[J].黑龙江医学,2021,45(12):1285-1286.
- [4]田丰,乔鑫鑫,张洋.信息-动机-行为技巧模型干预对脑出血患者术后SF-36评分自我效能评分及治疗依从性的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2021,24(9):807-811.
- [5]李静,李文晓,张淑梅.团体生活延伸护理服务对基底节区高血压脑出血患者术后自我效能感量表评分及护理工作满意度的影响[J].黑龙江医学,2021,45(14):1516-1517.
- [6]乔丽娜,宁芳艺,周东阳.计划实施检查处置程序对重症脑出血术后昏迷患者恢复进程及并发症风险的影响研究[J].黑龙江医学,2022,46(2):246-248.
- [7]王舒,赵风华,王晓佳.结合MOTomed训练的阶梯式个体化护理对脑出血后偏瘫患者康复效果的影响[J].中华现代护理杂志,2020,26(34):4847-4852.
- [8]陈亚敏.Caprini血栓风险评估模式下的护理干预对重症脑出血术后昏迷患者下肢深静脉血栓形成风险的影响[J].实用医技杂志,2021,28(2):259-261.
- [9]黄碧芳,郑娟霞,杨小云,徐欢玲,陈丽华.基于罗森塔尔效应的护理干预对脑出血后遗症病人的心理状况和生活质量的影响[J].全科护理,2022,20(2):206-209.
- [10]施华,符晓红,袁冬.基于健康商数理念的健康教育结合康复训练对高血压脑出血患者术后心理状况、自我管理水平和神经功能恢复的影响[J].中国健康心理学杂志,2021,29(10):1486-1491.

[11]孙敏, 安学磊, 袁馨. 聚焦解决治疗结合五常法对高血压脑出血患者疗效、睡眠质量及认知功能的影响[J]. 海军医学杂志, 2021, 42(1): 102-104.

[12]秦媛, 潘圆圆, 田林, 毕瑞瑾, 高雁歌, 王艺源, 谢莎. 基于奥马哈理念干预模式对脑出血老年患者神经功能及日常生活能力的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2021, 24(7): 614-618.

[13]段世英, 司东明, 高飞. 脑内血肿软通道外引流术治疗脑出血患者后实施中医集束化护理联合中医整体护理的应用效果及对康复效果、不良反应的影响[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(1): 201-202.

[14]孙悦华, 王玥, 李葆华, 孙心宁. 神经功能恢复为核心的护理模式在急性缺血性脑卒中机械取栓中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2021, 21(9): 858-861.

[15]赵丽, 田姗, 辛红娟, 冷莎莎. Snyder希望理论的护理干预对急性高血压性脑出血患者心理状态、生命质量及神经功能的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37(2): 81-86.

[16]纪艳菊, 郑蕾蕾, 吕巍, 王婷婷, 蔡秋红. 脑出血术后行时效性激励护理模式对患者卒中量表评分运动功能评分 Barthel 指数的影响分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(21): 3648-3650.

[17]崔红硕, 赵春燕, 杨宇. 介于个体精神情感为导向的干预方案对高血压性脑出血术后意识清晰重症患者的影响[J]. 河北医药, 2021, 43(4): 624-627.

[18]白薇, 童菲菲. 罗伊适应理论结合运动干预对脑出血患者术后恢复情况及DVT发生率、Barthel评分的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(3): 539-542.