

延续性护理对下肢动脉硬化闭塞症患者介入术后运动功能、预后的影响分析

吴玉凤

(重庆医科大学附属第二医院 重庆市 400010)

摘要：目的：针对罹患下肢动脉硬化闭塞症（ASO）并行介入治疗的患者取延续性护理应用后所体现的护理效益展开探究。方法：入选 84 个下肢 ASO 病例，依据“双盲法”随机分入对照组、观察组，分别施以常规护理、延续性护理，对比两组的护理效果相关指标、预后情况。结果：观察组随访 6 个月后的下肢运动功能与焦虑情绪改善程度、自护能力比对照组高，血管再狭窄与再闭塞率比对照组低（ $p < 0.05$ ）。结论：延续性护理的施行可助下肢 ASO 介入术后患者改善下肢运动功能及负性情绪，同时提高自护能力并降低血管再狭窄、再闭塞的风险，值得推广。

关键词：延续性护理；下肢动脉硬化闭塞症；介入术；运动功能；预后

前言：下肢动脉硬化闭塞症（arteriosclerosis obliterans, ASO）是指下肢动脉因粥样硬化性病变而呈现狭窄、闭塞状态，并最终引发慢性缺血的一种临床表现，该病罹患人群更多集中在中老年群体，且近年来随着国家老龄化进程的加快而有发生率逐年上升的倾向^[1]。介入术是当前临床对下肢 ASO 患者最常施行的治疗方式，能比较直观、快速地改善患者的临床症状，但术后有较大概率可发生血管再狭窄或再闭塞的情况，因此需要持续性施以优质的护理干预，但既往护理工作更多局限在院内，对于患者的院外护理需求满足力度明显不足，因此，需要考虑联合延续性护理以更好改善患者预后。所谓延续性护理，顾名思义指将院内特有的医疗资源延续应用到院外护理阶段，以此来保证患者居家也能持续获取到专业的护理支持与协助，从而更好地管理自身病情，促进机体康复的一种护理模式，它最早是在 20 世纪 80 年代被提出，经多年临床实践已证实具有很高的应用推广价值，但实际落实到下肢 ASO 患者的院外护理工作中是否能发挥突出的护理效益尚需深入探究^[2]。本次研究针对确诊罹患下肢 ASO 并经介入手术治疗的 84 例患者，在其术后康复时期取延续性护理模式应用后所取得的护理效益展开探究，具体内容已阐述如下。

1 资料及方法

1.1 资料

入选 84 个下肢 ASO 病例，初始入组时间与截止进组的时间分别为 2021 年 3 月与 2022 年 9 月。以“双盲法”为依据，对选入的患者展开分组处理，共设有两个组别，分别以“对照组”、“观察组”命名之，组间信息经统计学处理，无差异（ $P > 0.05$ ），见表 1。纳入标准：^①满足《美国血管外科学会无症状性和间歇性跛行下肢动脉硬化闭塞症诊治指南》^[3]相关诊断标准；^②经典型症状查验、无创/有创血管检查对下肢 ASO 确诊；^③首次行介入治疗，且术中、术后均未有严重并发症发生；^④意识清楚，体征相对稳定，且可正常沟通交流；^⑤临床资料未有缺失情况；^⑥对研究内容知晓，并经有关文书确定自主参与的意愿。剔除标准：^①合并重要脏器严重功能障碍、心血管疾病或免疫系统疾病；^②存在介入手术的相关禁忌事项；^③既往有精神、认知、心理等病史；^④合并严重的肢体病变；^⑤中途脱落研究。

1.2 方法

对照组针对入选的病例，施以常规护理，即术前口头说明下肢 ASO 的相关健康知识，重点告知介入手术的施行意义以及流程、注意事项，同时做好有关手术准备；术中积极配合完成操作并及时上

报异常情况；术后加强病情监测力度，并遵医用药与提供饮食、康复训练等护理服务；出院当天强调有关注意事项并嘱咐定期复诊，之后仅在出院 1-2 周后电话随访 1 次，其余时间无特殊情况不作额外干预。

表 1：一般资料

组名	例数	男/女 (例)	年龄 (岁)	合并疾病 (例)			
				高血压	糖尿病	高血脂	其他
对照组	n=42	26/16	58.12 ± 3.33	11	13	13	5
观察组	n=42	22/20	58.19 ± 3.35	12	14	10	6
卡方/Γ	-	0.778	0.096	0.060	0.055	0.539	0.105
P	-	0.378	0.924	0.807	0.815	0.463	0.746

观察组对于进组的病例，在对照组护理基础上无缝开展延续性护理：^①组建延续护理小组。纳入护士长 1 名，护龄 > 5 年且富含责任感、沟通表达能力的责任护士，合计 4 名，小组为每个病例建立了个人的电子档案，并依其实际情况制定了个体化的延续护理方案。^②多元化随访。以 2 周为 1 次的频率对患者展开定期随访，并结合其个人意愿、家庭状况等选择合适的随访形式，包括电话、上门以及组建微信群等，以便实时掌握患者的病情发展并提供有效的护理指导与协助，同时也能及时对护理方案进行调整、优化。^③随访内容。a：个体化健康教育。综合患者的年龄、学历、疾病认知程度等资料选择合适的健康教育内容，尽可能以平铺直叙语言告知遵医服药、每日监测血压、血糖、血脂等指标、戒烟戒酒并合理饮食等行为对于自身病情康复的重要意义，以使之加强自我管理的信念；b：针对性心理护理。密切监测患者的心理健康状态，科学予以评估，并及时对产生焦虑、悲观、抑郁等负性情绪的患者了解缘由以及施展针对性的心理疏导，同时，做好与家属的沟通、协商工作，嘱咐其日常多加照看、关心并鼓励患者，必要时，可适当安排病友见面活动，以帮助患者从预后良好的病友身上获取到经验、心得，进而提高康复信心；c：行为指导。为患者制定个体化的饮食方案，对合并高血压、冠心病者，嘱咐低钠、清淡饮食；对合并糖尿病者，严格限制每日总热量摄入值，并嘱咐少糖、少油、高纤维饮食；对合并高血脂症者，嘱咐减少摄入饱和脂肪酸、胆固醇食物；此外，嘱咐患者日常加强足部护理，尽可能穿着宽松舒适的鞋袜，密切监测皮肤有无破损、外伤，同时，根据自身病情以及机体耐受

情况,鼓励每日开展适量的康复运动,以促进肢体运动功能恢复,但切忌不要心急求快;每日于线上微信群设置一个专门的咨询时间窗,便于为患者解决疑问并提供正确的护理指导。

1.3 观察指标

(1) 护理效果相关指标

于护理前,以及随访6个月后开展,具体包括:①下肢运动功能。参照下肢Fugl-Meyer运动功能评分法(FMA)的有关标准,计分上限为34分,分值高低对于下肢运动功能改善程度的高低;②焦虑情绪。经由焦虑自评量表(SAS)展开评测,若得分超50分且与100分趋近,则说明焦虑的严重程度越高;③自护能力。通过自我护理能力测定量表(ESCA)予以评估,计分范围介于0-172分间,分值与自护能力呈现正相关的关系。

(2) 预后情况

统计两组随访6个月内发生血管再狭窄、血管再闭塞的概率,其所获结果经由超声检查得出(每月1次)。

1.4 统计学

以SPSS25.0 for windows软件为统计依据,针对所有获取到的数据,以性质分,若归属计量资料,则以($\bar{x} \pm s$)显示,并行T检验;若归属计数资料,则用(%)体现,同时,行卡方验算,最终所获P值较0.05小,则提示有差异,且具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理效果相关指标比较

由表2可知,经对两组护理前的有关指标展开评测,差异无统计学意义, $P > 0.05$;随访6个月后再次评测,观察组的下肢FMA、ESCA评分高于对照组,但SAS分值较对照组低, $p < 0.05$ 。

表2: 护理效果相关指标观测结果比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组名	时间	下肢FMA	SAS	ESCA
对照组 n=42	护理前	12.12 ± 3.21	69.98 ± 4.14	72.31 ± 5.41
	随访6个月后	19.65 ± 4.87	54.32 ± 3.55	89.98 ± 6.89
观察组 n=42	护理前	12.08 ± 3.18	69.95 ± 4.11	72.25 ± 5.38
	随访6个月后	24.65 ± 5.23	32.26 ± 2.18	103.52 ± 8.21
T	护理前	0.057	0.033	0.051
	随访6个月后	4.534	34.318	8.187
P	护理前	0.954	0.973	0.959
	随访6个月后	0.001	0.001	0.001

2.2 两组预后情况比较

由表3可知,观察组随访6个月内的血管再狭窄与再闭塞率均比对照组低, $p < 0.05$ 。

表3: 预后观测情况比较[n (%)]

组名	例数(n)	血管再狭窄率	血管再闭塞率
对照组	42	10 (23.81)	6 (14.29)
观察组	42	2 (4.76)	1 (2.38)
卡方	-	6.222	3.896
P	-	0.013	0.048

3 讨论

经临床深入研究发现,引发ASO的风险因素有很多,高龄、糖尿病、高血压、高脂血症、长期大量抽烟等都可能诱发下肢动脉形成粥样硬化性斑块并最终诱发ASO,而且此病属于全身性疾病,因此临床在治疗时多从整体出发,先经由积极的降压、降糖、调脂、戒烟并对症应用抗凝、抗血小板凝聚药物的一般策略来予以病情控

制,在此基础上再依据实际状况确定适宜的血运重建方案,如动脉旁路术、动脉内膜剥脱术、经皮腔内血管成形术、支架植入术等。一般来说,下肢ASO在早期多不表现出明显的临床症状,大多数患者仅有轻微的发凉、畏寒表现,但基本不予以重视,但随着病情的逐渐进展可间歇性发生跛行情况,并伴有患肢疲劳、酸痛、静息痛等症状,若再进一步恶化,则能致使下肢溃疡、坏疽,不仅严重影响患者的肢体运动功能,严重者,还可能需截肢,因此,需要及时对此病展开针对性治疗^[4]。

近几年,微创手术逐渐成为临床的重要推广术式,它所具备的微创、安全、术后康复效率高等优势广受病患青睐。介入治疗作为微创术式的一种,在保障下肢ASO患者的临床治疗有效率与安全性方面已获得了普遍的认可,但此术式对操作者的业务技能要求很高,稍有不慎,都有可能对血管造成损伤,并在术后引发远端血管闭塞、动脉瘤栓塞等并发症,因此需要联合全面、优质的护理干预模式,以更好促进患者术后康复,并提升预后质量。既往临床针对下肢ASO所实施的护理干预模式更多围绕手术展开,并多局限在院内,虽然对患者的病情康复有一定的改善意义,但由于肢体运动功能的改善所需耗时较长,多数患者在出院后仍有较长时间需要持续进行科学、系统的自我健康管理方能获取到满意的康复结局,然而,受到环境、家庭、个体等因素的影响,相当一部分患者的院外自我护理质量水平并未达到满意的标准,并且有将近20%的患者仅出院1个月后又再次返回医院进行治疗,因此,很有必要在患者出院后无缝开展优质、规范的延续性护理服务。经本文研究结果获悉,较之于对照组,观察组随访6个月所呈现的下肢运动功能改善程度与自护能力更高,焦虑严重程度更低,且血管再狭窄率与血管再闭塞率仅为4.76%和2.38%,提示延续性护理具有很大的应用优势,分析原因:该护理模式作为常规院内优质护理资源在院外有效延续的一种科学模式,可帮助患者持续性接受到专业的护理支持,由此更能展开正确的自我健康管理,此外,该护理模式还具有很高的丰富性、趣味性与针对性,它能够依据患者的实际状况制定出个体化的护理方案,并且所有护理形式、内容的选择都充分考虑到不同个体的实际状况以及需求,因此更能被患者接受并持续遵从,自然最后所获取到的康复结局也更为理想^[5]。

综上所述,针对下肢ASO患者施行延续性护理可助其术后下肢运动功能有效改善,同时,更利于减轻焦虑情绪,提高自护能力与预后质量,建议大力推广。

参考文献:

- [1]雷雪英,鲍梦婕.以信息技术为依托的延续护理对下肢动脉硬化闭塞症患者的研究[J].江西医药,2020,55(4):449-451.
- [2]冯文.延续护理在下肢动脉硬化闭塞症介入术后的应用效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2022,43(15):1494-1497.
- [3]Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing Group,Conte MS,Pomposelli FB,et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities:management of asymptomatic disease and claudication[J]. J Vasc Surg,2015,61(3 Suppl):2S-41S.
- [4]徐淑君.延续护理干预对下肢动脉硬化闭塞症患者介入术后遵医行为及生活质量的影响[J].黑龙江医学,2022,46(23):2932-2934.
- [5]高璐.探究对下肢动脉硬化闭塞症患者介入治疗术后行延续性护理的效果观察[J].心血管病防治知识,2020,10(29):63-65.