

蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者的临床护理干预

张婷

(湖北省第三人民医院 430033)

摘要:目的 分析总结蛛网膜下腔出血(SAH)后并发脑血管痉挛(CVS)的护理干预措施。方法 对120例CVS患者的临床资料进行回顾分析,按照护理方式的区分为观察组60例与对照组60例,观察组患者接受系统的护理干预,对照组则仅接受常规护理,对比两组患者的临床效果。结果 观察组患者死亡率为1.67%,明显低于对照组的11.67%,差异具有统计学意义($P<0.05$),此外观察组患者治疗总有效率为90.00%,明显高于对照组的71.67%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 在SAH后并发CVS患者的护理中,早期护理监测与观察,系统的护理干预可以有效降低患者的死亡率与致残率,提高患者预后,值得推广。

关键词: 脑血管痉挛;蛛网膜下腔出血;护理干预

自发性蛛网膜下腔出血(Spontaneous subarachnoid hemorrhage, SAH)是脑表面的血管破裂出血后血液流入蛛网膜下腔的统称,临床上可分为自发性与外伤性两类,自发性蛛网膜下腔出血其病因很多,主要有高血压动脉硬化、颅内血管畸形、颅内肿瘤等,以动脉瘤出血最为常见,其中脑动脉环周围的动脉瘤破裂是自发性蛛网膜下腔出血的常见原因,约占SAH的70%~80%,其主要临床特点是起病急骤、头痛剧烈、呕吐、不同程度的意识障碍、出现脑膜刺激征和血性脑脊液,严重的可在数分钟至数小时内死亡,蛛网膜下腔出血后最主要的危害是再次出血、脑血管痉挛及脑积水,而脑血管痉挛(CVS)是SAH早期最严重的并发症,是SAH后迟发性脑梗死的病理基础,是SAH患者致死、致残的重要原因,蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛的发生率达16%~66%,多年以来,国内外学者针对SAH后CVS的预防和治疗进行了大量的研究,主要防治措施包括:钙通道阻滞剂、自由基清除剂、术后持续腰穿外引流、3H疗法(高血压、高血容量和高血液稀释度)等,其中3H疗法是主要的CVS治疗方法之一,脑血管痉挛是SAH患者的一种严重并发症,发病率高,危险性强,轻者导致患者瘫痪致残,重者造成患者死亡,且较难治愈,预后并不理想。因此加强SAH患者的临床护理对于预防和改善并发脑血管痉挛来说具有重要的临床意义。近年来,本院对60例SAH并发脑血管痉挛进行了系统全面的护理干预,并与同期仅接受常规护理的60例患者对照,取得了良好的临床效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患者120例,男66例,女54例,年龄27~69岁,平均年龄(44.3 ± 5.9)岁。伴随症状:昏迷39例,癫痫发作34例,单眼盲47例。经过经颅多普勒(TCD)检查确定CVS分级为:重度痉挛32例,中度痉挛48例,轻度痉挛40例。按照护理方式的区分为观察组与对照组各60例,两组患者的年龄、性别、伴随症状等一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

在72h内对患者实施栓塞手术、脑血管造影或动脉瘤手术,术后进行常规药物治疗;以0.1mg/h的速率为患者微泵静脉输注10mg尼莫同,并给予腰大池外引流,疗程均为10d左右。同时进行半个月的3H疗法(高血压、高血容量、血液高稀释度),通过锁骨下静脉或者颈内静脉置管测量中心静脉压。

(1)病情观察:严密观察病人的神志、瞳孔、生命体征的变化,并详细记录。因蛛网膜下腔出血的病人起病急,病情危重,随

时可能发生各种并发症危及生命。意识、瞳孔是判断病情变化的重要指标。当患者出现意识障碍加重,不易唤醒,两侧瞳孔不等大,应考虑到脑疝发生,及时通知医生进行抢救。保持血压稳定,尽量减少搬动,各项治疗和护理相对集中,减少对病人的干扰。观察体温变化,若出现发热做好降温护理,对中枢性高热予降温毯降温,头置冰帽。

(2)脑血管痉挛的观察:自发性蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛一般发生在出血后3~15d,发生率最高是在第5~7d,这一时间要特别注意有无CVS先兆症状的出现,特别是SAH经过治疗后病情一度好转或稳定后,再次恶化或进行性加重,出现意识、运动、感觉障碍或相应的CVS局部定位体征,如偏瘫、失语、失认和失用症等,我院通过TCD对颅内大脑中动脉血流速度进行监测从而了解脑血管痉挛情况,在护理工作中需对监测数据进行仔细观察及详细记载,TCD血流检测显示大脑中动脉平均血流速度(VMCA)超过120cm/s既提示有脑血管痉挛,如超过160cm/s即脑血管痉挛严重,需立即通知医生,及时调整药物的剂量。

(3)及时发现再出血的征兆,治疗的患者中,临床死亡的原因主要是再出血,而且常于发病后2周内发生。再出血常有先兆表现,如头痛、烦躁不安,如患者在病情好转的情况下突然剧烈头痛,意识障碍加深,瞳孔变化,应及时通知医生进行抢救。严密观察头痛性质、强度及持续时间,通过放松术及分散注意力,减少探视,控制留陪人数,保持病室安静等来缓解患者头痛。严密观察用药反应,如果患者出现剧烈头痛,频繁呕吐呈喷射状时,立即通知医生给予处理,必要时可遵医嘱给予镇痛剂。

(4)一般护理:患者宜取平卧或侧卧位休息,抬高头部15~30°,以降低颅内压,减轻脑水肿,嘱病人绝对卧床4周~6周。保持病房安静,减少探视。3.3饮食护理早期补充充足的营养对SAH患者病情恢复有很大帮助,而患者发病后需绝对卧床休息,因此肠蠕动慢,食欲差。应给予患者高蛋白,高热量,低脂,含丰富维生素的流质饮食,做到少量多餐,保证机体足够的营养。神志不清者遵医嘱留置鼻饲管,保证营养的全面供应。

(5)保持大便通畅:护理人员要每天询问患者排便情况,认真记录。为防止便秘,每次饭后1~2小时患者用手以顺时针方向或家属用手从右至左、自上而下按摩腹部,可促进肠蠕动,有利于消化排便。多吃水果,常喝蜂蜜水。对便秘者,应给予无刺激性的缓泻剂或油质栓剂,护士可以用小指轻轻塞入肛门,嘱患者张口呼气,切勿用力,尽快掏出粪便,防止排便用力造成再次出血。

(6)控制血压预防再出血.SAH的病人的发病原因之一是高血

压,因此基础血压高或者发病后血压升高的患者应予以降血压治疗。降血压需缓慢、平稳,以避免血压的急骤变化,引起再出血。颅内动脉瘤二次出血的死亡率高达40%~65%,再出血发生在第1次出血后7d内最多。在降血压治疗的过程中要严密监测病人的血压变化,根据血压调整用药速度和剂量。对于动脉瘤术后的患者采用3H治疗,应将血压控制在收缩压(SBP)150~170mmHg,平均动脉压在70~100mmHg。加强皮肤护理:每日皮肤护理2次,定时翻身,保持床单清洁、干燥,防止压疮的发生,另外对于监测组患者,需经常对探头压迫皮肤进行观察,如有皮肤发红或水泡时需及时通知医生更换探头位置,防止皮肤压迫时间过长造成皮肤坏死。

(7) 心理护理:避免一切不良刺激,防止病人疲劳。蛛网膜下腔出血的患者常有烦躁不安、精神兴奋等症状,这种心理可加重脑血管痉挛,致疾病复发,医护人员应及时做好心理疏导工作,创造良好的护患关系,鼓励患者表达出自己的感受,帮助患者认识疾病发生的原因,帮助病人消除紧张、恐惧、焦虑心理,让患者感到温暖和安慰。同时给患者创造舒适、安静、光线柔和的环境,帮助患者树立战胜疾病的信心,保持情绪稳定,从而有利于治疗。

最后进行出院指导。蛛网膜下腔出血患者痊愈出院后应卧床休息1月,严格遵医嘱按时服药,定期门诊复查。生活要有规律,避免情绪激动及劳累,不宜从事过重的体力劳动及剧烈的体育活动。加强营养,增强自体抵抗力,注意预防感冒,注意饮食,保持大便通畅,养成良好的卫生习惯,以良好的心理、生理状态创造健康。

1.3 统计学方法

使用SPSS25.0统计学软件对所得数据进行分析处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验,检验水准为 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 。

2 结果

观察组患者的治疗总有效率高达90.00%,明显高于对照组的71.67%,差异有统计学意义($P<0.05$),具体结果见表1。

表1 两组患者间临床疗效比较[n(%), %]

组别	例数	治愈	瘫痪	死亡	总有效率
观察组	60	54 (90.0)	5 (8.33)	1 (1.67)	90.00
对照组	60	43 (71.67)	10 (16.67)	7 (11.67)	71.67
χ^2	-	-	-	-	6.5083
P	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

蛛网膜下腔出血主要是脑血管类的疾病,患者常伴有意识不清以及呕吐等临床症状,不仅仅带给患者工作上的压力,同时也带给患者生活上较大的压力。周红芳在蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛的护理干预中研究表明,脑血管痉挛作为蛛网膜下腔出血常见的一种并发症,致残率较高。常玲等强调,蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者基础治疗的同时,更要做好护理干预,通过对患者讲解疾病的知识,对患者进行积极的鼓励,克服患者的紧张恐惧心理,保证患者有着积极健康的心态。韩玉荣等表明,保证患者有充足的卧床休息,避免患者再次出血,并做好患者吸氧和降温处理。许彩云强调,做好患者出血后血块的及时清除,对患者引流管高度合理控制,避

免感染。

总结出的主要护理措施包含有:(1)使用尼莫同可以缓解脑血管痉挛,但也会给患者带来多汗、皮肤发红、心动过速、胃肠不适等不良反应,因此要严格把握泵入尼莫同的泵入时间,泵入的量与速度,按照患者的具体情况而定,严密检测患者意识、生命体征、肢体活动。3H疗法中要控制好患者血压,保持在平常水平的20%~30%之间,并记录24h出入量,同时记录中心静脉压与红细胞压积。对于心肾功能不佳者,使用刺激性相对较低的甘油果糖代替甘露醇。(2)心理护理:SAH患者经常遭受剧烈头痛的折磨,病情严重者会出现偏瘫、失语等情况,极易引发患者恐惧、焦虑、绝望等负面情绪,如果得不到合理的引导则会加大并发CVS的几率。因此护理人员要详细的向患者讲述疾病的相关知识,积极鼓励患者,帮助患者消除恐惧紧张的心理,以积极的心态面对治疗。(3)一般护理:患者卧床休息5周,不能太早下床,避免导致再次出血或者诱发脑疝,卧床期间头部抬高30°,不可随意搬动,患者的日常饮食、洗漱、大小便等均在床上进行。对患者的吸氧、降温、呼吸道等问题对症处理,安排好患者的日常休息与生活。

参考文献

- [1]胡占斌,柴冠军.法舒地尔治疗老年蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者的效果观察[J].临床医学工程,2022,29(03):337-338.
- [2]范璆芳,蔺金霞.尼莫地平对蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者血管内皮功能的影响与安全性分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(07):50-51.
- [3]王鹏,王俊玲,王峰,左新兵,白银.蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者炎症因子与认知功能的临床研究[J].德州学院学报,2020,36(06):39-42.
- [4]冯靖雄.前列地尔联合尼莫地平治疗蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者的临床价值研究[J].实用医院临床杂志,2020,17(06):53-56.
- [5]石蕾,吴培.前瞻性护理对蛛网膜下腔出血患者脑血管痉挛、神经功能及康复的影响[J].河北医药,2020,42(12):1915-1917+1920.
- [6]周伟,傅玉琼,范秀云,张明伟.法舒地尔和尼莫地平治疗老年患者蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛的疗效对比[J].中国老年学杂志,2020,40(07):1388-1390.
- [7]方佳,董秋艳,胡晨浩,刘方方,张剑宁.尼莫地平联合腰椎穿刺脑脊液置换对动脉瘤性蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者血红蛋白浓度、Toll样受体4表达水平和脑血管痉挛的影响[J].国际脑血管病杂志,2019(09):685-686-687-688-689-690.
- [8]张丽珊.临床护理路径用于蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛中的效果观察[J].现代医学影像学,2018,27(05):1787-1788.
- [9]李少锋,彭宇晓.尼莫地平联合辛伐他汀对蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者的临床分析[J].海峡药学,2017,29(05):100-101.
- [10]田园园.蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛患者的临床护理干预[J].中国实用医药,2016,11(20):242-243.DOI:10.14163/j.cnki.11-5547/r.2016.20.162.
- [11]涂汉明.蛛网膜下腔出血后迟发性脑血管痉挛患者血浆和脑脊液中神经肽Y的临床研究[J].中国医师杂志,2009(01):117-119.