

基于循证护理的重症脑血管病患者护理中的应用研究

徐洋洋¹ 赵海珍² 沈文燕³
北京清华长庚医院 北京 102218

摘要: 分析重症脑血管病患者护理中应用循证护理的临床价值。**方法:** 纳入本院2022.1.1-2023.6.30期间重症脑血管病患者84例,在随机数字表下将其1/1纳入2组,对照组常规护理,观察组循证护理;比较两组ICU住院时间、神经功能(NIHSS)、昏迷评分(GCS)、预后评分(GOS)、自理能力(ADL)、并发症发生率、护理满意度。**结果:** 观察组ICU住院时间短于对照组,NIHSS评分低于对照组,并发症少于对照组,GCS、GOS、ADL评分及满意度高于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 重症脑血管病患者护理中应用循证护理可缩短其ICU住院时间,改善患者神经功能,减少并发症,促进预后,获得认可。

关键词: 循证护理;重症脑血管病;住院时间;神经功能;满意度

重症脑血管病以动脉狭窄、闭塞,使脑组织缺血缺氧为主要诱因,多见于40岁以上的中老年群体,一旦病发后未能及时救治,可威胁患者生命^[1]。且该病预后差,即便得到有效救治,预后遗留后遗症风险也较高。对于重症脑血管病患者而言,高效、及时治疗是提升患者生存率,改善预后的关键所在,而治疗期间配合科学的护理干预,则可进一步提升疗效,促进预后^[2]。循证护理则为临床新型护理模式之一,其临床应用较广泛,可基于循证医学理念为患者提供有循证依据的护理服务,尊重患者主体地位,提升护理质效^[3]。对此,本研究主要以我院重症脑血管病患者84例为例,分析循证护理实施价值。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入本院2022.1.1-2023.6.30期间重症脑血管病患者84例,在随机数字表下将其1/1纳入2组,对照组42例,男女比22/20;年龄范围49-79岁,均值(63.56±7.15)岁。观察组42例,男女比23/19;年龄范围49-78岁,均值(63.45±7.07)岁。对2组基础信息统计未见差异($P > 0.05$),可比。本项目已得到医学伦理核准。

纳入标准: ①与《中国脑血管病防治指南》^[4]中关于脑血管病诊断标准一致,且经影像学检查明确诊断;②发病-入院时间 < 72h,收治于重症加强护理病房(Intensive Care Unit, ICU) > 3d;③知情。

排除标准: ①并严重感染;②并严重肝肾功能障碍;③病发前已无自理能力。

1.2 方法

对照组常规护理: 遵医嘱用药;密切关注患者体征与病情变化情况,结合患者病情与无菌操作原则实施基础护理操作,及时识别并处理异常情况;定时协助患者

翻身拍背,预防压疮,促进排痰;开展常规口腔护理与皮肤护理,及时清理患者呼吸道分泌物,以维持患者呼吸通畅,预防呛咳、感染发生。

观察组循证护理: (1)循证问题:由护士长及科室护理经验丰富的护理人员组建循证护理小组,收集整理既往重症脑血管病患者护理中存在的问题、重点护理项目,考虑重症脑血管病患者多处于昏迷状态,治疗后易遗留语言障碍、半身不遂等后遗症,影响患者机体功能与日常生活能力,在此次研究中主要提出如下循证问题:“如何改善格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS)评分?”、“如何改善患者神经功能与日常生活能力?”、“如何降低并发症?”等。(2)循证支持:依据提出的循证问题,从专业书籍、网络文库(如知网、万方等)中查找资料文献,整理能够用于解决循证问题的护理经验与措施。(3)循证评估:评估相关科研证据可行性与有效性,并结合科室实际情况、临床专业知识、临床经验、患者需求等,制定循证护理措施。(4)循证护理实施:①加强对患者生命体征的监测:对患者体征进行严密监护,一旦发现异常,及时协助医师处理。②心电监护:实时心电监护,定时检测心肌标志物,以及时发现相关并发症,及时对症处理。结合患者实际情况控制补液量,调节补液速度。③监测电解质、肾功能:重症脑血管病患者治疗中多需使用甘露醇、肾上腺皮质激素等药物,易导致肾损伤,引发电解质紊乱,故需加强电解质及肾功能监测,并结合监测结果动态调整相关药物出入量。④气道护理:结合动脉血气分析结果调整呼吸机参数,对气管插管进行妥善固定,避免弯折、脱落,做好呼吸道及口腔护理,维持患者呼吸道通畅,注意气道湿化干预。定时协助患者调整体位,并注意保护受压部位,按摩四肢,促进局部血液循

环, 预防压疮、静脉血栓形成。⑤环境维持: 控制室内温湿度适宜(温度约22~25℃, 湿度约60%~65%), 定时通风、消毒, 减少病区无关人员走动, 限制探视(针对意识清醒患者可提供平板、手机等电子设备, 定时与家属互动, 缓解患者面对疾病与治疗的恐惧心理), 严格落实床旁交接班制度。⑥营养管理: 结合患者病情、机体状态、营养状态, 制定针对性营养支持方案, 以高维生素、高蛋白、清淡、易消化的流质饮食为主, 少食多餐, 4~6次/d为宜, 200mL/次(无吞咽障碍者经口进食; 伴吞咽障碍者肠内营养支持)。针对伴恶心、呕吐等症状者需暂时禁食, 定期检查胃液pH值, 若pH < 3.5提示出血风险, 需适当降低糖皮质激素用量, 增加胃酸抑制剂; 若有黑便、呕血, 需及时告知医师, 遵医嘱予以注射止血剂、胃黏膜保护剂等; 及时为患者补充水分, 每日输血量控制在1500~2000mL/d。⑦康复锻炼: 结合患者实际康复情况指导其从早期床上被动活动逐步过渡为主动活动、下床活动, 并指导患者进行肢体功能锻炼、语言功能锻炼、吞咽功能锻炼、日常生活能力锻炼等, 促进患者各项机体功能恢复。

1.3 观察指标

1.3.1 ICU住院时间: 记录时间。

1.3.2 神经功能、昏迷评分、预后评分、自理能力: 护理后以卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)、GCS、格拉斯哥预后量表(glasgow

outcome scale, GOS)、日常生活活动能力评分(Activities of Daily Living, ADL)评估。其中, NIHSS 0-45分, 评分越高神经功能恢复越差; GCS最高15分, 以< 9、9-11、12-14、15分分别对应重意识障碍、中意识障碍、轻度意识障碍、意识清醒; GOS 1-5分, 1分死亡、2分植物生存、3分重度残疾、4分轻度残疾、5分基本恢复正常; ADL 0-100分, 评分越高自理能力恢复越好。

1.3.3 并发症发生率: 统计压疮、肺部感染、尿路感染、水电解质紊乱、营养不良发生率。

1.3.4 护理满意度: 患者离院前发放医院自制满意度问卷, 满分100分, 不满意、一般、满意分值分别0- ≤ 60、> 60- ≤ 80、> 80-100, 总满意度=满意、一般病例数占总例数百分比。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0版本软件。 t 、 χ^2 检验计量、计数内容, ($\bar{x} \pm s$)、%形式描述; $P < 0.05$ 时数据统计差异有意义。

2 结果

2.1 ICU住院时间

观察组ICU住院时间(18.55±4.23) d, 短于对照组(26.17±5.20) d, $t = 7.367$, $P = 0.000 < 0.05$ 。

2.2 神经功能、昏迷评分、预后评分、自理能力

经护理, 观察组NIHSS评分低于对照组, GCS、GOS、ADL评分高于对照组, 均 $P < 0.05$ 。见表1:

表1 神经功能、昏迷评分、预后评分、自理能力($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	NIHSS	GCS	GOS	ADL
对照组	42	17.15±2.64	8.23±2.04	3.48±0.44	52.35±5.76
观察组	42	12.05±2.37	12.13±2.05	4.20±0.51	63.66±5.85
t		9.316	8.739	6.927	8.928
P		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 并发症发生率

并发症, 观察组更少($P < 0.05$)。见表2:

表2 并发症发生率(%)

组别	例数	压疮	肺部感染	尿路感染	水电解质紊乱	营养不良	总发生率
对照组	42	2 (4.76)	2 (4.76)	1 (2.38)	3 (7.14)	4 (9.52)	12 (28.56)
观察组	42	1 (2.38)	1 (2.38)	0 (0.00)	1 (2.38)	1 (2.38)	4 (9.52)
χ^2							4.941
P							0.026

2.4 护理满意度

满意度, 观察组更高($P < 0.05$)。见表3:

表3 护理满意度(%)

组别	例数	满意	一般	不满意	总满意度
对照组	42	19 (45.24)	14 (33.33)	9 (21.43)	33 (78.57)
观察组	42	23 (54.76)	17 (40.48)	2 (4.76)	40 (95.24)
χ^2					5.126
P					0.024

3 讨论

脑血管病指脑或颈动脉病变,引发颅内血液循环障碍,使脑组织受损的一类疾病,如因脑血栓所致的缺血性脑梗塞,或因脑血管意外破裂出血所致的脑出血等^[5]。重症脑血管病具有发病率高、起病急、进展快、并发症多、致残致死率高等特点,病发后以神经系统症状最为常见,如失语、肢体偏瘫、眩晕、精神症状、吞咽障碍、共济失调等,若疾病发生后未能得到及时有效的治疗,极易引发昏迷等严重症状,威胁患者生命^[6]。故为促进患者预后康复,加强护理配合十分关键。

循证护理属于循证医学的重要组成部分,其要求护理人员在护理措施制定中,结合临床实际融入循证医学理念、方法及成果,以提升护理方案科学性、可行性与主动性^[7]。重症脑血管病对护理工作具有较高的要求,而常规护理多以疾病为护理中心,护理内容较单一、机械,护理效果存在一定局限,难以满足患者需求;循证护理则可将患者置于主体地位,并通过循证问题、循证支持、循证评估等环节对护理重点进行明确,从而制定更具科学性、合理性、可行性的护理措施,从多方面为患者提供护理服务,有效提升护理质量,防范并发症,促进预后。本研究显示,行循证护理后,观察组患者ICU住院时间明显短于对照组($P < 0.05$);且观察组NIHSS评分、并发症发生率均低于对照组,GCS、GOS、ADL、护理满意度均高于对照组($P < 0.05$)。提示循证护理的开展可促进重症脑血管病患者预后康复,减少并发症,得到认可。高娜^[8]研究也显示,循证护理下,观察组护理满意度明显高于对照组(常规护理)94.59% > 75.68% ($P < 0.05$),与本研究结果具有一致性。分析可见,循证护理能够结合医学依据做出科学决策,制定个性化护理措施,其优势在于

从实践出发,可通过相关文献检索、专业资料搜集,结合护理人员临床经验、专业技能,对重症脑血管病护理中存在的问题进行分析,并探讨解决方案,制定改善措施,再以规范高效的护理实施,促进患者病情改善,最终改善预后,获得患者认可。

结语:综上,将循证护理用于重症脑血管病护理中可促进预后,减少并发症,得到患者认可,可推广。

参考文献

- [1]行君,顾晓乐,许悦悦,等.基于循证的康复护理应用于出血性脑卒中患者的临床效果研究[J].临床医学工程,2022,29(10):1437-1438.
- [2]贾旭.循证化个体护理对脑梗塞患者日常生活能力及后遗症的影响分析[J].中国冶金工业医学杂志,2023,40(1):36-37.
- [3]潘雅裴.循证护理结合FTS对经皮股动脉穿刺脑血管DSA术患者的作用[J].中外医学研究,2021,19(32):110-114.
- [4]卫生部疾病控制司,中华医学会神经病学分会.中国脑血管病防治指南(节选)[J].中国现代神经疾病杂志,2007,7(1):17,70.
- [5]任学芳,王怡,蒋红.循证综合护理干预在脑血管病患者术后谵妄管理中的应用[J].上海护理,2022,22(11):12-16.
- [6]朱雪利,李蓓.循证护理对脑血管狭窄介入造影患者护理效果及睡眠质量的影响[J].贵州医药,2023,47(5):819-820.
- [7]林秀娇,胡荣.集束化护理预防重症脑卒中患者压力性损伤的效果[J].福建医药杂志,2021,43(1):149-152.
- [8]高娜.循证护理在重症脑血管病护理中的临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2020,31(19):3167-3168.