



## 蛛网膜下腔出血发热原因分析及护理对策

吴美娥 吴阿凤 许耀玲

(福建医科大学附属三明市第一医院 365000)

**【摘要】目的:**探讨蛛网膜下腔出血发热的原因及其护理干预效果。**方法:**选择46例蛛网膜下腔出血发热患者,通过病情分析,提出建议,对因护理及心理干预等治疗,对其临床护理效果进行观察和分析。**结果:**蛛网膜下腔出血发热患者经过临床护理干预后,治愈20例,有效23例,死亡3例,总有效率93.5%。**结论:**给予蛛网膜下腔出血发热患者有效护理干预后,能减少死亡率及致残率,提高治疗效果,帮助患者恢复健康。

**【关键词】**蛛网膜下腔出血;发热;护理

Reason analysis of fever for subarachnoid hemorrhage and nursing measures WU Mei-E (Sanming First Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Sanming 365000 China)

**【Abstract】Objective:** To investigate reason for fever in subarachnoid hemorrhage and effect of nursing intervention. **Methods:** 46 cases with subarachnoid hemorrhage combined with fever were given the following intervention measures like disease observation, put forward suggestions, nursing condition and and psychological intervention, then, the clinical nursing effects were observed and analyzed. **Results:** After clinical nursing intervention, 20 cases were cured, 23 cases were effective, 3 cases were dead, and the total effective rate was 93.5%. **Conclusion:** The effective nursing intervention for patients with subarachnoid hemorrhage combined with fever can reduce the mortality rate and disability rate, promote the clinical treatment effect, and help the patients to recover.

**【Key words】** Subarachnoid hemorrhage; Fever; Nursing

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 13-223-02

蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage SAH)为颅内动脉或静脉破裂,血流进入蛛网膜下腔即形成SAH。SAH是一种非常严重的常见病,其发病率每年接近6~20/100 000,6个月内死亡率在昏迷患者中是71%,清醒患者中是11%[1]。而发热是SAH常见的并发症,约41%~72%患者发热(体温>38.3℃)[2],多发生在意识较差或预后较差的患者。本文通过对46例SAH发热患者的护理,给予有效护理干预措施,取得一定效果。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年6月-2015年12月我科收治的46例SAH患者,所有患者经颅脑CT明确诊断,其中年龄64.2±11.0岁,男26例,女20例; Hunt和Hess评分:0级1例, I级5例, II级16例, III级12例, IV级8例, V级4例;吸烟者18例;行动脉瘤血管内弹簧圈栓塞术10例,余为保守治疗。

1.2 护理干预措施 SAH患者发热原因有多种,常见有中枢性发热、感染性发热、非感染性发热,不同性质的发热采取的措施也不同,这需要细致的观察和判断,具体总结如下。

1.2.1 病情观察 护理人员应对患者体温进行密切观察,测量体温每4h测1次,高热每1h测1次,同时观察患者神志、瞳孔、心率、呼吸、血压、指脉氧饱和度、24小时出入量,及时记于护理体温单上,观察其热型及其他生命体征数据的变化。

1.2.2 预防感染 对于 Hunt和Hess评分在0-II级患者,其神志清楚,生命征相对稳定,能自主活动,只需告知患者多卧床休息,放松心情,注意预防受凉感冒,保持个人卫生。评分III级以上的,患者神志不清楚,无自理能力,有鼻饲管、导尿管、中心静脉留置管等多种治疗措施,需多种措施预防感染:

(1) 每日行口腔护理2次,定时清除口腔分泌物,鼻饲量每次不超过200ml,鼻饲前需空抽,预防胃内反流物,鼻饲前后予适量温开水冲洗。

(2) 保持二便卫生,如有留置导尿,操作严格无菌,每日行会阴护理2次,更换导尿管1次,膀胱冲洗2次,导尿管放置不能高于膀胱位置,定时放尿。

(3) 及时吸痰,预防呼吸道感染,规范留取痰标本。

(4) 使用气垫床预防压疮,每2小时更换患者体位,注意动作轻柔,避免皮肤擦伤。(5) 患者有使用脱水剂,常规留置中心静脉管,每日常规护理静脉管后,需注意皮肤有无红肿及分泌物,如有及时更换。

(6) 如有行动脉瘤血管内弹簧圈栓塞术,常规行术后护理,预防切口感染。

(7) 特别注意的是护理人员自身的手卫生,预防交叉感染。

### 1.3 护理干预方法

1.3.1 鉴别发热的原因 (1) 中枢性发热:下丘脑体温调节中枢受到损害,体温调定点上移,体温多>39.0℃,无感染中毒征象,一般不伴寒战、出汗,躯干皮肤温度高而肢体温度不高,一般退热药物不能使体温下降,是病情危重的征象之一,以物理降温为主。(2) 感染性发热:为发热常见原因,体温高低不等,常见原因有肺部感染、泌尿道感染等,伴有相关症状,血象、感染指标升高,容易鉴别,以抗感染治疗为主。(3) 非感染性发热:吸收热常于发病后1周左右出

现,多为低、中热,可持续1~2周而自行缓解,无需特殊处理;SAH患者常规使用脱水剂,故脱水热也常见,多见于补液少或进食少,出量大于入量,伴电解质紊乱,皮肤干燥,尿量减少,可予适当补液处理,体温可逐渐下降至正常;药物热多见于使用某一种药物导致体温升高,体温可超过38.5℃,停用此种药物后体温多在48小时内回复正常水平。

1.3.2 降温方法 患者发热后,以物理降温为主,药物降温为辅,定时监测体温情况,尽量将体温控制在37.0℃以下。常用的退热药物有对乙酰氨基酚、布洛芬、复方氨基比林、和吲哚美辛(消炎痛)等。布洛芬偶有皮疹,头痛,影响凝血功能及转氨酶升高等,有可能加重出血;复方氨基比林会使患者出汗过多,体温骤降,容易引起虚脱,休克,从而导致病情加重。患者体温>38.5℃才考虑使用药物退热。在使用药物降温时,护士要注意观察药物的副作用。

物理降温包括:温水擦浴法、酒精擦浴法、冰袋、冰帽、冰毯、灌肠法、静脉降温法[3],应根据体温的高低及个体差异采用不同的降温措施。SAH为颅内出血,故不能选择酒精擦浴法降温,以免加重出血。中枢性高热多>39.0℃,温水擦浴法降温效果欠佳,故此种高热一般不用。另需注意的是,降温时均需在足心放置热水袋,体温上升期时皮肤血管收缩,伴出汗减少、寒战,此时不宜物理降温。具体操作如下:

(1) 适当减少外衣或体表覆盖物,增强散热。

(2) 温水擦浴法:用32~34℃左右的温水,部位为四肢、颈部、腋窝、腋窝、腹股沟等血管丰富处,禁擦前胸、后背及脚心。

(3) 冰袋选择大小适宜,外面用干毛巾或布类包好,放置上述大血管丰富处即可。

(4) 冰帽法是将打碎冰块放入水中,冲去棱角,装入冰帽2/3满,排尽空气,擦干倒提检查有无漏水,接触患者面放置干净毛巾,将患者头部置于冰帽内,用海绵衬垫于患者的两耳廓处及枕颈部。

(5) 冰毯作为新一代的降温仪器,利用半导体制冷原理,通过主机工作与冰毯内的水进行循环交换。促使冷却的毯面接触皮肤进行散热,达到降温的目的。冰毯法适用于中枢性高热,控制体温在36~37℃。

(6) 灌肠法是将凉开水(6℃左右)或温开水(20℃左右)灌入肛门,使其在肠内停留10min左右排出。

(7) 静脉降温法:选用温度在4~10℃的液体500ml,输入速度在40~60滴/min,输注前要经家属同意并签同意书,并密切行生命征监护,10min测体温1次,当生命征出现异常或体温降至37.5℃左右停止输入。

1.3.3 降温过程中的护理 患者在降温过程中,除常规护理外,需注意:(1) 密切监测神志、瞳孔、心率、呼吸、血压、指脉氧饱和度、四肢末梢循环。

(2) 体温监测应1次/30min,做好记录,如预防脑水肿,保持体温在32~34℃(肛温),过低易出现并发症,过高不能达到治疗效果。(3) 使用冰袋、冰帽降温时,需定时观察有无漏水,及时更换潮湿的布料。

(4) 降温速度不宜过快,约降1.5~2℃/1h,如患者出现寒战、面色苍白、呼吸心率变化较大时应停止降温治疗,视患者症状采取对症



## • 护理研究 •

治疗,神志清楚患者不宜将体温降至过低[4]。

(5)病情稳定后,降温措施的撤离应逐步进行,遵循先周围后头部的过程。

1.3.4 饮食、心理护理 神志清楚的患者给予多鼓励,嘱其放松心情,发热患者适当多补水分,进食清淡、易消化吸收食物,保持营养成分的合理。神志不清患者多采取鼻饲饮食,并适当静脉补充营养成分。并嘱家属锦尽可能的鼓励患者。

### 2 结果

本次46例患者中,无脱水热,吸收热3例,单纯中枢性发热6例,单纯感染性发热28例,中枢性发热合并感染性发热9例,经过临床护理干预后,治愈20例,有效23例,死亡3例,总有效率93.5%。死亡患者出血量多,评分高,并发呼吸、循环功能障碍,治疗效果差,总体治疗效果可。

### 3 讨论

在SAH患者中,发热虽是常见症状,但多数患者为意识障碍,主诉不准确,所以要靠护理人员发现。临床及文献表明[5],发热增加脑代谢,加重缺血性脑损伤,加重脑水肿,增加颅内压,影响预后,降低1℃体温,脑代谢可减少15%。另外SAH发热是脑血管痉挛的独立危险因素,进一步加重脑损伤,影响预后[6],故对SAH患者发热的体温控制更为重要,可显著改善预后,提高生存质量。但同时发热也是人体抵抗感染的机制之一,发热时机体代谢率升高,免疫蛋白增加,有利于机体清除病原微生物,促进机体损伤修复。控制发热的方法包括药物降温及物理降温,是选择哪一种降温方式或者两者联用,

(上接第212页)

90°用药坐位练习,和康复师一起指导患者卧床进行主被动的踝关节的前屈和背伸活动、伸膝锻炼、股四头肌的收缩和舒张锻炼,每天3次,每次持续20min-30min,防止长时间卧床肌肉萎缩和关节僵硬,术后5天起,患者无头晕不适时,协助患者床边坐起,指导患者运用助行器下地站立,逐步练习行走,循序渐进增加行走时间和距离。卧床时指导患者进行臀大肌收缩锻炼和髋、膝、足踝关节的功能锻炼,逐渐强化髋关节前屈、后伸、内旋、外旋、内收、外展的功能锻炼,予以注意事项宣教,防止关节脱位。

#### 1.3 效果观察及评价标准

切口引流量:是手术显性出血的指标之一,故观察记录两组患者术后48h拔除切口引流管时的切口引流量。输血率:患者失血越多,当血红蛋白(HGB)<100g/L时,决定输血,故统计患者住院期间是否

表1 切口引流量和住院时间的比较

组别	48h 切口引流量(ml)	住院时间(d)
对照组	250.50±192.170	25.61±11.325
观察组	215.20±126.235	20.31±5.399

P<0.05

#### 2.2 两组术后输血率的比较

对照组28例中术后有12例患者需要输血,输血率为42.85%。观察组28例中术后有5例患者需要输血,输血率为17.86%。两组输血率比较,差异有统计学意义(P<0.05)

#### 2.3 患者对护士工作满意度的比较

对照组患者对护士工作满意度为71.42%,观察组患者对护士工作满意度为96.42%,差异有统计学意义(P<0.05)

表3 患者对护士满意度的比较

组别	n	不满意	一般	满意	非常满意	满意度 (%)
观察组	28	0	1	7	20	96.42
对照组	28	2	6	10	10	71.42

与对照组比较, P<0.05

### 3 讨论

对于股骨颈骨折、股骨头坏死、骨性关节炎、股骨转子间骨折患者,全髋关节置换术的治疗方式越来越被认可,能患者快速恢复日常生活,提高生活质量,但术中大量失血不仅会增加手术风险,输血也会增加免疫反应、传播疾病、容量负荷过重的风险,同时也会加重患者经济负担[12-13]。我们采用快速康复护理方式,结合多学科知识,在心理护理、基础护理、治疗护理方面找到行之有效的方式,有效减少患者切口引流量,降低输血率,继而减少住院时间,提高患者满意度,对护士的知识积累也有很大帮助,故快速康复护理在全髋关节置换术中能有效减少出血,可以得到广泛应用。

#### 参考文献

[1]白金,许可可,赵树华等.老年人工全髋关节置换术后[J].康复治疗的研究进展.中华老年骨科与康复电子杂志,2018,4(2):125-127.

[2]徐进.快速康复护理进展及外科应用[J].齐鲁护理杂志,2016,

应注意的是物理降温效果好,但有寒战的风险。当然鉴别发热的原因是非常重要的,特别是有可能多种原因叠加导致发热,故采取哪种治疗应及时和管床医师协商后决定。能及时发现患者发热,分析原因,给予相应处理,提高治疗效果,是护理过程中的一大挑战。

#### 参考文献

[1]吴江,贾建平,崔丽英.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2013:175-180.

[2]Bautista C. Unresolved Issues in the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage[J].AACN Crit Care.2012,23(2):175-185.

[3]林颖,张琼,周婕,等.自制冰袋用于小儿物理降温[J].全科护理,2013,11(12B):3341.

[4]钟浩,崔晶,王青,等.医用控温毯物理降温影响重症脑卒中患者皮肤压疮发生率的研究及对策[J].中国实用护理杂志,2010,26(4):9-12.

[5]Wright WL,Asbury WH,Gilmore JL,et al.Conivaptan for hyponatremi in the neurocritical care unit[J].Neurocrit Care,2009,11(8):6-13.

[6]Douds GL,Tadzong B,Agarwal AD,et al.Influence of Fever and Hospital-acquired Infection on the Incidence of Delayed Neurological Deficit and Poor Outcome after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage [J].Neurology Research International,2012,6(10):1850-1860.

输血,侧面反映出出血量。住院时间:记录住院时间。护理满意度:出院时评估患者满意度,利用问卷形式进行调查,非常满意为4分,满意为3分,一般为2分,不满意为1分。

#### 1.4、统计学方法

本研究中所有数据采用SPSS 17.0 统计学软件进行处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验,计数资料以率(%)表示,采用检验,P<0.05表示差异有统计学意义。

#### 2.结果

##### 2.1 切口引流量的比较

两组48h拔除切口引流管时的总切口引流量,结果显示,两组引流量比较,差异具有统计学意义,两组对比住院时间,差异具有统计学意义(P<0.05)(表1)。

22(24):43-45.

[3]陈敏.围术期血液保护的护理体会[J].护理研究,2009年6月第23卷第一期增刊.

[4]徐璐.危重患者诊断性失血的影响因素及干预措施[J].当代护士,2014年11月中旬刊.

[5]罗丽莉,李璟,高莹.全膝关节置换术后下肢不同抬高高度对引流量的影响[J].护士进修杂志,2015,30(13):1237-1238.

[6]田秀,郭志红.围手术期低体温及其护理干预现状[J].实用医药杂志,2016,33(4):363-366.

[7]REYNOLDS L, BECKMANN J, KURZ A. Perioperative complications of hypothermia [J]. Best Practice&Research Clinical Anaesthesiology, 2008, 22(4): 645-657.

[8]Kim P, Taghon T, Fetzner M, et al. Perioperative hypothermia in the pediatric population: a quality improvement project [J]. Am J Med Qual, 2013, 28(5): 400 - 406.

[9]贾俊卿,梁静,齐月梅,等.内眼术后冷敷的实验和临床研究[J].护理学杂志,2000,15(1):3.

[10]孙世伟,杨隆,谢水安,等.静脉联合局部应用氨甲环酸在全髋关节置换中的作用[J].中国组织工程研究,2016,20(48):7149-7155.

[11]李盈侯.围手术期康复功能锻炼预防全髋关节置换术后隐性失血的效果分析.实用临床护理学杂志[J],2017,20(2):68-72

[12]Allain JP, Stramer SL, Carneiro - Proietti AB, et al. Transfusion - transmitted infectious diseases [J]. Biologicals, 2009, 2: 71 - 77.

[13]Vamvakas EC, Blajchman MA. Transfusion related mortality: the ongoing risks of allogeneic blood transfusion and the available strategies for their prevention [J]. Blood, 2009, 15: 3406 - 3417.