

急诊护理干预对高血压脑出血患者的预后影响

戚丹飞

浙江大学医学院附属第二医院滨江院区 310052

〔摘要〕目的 分析急诊护理干预对高血压脑出血患者的预后影响。方法 选择我院自 2014 年 1 月-2018 年 12 月收治的 138 例高血压脑出血患者,将其随机分为 2 组,对照组和观察组,每组 69 例。对照组给予常规护理,观察组给予急诊护理干预,对两组护理疗效进行比较。结果 两组 NIHSS、FMA、Barthel 指数评分对比,有明显差异, $P < 0.05$, 体现为观察组 NIHSS 评分较低, FMA、Barthel 评分均较高。结论 给予高血压脑出血患者急诊护理干预,可提升日常生活能力,值得在临床上借鉴。

〔关键词〕急诊护理干预;高血压脑出血;预后影响

〔中图分类号〕R473.5 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 03-116-02

高血压脑出血发病突然,此类患者会引起神经功能缺损,影响生活质量,其致残率、病死率较高,需给予重视,给予急诊护理可促进预后,现将具体效果报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院自 2014 年 1 月-2018 年 12 月收治的 138 例高血压脑出血患者,将其随机分为 2 组,对照组和观察组,每组 69 例。对照组,男 35 例,女 34 例,年龄为 45-76 岁,平均年龄为 (56.33 ± 6.38) 岁;观察组,男 36 例,女 33 例,年龄为 47-78 岁,平均年龄为 (56.07 ± 7.15) 岁,这两组患者在一般资料等方面无明显差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组给予常规护理,观察组给予急诊护理干预,具体如下:

1.2.1 急救护理

①接到急诊电话后立即随车出诊,与来电人员保持通话,询问具体病情并做记录,告知其注意事项,如不可随意移动患者,耐心等待医务人员的到来。②到达急救现场后评估患者病情,如言语、意识、瞳孔、肢体状况等,并根据病情立即给予处理,如吸氧、药物治疗、心电监护等,必要时给予心肺复苏,记录患者生命体征;意识不清者伴有呕吐者,要观察呼吸情况,发生呼吸暂停或呼吸频率每分钟小于 8 次者需积极采取措施,如气管插管、气管切开等。在救治过程中不可忽略血压,要严密监测。护送途中行驶要稳,尽量减少颠簸。

1.2.2 急诊护理

①入急诊监护室后继续监测生命体征,意识障碍者,为预防尿潴留,可给予留置导尿。为减轻颅内压,护理人员要协助患者摆放体位,头部抬高 30° 左右;还可使用咪达唑仑、芬太尼等镇痛、镇静药物;脱水治疗可使脑组织水肿减轻或消失,可给予 20% 甘露醇、甘油果糖及呋塞米联用。密切观察患者意识、生命体征、肢体活动等变化;为尽早发现“Cushing 反应”,护理人员要关注患者脉搏、呼吸是否变慢、血压是否增高;对两侧瞳孔直径大小进行观察,看是否出现不等大的现象,对其进行对光反射,看是否有异常,一旦出现异常警示脑疝的发生^[1-2]。还要观察四肢肌力、肌张力。②术前、术后准备:一、多数高血压脑出血患者需行手术治疗,在术前护理人员要告知其手术的必要性,并完善相关检查。二、术后护理人员要确保患者入住的病室整洁,环境适宜,定期对其进行通风、消毒。体位为平卧位,头偏向健侧,且抬高幅度在 30° 以下。对呼吸道分泌物及时进行清理,气管插管者各项护理要加强,对气管切口处进行湿化,以确保呼吸道通畅。注意监测患者体温, 38.5°C 以上者积极降温,给予退热药物,

并辅以物理降温(如冷敷)。③心理护理:意识清楚者,多有焦躁、不安等不良情绪,担心术后遗留偏瘫、口眼歪斜等现象。护理人员要对其进行心理疏导,告知他们积极配合治疗会减少并发症;对于意识不清者,护理人员要对患者家属进行安慰,告知他们不必过于担心,要相信为其诊治的主治医生;同时向其讲述高血压脑出血的相关知识,如临床症状、治疗及预后等。

1.3 观察指标^[3]

(1)两组神经功能(采用 NIHSS 评分)、运动功能(采用 FMA 评分)及日常生活能力(选用 Barthel 指数)对比;(2)心理状况对比,采用 SAS(焦虑情绪)、SDS(抑郁情绪)进行。

1.4 统计学分析

应用 SPSS17.0 软件进行分析,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,以 t 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 NIHSS、FMA、Barthel 指数对比

由表 1 知,两组 NIHSS、FMA、Barthel 指数评分对比,有明显差异, $P < 0.05$, 体现为观察组 NIHSS 评分较低, FMA、Barthel 评分均较高。

表 1: 两组 NIHSS、FMA、Barthel 指数对比 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	FMA	NIHSS	Barthel 指数
对照组	69	24.08 ± 4.33	21.03 ± 6.39	51.27 ± 6.32
观察组	69	39.83 ± 7.65	12.87 ± 3.36	80.32 ± 11.27
t		12.483	11.208	9.382
P		0.028	0.016	0.013

2.2 两组心理状况对比

由表 2 知,经干预后,两组 SAS、SDS 评分对比,有明显差异, $P < 0.05$, 体现在观察组评分均较低。

表 2: 两组 SAS、SDS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	SAS	SDS
对照组	69	67.37 ± 6.09	55.92 ± 4.51
观察组	69	41.22 ± 4.78	46.83 ± 9.78
t		10.869	9.756
P		0.021	0.017

3 讨论

本次研究中给予高血压脑出血患者急诊护理干预,具体包括接到呼救电话后急速出诊,在出诊过程中保持通话,向其交代相关事项,询问具体病情;到达现场后评估患者病情,并以此进行相关处理,如吸氧、心电监护等,并建立静脉通路,保持呼吸道通畅,随后护送至医院急诊科。到达急诊监护室后保持头高位,

(下转第 119 页)

根据中华医学会呼吸病学分会制订的《肺血栓栓塞症诊断与治疗指南（草案）》，尿激酶溶栓治疗方案如下：负荷量 4400U/kg，静脉注射 10min，随后以 2200U/(kg·h) 持续静脉滴注 12h；另可考虑 2h 溶栓方案：以 20000U/kg 量持续静脉滴注 2h。

尿激酶不得用酸性液体稀释，以免药效下降，且溶解后易失活，因此，应现配现用。

2.4 溶栓后并发症的护理

出血倾向的观察：出血是溶栓后主要并发症。出血最常发生于血管穿刺部位，另外也可能发生自发性出血，如消化道出血、腹膜后出血和颅内出血。溶栓治疗大出血的平均发生率为 6.3% 左右。而最致命性的大出血为颅内出血，发生率为 1.2%。在溶栓治疗时，应该尽量降低出血的风险，避免静脉切开、动脉穿刺以及其他侵入性操作。本例患者胸外按压时间长，高达 1.5 小时，为预防肋骨骨折刺破胸膜血管，转入 ICU 后注意观察胃引流管，尿管，气道内有无血性液体引出，每 4 小时查一次血常规、血小板、出凝血时间、凝血酶原时间和纤维蛋白原等，维持 INR2.5 左右，调整抗凝剂量。注意动态复查监测血红蛋白水平，警惕活动性出血。

再灌注心律失常的观察护理：再灌注心律失常表现多样，但以室性心律失常多见，常发生突然，严重者可发生致死性室性心律失常，故护士应注意患者在胸痛明显缓解、无泵衰竭却突然出现快速室性心律失常时，疑为再灌注心律失常，及时同医生做好电复律等准备工作。

低血压状态的观察护理：溶栓引起的低血压状态发生率为 7.7%~16%，出现低血压状态时，无论其原因如何，都应暂时停溶栓治疗。对一般状态好的患者可单纯采用休克体位，加快输液速度使病情好转，严重者应及时使用升压药，首选多巴。

2.5 给予家属心理支持，减少纠纷发生

急性肺栓塞患者一般发病急、病情变化快，患者易出现惊慌、恐惧等心理变化。急性肺栓塞是难以预料的悲剧性事件，因此发生肺栓塞时对患者的家属是一个沉痛的打击，心理创伤巨大。护士给患者家属以心理支持和关怀，充分告知在积极抢救下依然可能无法挽回患者生命，以及长时间胸外按压后出现胸骨骨折等并发症，安慰患者家属，尽力解决一些实际困难，并充分理解家属的某些过激言行，尽量缓解家属的痛苦，避免和减少纠纷的发生。

3 小结

急性肺栓塞发病急骤，病情重，预后差，是目前医院中最常见的死亡原因之一。溶栓治疗是非常有效的治疗措施。由于溶栓治疗的时间窗有限，对有确诊溶栓指征的病例尽早开始溶栓治疗是取得良好治疗效果的关键。经验表明，护理人员需要全面掌握 DVT 及 APE 的相关知识，并提高自身对 APE 的相关抢救护理能力，在抢救治疗的多学科团队合作中，严密观察病情，充分做好脑保护，为患者成功救治提供具有专业价值的优质护理。护理工作中，应通过分析每个患者具备哪些危险因子，评估可能发生的风险程度，加强巡视及病情观察，及时给予预防性护理措施干预。

（上接第 115 页）

确合理饮食，在保证营养摄入的同时注重健康，主动给予患者心理护理，疏导负面情绪，帮助患者了解自身疾病知识，并掌握一定的保健知识，能够正确看待治疗并积极配合治疗，由被动就医转变为主动就医，与医护人员形成良好的沟通^[4]。

从研究结果来看，就两组患者的健康知识掌握度进行对比分析，发现干预组患者的健康知识掌握度评分显著高于参照组（ $P < 0.05$ ）；就两组患者的护理满意度进行对比分析，发现干预组患者的护理满意率为 97.33%，远高于参照组患者的护理满意率 85.33%（ $P < 0.05$ ）。

综上所述，治未病理论在护理健康教育中的应用具有显著的

效果，能够提升患者的健康知识掌握度，并且提升护理满意度，和谐护患关系，值得临床推广与应用。

【参考文献】

- [1] 郑萍, 陈雪莲. 中医治未病理论在脑卒中健康教育中的应用 [J]. 全科护理, 2011, 9(5):459-460.
- [2] 王晓琛. 中医“治未病”理论在预防中风护理健康教育中的运用浅析 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(19):2696-2696.
- [3] 唐娟. 中医“治未病”理论在防治糖尿病护理健康教育中的应用 [J]. 中外健康文摘, 2011, 8(27):356-357.
- [4] 梁彩云, 谢日升, 王亚军. “治未病”理论在类风湿性关节炎中医护理中的应用 [J]. 现代医院, 2014, 14(11):82-84.

（上接第 116 页）

密切观察生命体征，并给予降颅压、镇痛、镇静等处理；对于需行手术治疗者做好围术期护理，如术前向患者、家属讲述治疗必要性，在术后确保入住环境舒适，及时清理呼吸道分泌物，必要时吸痰等；最后做好心理疏导，以缓解不良情绪。由本次研究结果可知，给予高血压脑出血患者急诊护理干预，可提升运动、日常生活能力，改善预后，值得推广。

【参考文献】

- [1] 巴东才赛克, 孟克才次克. 急诊护理干预对高血压脑出血患者的预后影响评价 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(75):109+111.
- [2] 朱锦芳, 张猛, 沈建华, 余辉, 李华. 综合护理干预对高血压脑出血微创术患者预后的影响 [J]. 中外医学研究, 2018, 16(15):78-80.
- [3] 张杏婷. 高血压脑出血患者的急诊护理要点探究 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(13):243-244.

（上接第 117 页）

分组	n	非常满意	基本满意	不满意	总患者满意率
观察组	93	38 (40.86)	53 (56.99)	2 (2.15)	97.85%
对照组	93	20 (21.51)	62 (66.67)	11 (11.83)	88.17%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

护理管理中展开护士分级管理模式是当下护理管理的趋势，发挥不同能力护理人员的资源优势，做好工作分工，提升人力资源价值。同时这种管理可以让护理人员有更明确的上升空间感受，树立个人提升的目标感。要依据实际分层情况做好资源分配，保证资源价值最大化。管理要将人性化人为管理与制度化融合，人性化调节制度管理所不能注意到的细节问题与特殊情况，保证

护理人员对工作的归属感与获得感。

综上所述，护理管理中护士分级管理模式的运用可以有效的减少不良反应率，提升患者护理满意度等情况。

【参考文献】

- [1] 高淑瑞, 宋钝, 张金华等. 级点值晋级法在护士分级管理中的应用 [J]. 护理研究, 2017, 31(12):1474-1477.
- [2] 史惠珍. 护士分级管理在高血压脑出血病人中的应用价值分析 [J]. 养生保健指南, 2018, (5):281.
- [3] 江华. 优质护理与护士分级管理结合在神经外科护理管理中的应用 [J]. 山西职工医学院学报, 2017, 27(4):63-65.
- [4] 赵梅. 基层医院护理人员分级管理及分层培训实践 [J]. 世界临床医学, 2017, 11(18):235-236.