

M, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults [J]. Crit Care, 2014, 18(6): 658.

Physiotherapy in patients connected to support extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2015, 14: 58.

[19] SKENDROVIC A, KRALJEVIC A, JAVOR D.

(收稿日期: 2023-02-16 修回日期: 2023-07-14)

• 护理研究 •

全方位综合护理干预在血管性痴呆患者不良事件中的预防作用

吉利春¹, 王 川²

(重庆市第十三人民医院: 1. 胃肠神经外科; 2. 门诊部, 重庆 400053)

【摘要】目的 探讨全方位综合护理干预在血管性痴呆(VaD)患者不良事件中的预防作用, 以及对超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)变化的影响, 为临床护理提供参考。**方法** 将 2019 年 11 月至 2021 年 11 月该院收治的 90 例 VaD 患者, 采用随机数字表法按照患者入院时间的先后顺序将患者平均分成对照组和观察组, 每组 45 例。对照组患者使用常规护理, 观察组患者使用全方位综合干预。比较 2 组患者跌倒、用药错误、烫伤、坠床、走失、自杀等不良事件的发生率, 患者满意度及实施全方位综合护理干预后医生对护理服务的满意度, 检测 2 组患者 hs-CRP 水平变化。**结果** 观察组患者不良事件发生率(4.44%)明显较对照组(33.33%)低, 患者满意度较对照组高(95.56% vs. 71.11%)。实施全方位综合护理干预后, 观察组医生对护理服务满意度高于实施前(100.00% vs. 71.43%), 观察组患者 hs-CRP 水平 $[10.58 \pm 2.24 \text{ mg/L}]$ 低于对照组 $[14.39 \pm 3.13 \text{ mg/L}]$, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 全方位综合干预对于易出现的风险点能做出提前预知性预防, 从源头上防范不良事件的发生, 可有效降低 VaD 患者不良事件发生率及 hs-CRP 水平, 值得临床推广使用。

【关键词】 血管性痴呆; 全方位综合干预; 不良事件; 超敏 C 反应蛋白; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.16.026

中图法分类号: R47; R473.74

文章编号: 1009-5519(2023)16-2832-04

文献标识码: B

血管性痴呆(VaD)是一种由各种脑血管病变引起的以认知障碍为特征的痴呆综合征, 是一种慢性进行性疾病。研究发现, 炎性因子如白细胞介素-8(IL-8)、IL-6、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)等是引起痴呆的重要危险因素^[1-2]。炎症反应在 VaD 患者的疾病发生、发展中发挥重要的作用。通过检测患者血液中的炎性因子等指标, 有助于了解 VaD 的病情, 为临床提供参考^[3]。尤其是 hs-CRP 是脑血管病重要的炎症标志物, 与脑血管病的发生、发展、预后有密切的关系^[4]。VaD 的特点包括: 出现记忆障碍和至少 2 个其他认知领域, 包括定向、注意、语言词汇功能、视空间能力、计算、执行功能、习惯动作、抽象、判断能力的障碍, 且这些障碍足以引起日常生活能力和社会功能的缺损^[5-6]。

VaD 的治疗是一个长期过程, 目前尚无有效治疗药物^[7]。再加上 VaD 的疾病特点, 导致患者在住院期间易发生不良事件。因此, 在治疗期间采取有效的护理干预对于减少患者不良事件的发生及提升医患满意度具有重要意义。作者对本院收治的 VaD 患者施以全方位综合护理干预, 在不良事件控制中, 取得不错的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 11 月至 2021 年 11 月本院收治的 90 例 VaD 患者作为本次研究对象。所有

研究对象均符合 VaD 的 NINDS-AIREN 诊断标准, 简易精神状态检查(MMSE)评分小于 26 分, Hachinski 缺血量表(HIS)评分大于或等于 7 分。采用随机数字表法按照患者入院时间的先后顺序进行分组。在 Excel 电子表格中输入编号 1~90, 并同时生成 90 个随机数字, 对随机数字进行排序, 编号跟随随机数字排序进行调序, 固定编号顺序, 从上到下, 奇数位编号患者进入观察组, 偶数位编号患者进入对照组。按照患者的入院时间先后顺序对患者进行编号, 并按照已分配好的分组顺序依次入组, 把患者平均分成对照组($n=45$)和观察组($n=45$)。2 组患者性别、年龄、病种、MMSE 评分、HIS 评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 见表 1。本研究经医院医学伦理委员会审核通过, 所有患者均签署知情同意书。

1.2 方法 在不影响患者治疗的情况下, 2 组采用不同的护理方法。对照组患者使用常规护理, 主要包括密切监测患者病情、生命体征, 维持血压稳定, 同时给患者及家属行环境护理、健康教育、心理护理、呼吸道管理、用药指导、并发症防护等相关疾病知识宣教。观察组由 5 名经过统一培训的护士, 在患者住院期间指定 1 名责任护士专门对其实施全方位综合护理干预, 以保证干预效果的一致性, 具体措施如下。

1.2.1 科室成立安全管理小组 由护士长担任组

长,其余护士均为组员,并进行统一安全培训。明确各自的岗位职责、制度。每月召开安全管理会议,开展真实案例警示教育、评选月安全明星等活动,护士对患者实行分组的责任制整体护理,并将患者发生的

由护士因素造成的不良事件,与护士的评先、评优、月安全明星等绩效奖金挂钩,以此来提高全员的安全意识及安全防范能力,保证患者安全。

表 1 2 组患者基本情况比较

组别	n	性别(n)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病种(n)				MMSE 评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	HIS 评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	
		男	女		高血压性脑出血	脑梗死	蛛网膜下腔出血	慢性硬膜下血肿			脑血栓
对照组	45	28	17	68.9 \pm 7.7	21	12	6	4	2	19.7 \pm 3.2	11.8 \pm 2.7
观察组	45	29	16	69.3 \pm 8.2	20	13	5	5	2	20.6 \pm 4.3	12.4 \pm 3.1

1.2.2 加强环境设施管理 将科室的病床统一下降 100 mm,加用 80 mm 的床垫后病床的高度为 550 mm,符合《中华人民共和国行业标准:病床 YY0003-90》的 480~630 mm 病床高度标准^[8]。每班加强对床刹、轮椅、助行器、坐便器等检查,落实责任人;厕所及洗漱间增设了防滑垫、扶手及一键报警装置,加强对保洁人员的培训,确保地面干燥不湿滑;这些措施有效减少了患者坠床和跌倒。在征得家属同意后,定期对患者的抽屉进行检查,对刀具加强管理,并对病区内所有的窗户进行了限宽管理,防止患者自杀。对开水房加强管理,使用较多的时段增设 1 名护士维持秩序,预防烫伤。

1.2.3 对护士进行 VaD 相关知识的培训及优质护理 (1)定期对护士进行 VaD 相关知识的培训及考核,让护士明白患者不同阶段会发生何种不良事件,以及不良事件的预防及发生后的处理。运用各种评估量表对患者进行综合评估,如:压疮评估、跌倒评估、自理能力评估、坠床风险评估、疼痛评估、烫伤风险评估、管路滑脱风险评估等,对评估为中、高风险的患者在其床头悬挂醒目的相应标识。(2)护士站小黑板上注明:针对 VaD 患者,护士应加强巡视,进行重点交接班。对 VaD 患者多应用留置针、PICC、CVC 等方式来降低药液外渗的概率。对于管道较多的患者,恰当运用约束带等保护性用具,管道每班进行评估,及早拔管,减少非计划性拔管。将患者自备药品统一管理,所有药品由护士统一分发,并服药到口;减少患者用药错误。在患者的住院服荷包内放置防走失卡片,并联合保卫科对穿着住院服外出的患者加强管控,防止患者走失。(3)加强医护沟通,随时向医生

汇报患者病情,及时协助医生调整药物,让患者舒适,防止并发症的发生。

1.2.4 宣教方式的多样化 除传统的入院宣教外,增加了多样化的宣教方式,尽量粘贴至墙上公示,如入院须知、跌倒十二知、防烫伤须知、VaD 疾病相关知识宣教等。对失语及认知较差的患者,科室制作了相应的卡片及小视频,让患者更能直观地接受相应知识宣教;同时,对患者家属也进行 VaD 患者不良事件的宣教,增强了家属的安全意识,进一步保证了患者安全。

1.2.5 hs-CRP 检测 采用瑞士罗氏全自动生化分析仪。hs-CRP 检测作为医院常规检验项目,只收集各入组患者病历中的相应检测结果。

1.2.6 观察指标

1.2.6.1 不良事件发生情况 比较 2 组患者包括跌倒、用药错误、非计划性拔管、输液外渗、烫伤、坠床、走失、自杀等不良事件的发生情况。

1.2.6.2 满意度 比较 2 组患者的满意度,以及实施全方位综合护理干预后观察组医生对护理服务的满意度。

1.2.6.3 hs-CRP 水平变化 比较 2 组患者 hs-CRP 水平变化情况。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 23.0 统计软件进行数据处理,计数资料以率或构成比表示,进行 χ^2 检验。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者不良事件发生情况比较 观察组患者不良事件发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=8.48, P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者不良事件发生情况比较

组别	n	跌倒 (n)	用药错误 (n)	非计划性拔管 (n)	输液外渗 (n)	烫伤 (n)	坠床 (n)	走失 (n)	自杀 (n)	合计发生 [n(%)]
对照组	45	3	2	2	3	1	1	2	1	15(33.33)
观察组	45	1	0	0	1	0	0	0	0	2(4.44) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 2 组满意度情况比较 观察组患者满意度高于对照组,差异均有统计学意义($\chi^2=9.68, P<0.05$)。见表 3。实施全方位综合护理干预后,观察组医生对护理服务的满意度高于实施前,差异均有统计学意义($\chi^2=7.00, P<0.05$)。见表 4。

表 3 2 组患者满意度比较

组别	n	非常满意 (n)	满意 (n)	不满意 (n)	满意度 [n(%)]
对照组	45	7	25	13	32(71.11)
观察组	45	32	11	2	43(95.56) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

表 4 实施前后观察组医生对护理服务的满意度比较

时间	n	非常满意 (n)	满意 (n)	不满意 (n)	满意度 [n(%)]
实施前	21	7	8	6	15(71.43)
实施后	21	16	5	0	21(100.00) ^a

注:与实施前比较,^a $P<0.05$ 。

2.3 2 组患者 hs-CRP 水平比较 对照组 hs-CRP 水平为(14.39±3.13)mg/L,明显高于观察组的(10.58±2.24)mg/L,差异有统计学意义($t=4.26, P=0.002$)。

3 讨 论

近些年,随着老年人脑血管疾病的高发,VaD 的发病率越来越高。有资料显示,VaD 在全部老年期痴呆中的占比达到 20%^[9-10]。痴呆患者引起认知障碍,脑血管病变引起运动障碍,VaD 患者均有认知及运动障碍,极易导致跌倒、用药错误、非计划性拔管、输液外渗、烫伤、坠床、走失、自杀等不良事件。再加上 VaD 群体量大,发生不良事件的数量较多,对患者生活质量及医院的管理造成极大负面影响。

本研究结果显示,观察组不良事件总发生率较对照组明显降低,患者满意度也高于对照组,实施全方位综合干预后医务人员对护理服务满意度高于实施前。全方位综合干预可明显降低不良事件发生率,作者分析原因:护理人员对 VaD 疾病本身,以及对 VaD 不良事件发生都有了新的认识,并加强了各个环节的管理,这是减少不良事件发生的主要原因;通过培训,护士和医生的配合更默契,且医生更支持护理工作;患者家属也积极配合医护人员的治疗和护理,对减轻患者心理负担和康复都起到了积极作用。综上所述,通过全方位综合护理干预形成了全员参与管理,人人都是责任人的良好氛围^[11]。对于易出现的风险点能做出提前预知性预防,从源头上减少不良事件的发生,有效降低了 VaD 患者不良事件的发生率。

hs-CRP 是一种非常敏感、非特异性、全身性的炎症指标之一,其是炎症急性时相由肝细胞产生的一种非糖基化聚合蛋白,其水平升高已被证实可增加 AD

和 VaD 发病风险^[12-13]。其主要机制是加重血管负担,能加速痴呆的病理过程,最终引起痴呆^[1]。本研究表明,通过实施全方位综合护理干预后的观察组 hs-CRP 水平低于对照组,2 组间差异有统计学意义($P<0.05$),但 2 组结果均高于正常参考值。这一结果表明 VaD 患者炎症因子水平高于健康人,但通过综合护理干预可以改变 VaD 患者的炎症状态,通过检测 hs-CRP 可对 VaD 生活质量评估提供参考,具有较大临床意义。但本研究存在不足之处,未对照检测治疗药物对 hs-CRP 的影响,在以后的研究中将逐步完善。

参考文献

- [1] 陈本伟,李艳. 血管性痴呆患者血浆凝血及炎症因子变化的临床意义[J]. 血栓与止血学,2022,28(3):974-975.
- [2] 黄忠,高国勋,曾义,等. 老年痴呆患者脂糖代谢指标及血清 CRP、IL-6 和 TNF- α 的表达及临床意义[J]. 现代生物医学进展,2020,20(14):2740-2744.
- [3] 张冀燕,程薇,鲁丽平. 血清 sFas、MIF、Klotho 蛋白与血管性痴呆患者认知功能和预后的关系研究[J]. 检验医学与临床,2022,19(24):3313-3317.
- [4] 杨小燕,张永超. hs-CRP 评估血管性痴呆患者临床治疗价值的价值[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2019,16(5):138-141.
- [5] 司玉红. 艾地苯醌联合尼莫地平治疗血管性痴呆的疗效及对 TNF- α 与 CRP 和 IL-6 水平的影响[J]. 医药论坛杂志,2021,42(21):123-125.
- [6] 辛家厚,杨玲玲,汪青松,等. 奥拉西坦+尼莫地平治疗脑梗死后血管性痴呆有效性及对氧化应激反应、血液流变学的影响[J]. 中国老年学杂志,2022,42(12):5938-5941.
- [7] 王瑛慧. 优质护理对血管性痴呆患者认知功能的影响[J]. 中国医药指南,2020,18(5):203.
- [8] 国家医药管理局. 中华人民共和国行业标准:病床(YY 0003-90)[S]. 北京:中国标准出版社,1991:1.
- [9] 许倩瑜,李巧薇,张婉容. 同理心护理联合康复训练对住院老年血管性痴呆患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2018,24(7):243-244.
- [10] 杨红彦,张颖,陈盼盼,等. 不同抗痴呆药物治疗血管性痴呆的网状 meta 分析[J]. 现代医药卫生,2020,36(19):3085-3090.
- [11] 郑萍,王美英,戴明慧. 全方位综合干预在跌倒不良事件中的应用[J]. 中国卫生标准管理,2020,23(11):163-165.
- [12] 彭思思,章军建. 血管性认知障碍的血液生物标

志物研究进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2017, 12(5):423-426

[13] 张会芹, 李浩, 韦云. 血管性痴呆神经功能缺损预测因子的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管

病杂志, 2020, 18(16):2612-2614.

(收稿日期:2023-01-11 修回日期:2023-07-10)

• 护理研究 •

爆炸致创伤严重复合伤患者精细化护理

袁俊强, 姚娟[△]

(中国人民解放军陆军特色医学中心重症医学科, 重庆 400042)

[摘要] 该文总结 1 例爆炸致复合伤(创伤严重程度评分 50 分)患者的精细化护理。护理要点包括专科护理化的组织管理、气道护理、烧伤皮肤护理、心理护理、营养护理、疼痛护理。经积极救治及精心护理, 患者病情平稳, 恢复良好转至普通科室。

[关键词] 爆炸复合伤; 救治; 精心护理; 个案护理

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.16.027

文章编号:1009-5519(2023)16-2835-04

中图法分类号:R473.5

文献标识码:B

爆炸复合伤是一种最难急救的创伤类之一, 其核心是难以诊断, 难以把握救治时期, 并发症多, 护理要求高、难度大^[1]。本院收治 1 例爆炸致复合伤[创伤严重程度(ISS)评分 50 分]患者, 在全院多学科合作下, 经过 16 d 的救治及精细化护理, 患者恢复良好, 现将其护理经验总结如下。

1 临床资料

患者, 男, 50 岁, 因“高动力性爆炸伤”于当地医院治疗 1.5 d, 期间进行复温、液体复苏及抗休克治疗, 行左大腿截肢术+右大腿撕脱伤清创缝合术+原位植皮术 8%(右下肢)+面部烧伤清创冲洗术, 病情危重, 于 2022 年 1 月 9 日转入本院 ICU 治疗。入院诊断:(1)爆炸复合伤;(2)吸入性损伤;(3)肺冲击伤;(4)颌面部损伤;(5)体表烧伤及全身多处皮肤挫伤。入院 24 h 内行:(1)气管切开术;(2)头皮清创缝合异物取出术;(3)剖腹探查+升结肠浆膜层破裂修补术;(4)右下肢及左大腿残端清创负压引流术。在患者入住 ICU 期间, 通过精细化的气道护理 14 d、烧伤创面护理 12 d、心理护理干预、营养支持 12 d 及抗感染、维持内环境稳定等治疗, 16 d 后病情稳定, 转入本院创伤外科进行后续康复治疗。

2 护 理

2.1 专科护理化的组织管理 医院高度重视, 抽调创伤科、骨科、颌面外科及 ICU 高年资护士 5 名、责任组长 1 名。每班由 2 名护士、1 名责任组长负责患者的治疗护理工作, 实行 12 h 工作制, 减少交接班环节, 进行连续性护理。责任组长全程参与医疗会诊及病

情讨论, 根据患者病情调整和制订护理计划并及时培训特护小组护理人员的护理技术。

2.2 气道护理 烧伤导致的吸入性损伤患者, 其气道内出现黏稠分泌物, 若不及时清除脱落的黏膜及坏死组织, 很容易引发肺部感染^[2], 甚至呼吸困难导致急性呼吸窘迫综合征(ARDS)或者呼吸骤停。因此, 有效清除呼吸道分泌物是吸入性损伤贯穿始终的管理重点^[3]。故气道护理是呼吸道管理的关键。

2.2.1 吸痰护理 在早期, 患者气道黏膜的严重损伤、烧伤后创面及手术伤口疼痛等原因使患者处于深度镇静状态(RASS 镇静程度评估表评分: -3~-4 分), 导致呼吸道纤毛运动消失, 自主咳嗽能力减弱, 有气道内分泌物阻塞引发窒息的风险。常规的开放式或密闭式的吸痰护理因气道的可视度低, 盲目的吸痰会对气道黏膜造成二次损伤, 同时也会加重气道护理的困难, 因此, 在前 3 d 内主要以纤维支气管镜(纤支镜)肺泡灌洗为主, 以浅部(主支气管)的常规吸痰为辅。3 d 后, 在进行纤支镜肺泡灌洗的时候观察到患者气道内黏稠分泌物减少, 无脱落的黏膜及坏死组织, 故调整镇静状态(RASS 评分: 0~-2 分), 该阶段主要促进患者自主咳痰为前提下进行吸痰, 因此护理组在常规吸痰基础之上进行改良, 吸痰时采用密闭式吸痰软管, 吸痰前给予 2 min 纯氧支持, 吸痰时置入气管切开套管内, 当吸痰软管进入气管分叉隆凸处时, 后退约 1 cm, 滞留片刻, 同时使用拇指对吸痰管末端处进行持续按压, 从而形成负压, 当吸痰软管未压变形时, 则左右旋转 180°的同时进行提拉吸痰, 这个

[△] 通信作者, E-mail: yaoj105@163.com。