

· 论著 ·

快速康复外科联合前瞻性干预在蛛网膜下腔出血中应用价值分析

邓惠玲*

天津市第三中心医院分院护理部 (天津 300250)

【摘要】目的 分析快速康复外科(FTS)+前瞻性护理用于蛛网膜下腔出血(SAH)中价值。**方法** 随机数字表法将天津市某三级甲等医院神经外科2019年3月至2020年7月住院76例SAH患者分为对照组(常规护理)和试验组(FTS+前瞻性护理), 各组38例。观察术后机体恢复情况(肠鸣音恢复时间、排便恢复时间、首次下床活动时间)以及神经功能量表(ESS)、日常生活能力量表(ADL)、抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评分和并发症。**结果** 与对照组比较, 试验组肠鸣音恢复时间、排便恢复时间和首次下床活动时间更短, ESS、ADL得分更高, SDS、SAS得分更低; 试验组并发症发生率(7.89%)低于对照组(39.47%), 两组上述比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** FTS+前瞻性护理能促进SHA术后康复, 缓解负性情绪, 值得应用。

【关键词】 快速康复; 前瞻性护理; 蛛网膜下腔出血; 负性情绪; 并发症

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2023.02.010

Value Analysis of Rapid Rehabilitation Surgery Combined with Prospective Intervention in Subarachnoid Hemorrhage

DENG Hui-ling*

Department of Nursing, Branch of Tianjin Third Central Hospital, Tianjin 300250, China

Abstract: Objective The paper explored value of fast track surgery (FTS) and prospective nursing in postoperative period of subarachnoid hemorrhage (SAH) patients. **Methods** 76 SAH patients in neurosurgery department of a tertiary hospital in Tianjin from March 2019 to July 2020 were randomly divided into experimental group (prospective nursing guided by FTS) and control group (routine nursing) with 38 cases in each group. Recovery of body (recovery time of bowel sounds and defecation, first time out of bed activity) and scores of neurological function scale (ESS), activity of daily living scale (ADL), self rating Depression Scale (SDS), self-rating Anxiety Scale (SAS) and complications were observed. **Results** Compared with control group, experimental group had shorter recovery time of bowel sounds, defecation and first getting out of bed, higher ESS and ADL scores, and lower SDS and SAS scores; Incidence of complications in experimental group (7.89%) was lower than control group (39.47%). The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** FTS and prospective nursing can promote postoperative rehabilitation of SHA and alleviate negative emotions, it is worthy of promotion.

Keywords: Rapid Rehabilitation; FTS; Subarachnoid Hemorrhage; Complication; Negative Emotion

蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)是外伤所致以脑积水、脑梗死为主要病理改变的神经外科常见疾病, 致残率、致死率高, 手术虽能缓解病情, 改善预后, 但术后并发症多, 导致患者机体痛苦和经济负担加重^[1]。促使SAH康复不仅需要高超的手术治疗, 还需要围术期良好的护理配合, 常规护理一般在出现问题后进行解决, 在预防并发症、护理不良事件等方面不尽人意, 此外当下我国医疗资源较紧张, 因此要求缩短住院时间, 使患者尽快达到出院要求, 且患者自身也渴望早日康复, 常规护理已经难以适应当下日益增长的护理需求。快速康复外科护理成为近年来各科室护理研究热点之一; 快速康复外科(fast-track surgery, FTS)是指优化围术期诸多处理措施, 从而缓解手术带来的应激反应, 减少围术期并发症, 缩短患者住院时间, 促进患者康复的过程。随着FTS在临床科室广泛应用, 对康复护理提出更高要求, 需要以不断提高护理质量, 减少术后并发症, 促进康复为目标。前瞻性护理是一种防范于未然的护理理念, 前瞻性是基础, 这种护理工作模式以持之以恒的预防为指导思想, 从思维、制度、文化等方面进行改善, 建立一个安全的护理工作系统, 使管理者终末式监控行为向积极预防和监控的工作模式转变, 从而提供主动的、带有预见性的护理干预, 能最大限度减少不良事件。目前前瞻性护理被广泛应用于手术室护理、病房风险管理、消毒供应中心管理等, 取得良好结局。为了提高SAH围术期护理质量, 促进患者康复, 减少并发症, 本研究对SAH患者实施FTS和前瞻性护理, 分析使用价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 随机数字表法将天津市某三级甲等医院神经外科

2019年3月至2020年7月住院76例SAH患者分为2组。

纳入标准: 18~79岁; 签署知情同意书; 符合2019年中国SAH诊断标准和手术指征, 颈头颅CT检查诊断; Hunt-Hess分级低于三级; 首次发病。排除标准: 外伤导致的SAH; 不同部位恶性肿瘤; 凝血功能异常; 颅内感染、全身重度感染、休克、颈椎高段脊髓压迫病变; 精神疾病史、脑出血病史、严重脏器疾病、泌尿系感染; 中途因任何原因主动退出研究。试验组: 38例, 男20例, 女18例; 平均(49.33±5.53)岁; 出血原因: 自发15例, 外伤23例; 出血部位: 大脑半球9例, 基底节环池29例。对照组: 3例, 男23例, 女15例; 平均(50.11±2.70)岁; 出血原因: 自发16例, 外伤22例; 出血部位: 大脑半球11例, 基底节环池27例。两组上述资料比较, $P>0.05$, 组间有可比性。研究获得医院伦理委员会批准。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 行健康教育、用药指导、体征监测、术后药物镇痛等常规护理; 包括术前告知手术流程 and 安全性, 指导术前准备和术后基本照顾内容, 协助患者按摩、调整体位等, 术后禁食24h, 术后24h采用流食, 坚持低脂肪、低盐、高维生素和高蛋白质饮食, 减少探视次数, 保持环境安静, 为患者提供良好睡眠质量等。术中保温、营养指出、呼吸道护理、疼痛护理、康复训练, 重点在于促进术后康复。

1.2.2 试验组FTS+前瞻性护理 (1)术前宣教: 术前1d告知手术预期效果、安全性、术后可能出现的并发症; 使患者架起家属了解手术重要性和手术流程, 提高治疗信心, 缓解术前紧张和焦虑情绪。(2)术中保温: 室温24℃~26℃, 湿度45%~55%; 预热液体至36℃~37℃; 输液总量≤2000mL。(3)营养支持: 经胃管肠内营养总量>200mL, 分6~8次; 清醒后拔除胃管, 量化营养物质摄入,

【第一作者】邓惠玲, 女, 主管护师, 主要研究方向: 神经内科康复。E-mail: dddxq123@126.com

【通讯作者】邓惠玲

以低脂、低糖食物为主。(4)呼吸道护理：指导有效咳嗽，深吸气1次并咳嗽3次，咳嗽停止后呼气；振动排痰仪排痰或增加雾化吸入。(5)泌尿系统护理：增加饮水，尿袋每3d更换一次，保持与床高差<10cm，转运前夹闭尿管。(6)疼痛护理：听音乐、观看视频转移注意力；给予头部按摩、冷敷。(7)预防再出血：取头高脚底位，固定头部，避免用力咳嗽、排便、打喷嚏，密切监测血压。(8)预防下肢静脉血栓：加强下肢静脉血栓预防，动脉瘤性SAH患者在动脉瘤治疗前穿戴弹力袜或使用气囊间歇性减压装置预防该并发症，当患者已经有下肢深静脉血栓相关征兆时，在患者夹闭手术完成后的12h之后才能使用低分子肝素，在栓塞手术后可马上给予低分子肝素。(9)预防便秘：采用咀嚼运动护理，向患者提供益达牌无糖含木糖醇的口香糖，分早、中、晚进行，均在餐前30min~1h进行，每次咀嚼2粒，每次咀嚼15~20min，咀嚼频率为30次·min⁻¹，咀嚼时由照护人员督促，避免患者在平卧状态和咳嗽状态下咀嚼，预防误吸、窒息，观察是否有下巴疼痛等情况，干预到患者出院。给予经皮穴位电刺激，从术后2d开始，用广州龙之杰科技有限公司LG-2200H低频电刺激治疗仪进行护理，患者取舒适卧位，暴露大肠腧、上巨虚、天枢三个穴位，对穴位皮肤进行消毒清洁，毛发过多进行备皮，护理人员用食指、木质按压天枢、上巨虚和大肠腧，至酸麻、胀等得气感，之后将电极片贴在穴位，练级仪器导线，同侧肢体穴位连接导线，电压16~28V，频率20Hz，以患者耐受为佳，每次30min，每日上午和下午进行，干预至出院。(10)康复训练：踝泵运动，进行足背过伸、过屈，脚趾尖上交和下压训练，各动作停留5s，每组20次，每组30min；指导体位摆放、肢体被动活动、坐位训练、按摩受压部位等。

1.3 观察指标

1.3.1 术后机体恢复 记录肠鸣音、排便恢复时间及下床活动时间。1.3.2 各量表的改善情况 记录入院和出院神经功能量表(ESS)、日常生活能力量表(ADL)；ESS(0~45分，分值越高表示神经缺损越重)^[2]、ADL(0~100分，分值越高则日常活动能力越强)^[3]。入院和出院记录抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)分值。1.3.3 并发症 记录泌尿系感染、再出血、头疼、便秘等并发症发生率。1.4 统计学分析 SPSS 21.0处理数据。计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，t检验；计数资料采用“%”表示， χ^2 检验、以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后机体恢复指标 与对照组比较，试验组肠鸣音恢复时间、排便和下床活动时间更短，P<0.05，见表1。

组别	肠鸣音恢复(h)	排便恢复(d)	首次下床活动(d)
试验组	10.12±2.14	2.89±0.21	5.18±0.32
对照组	15.54±2.43	3.75±0.31	7.59±0.61
t	10.319	14.159	21.567
P	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组各量表比较 入院时两组ESS、ADL、SAS、SDS得分比较，P>0.05；出院时，试验组ESS、ADL高于对照组，SAS、SDS低于对照组，P<0.001，见表2。

2.3 并发症 观察组并发症发生率较对照组低，P<0.05，见表3。

表2 两组ESS、ADL、SAS、SDS比较(分, n=38)

组别	ESS		ADL		SAS		SDS	
	入院时	出院时	入院时	入院时	出院时	出院时	入院时	出院时
试验组	39.45±4.43	85.54±4.76	55.85±6.65	50.93±6.63	40.54±5.29	46.19±5.23	30.32±4.18	66.54±5.29
对照组	39.52±3.98	77.46±5.61	56.02±5.19	51.04±4.98	45.78±6.13	54.43±6.12	30.55±5.17	45.78±6.13
t	0.073	65.421	0.124	0.082	3.989	6.310	0.213	15.803
P	0.94	<0.001	0.90	0.93	0.0002	<0.001	0.83	<0.001

注：与试验组入院时比较，^{*}P<0.05；与对照组入院时比较，[#]P<0.05。

表3 两组并发症发生率对比(n(%), n=38)

组别	泌尿系感染	再出血	头痛	压疮	便秘	呼吸系统感染	总发生率
试验组	0	1	2	0	0	0	3(7.89)
对照组	1	4	4	1	6	1	15(39.47)
χ^2	-	-	-	-	-	-	10.483
P	-	-	-	-	-	-	0.0012

3 讨论

前瞻性护理是在各种并发症、护理不良事件发生前采取预见性的护理措施，以达到预防或降低其发生概率的目的。FTS是循证医学证实有效促进术后康复的措施。本研究结合二者用于SAH中，其中属于快速康复护理内容，泌尿系统护理、预防再出血、预防下肢静脉血栓、预防便秘属于前瞻性护理，重点在于预防并发症，干预后取得良好结局。试验组肠鸣音恢复时间、排便及下床活动时间早于对照组。术后量化营养保证营养供给促进胃肠恢复，早期床上活动促进促进排便；逐渐增加训练强度，使患者在不同恢复阶段改善肢体功能，促进下床，并刺激神经功能修复，提高生活活动能力^[4-5]。这也是试验组出院时ESS、ADL分值高于对照组的重要原因。试验组并发症更少是因为术前健康教育使患者对并发症和预防有一定认知，能够积极配合护理，减少并发症风险。手术室综合保温措施减少机体刺激，提高耐手术能力，降低并发症风险。营养支持提供充足能量，确保营养均能，增强身体机能，能预防并发

症。排痰训练和振动排痰仪等的应用能有效帮助痰液排除，尤其对咳嗽能力差、有痰痂形成的患者效果好，避免细菌定植引发呼吸系统感染^[6]。泌尿系统护理通过促进排尿预防尿潴留发生，合理使用导尿管和尿袋，能避免细菌定植引起感染以及膀胱压力性损伤。物理和心理护理结合，降低疼痛阈值，缓解负性情绪，试验组SAS、SDS分值低于对照组于此有关^[7-8]。此外，咳嗽和打喷嚏管理，密切观察血压，能预防血压一过性升高导致再出血。便秘是SHA常见并发症，其发病率为30%~60%，发生的原因有：SAH典型症状为脑膜刺激征、头痛等，疼痛较重后患者普遍使用镇痛镇定药物，且手术使用的镇痛镇定药物剂量较大，导致术后胃肠道能活动戒律紊乱，黏膜分泌功能异常，胃肠蠕动慢，长期不排便，大便干结，排出困难^[9]；脱水利尿药物(甘露醇等)在该病围术期使用较多，静脉注射这类药物会导致血浆渗透压上升，导致细胞中水分渗透到组织内，组织间隙水分转移到血浆，水分经肾小球滤过后在肾小管中重吸收较少，通过渗透利尿导致患者体内大量水分被排出体外，且肠壁和肠腔中的分泌物和大便也会

快速多次渗透,导致大便量少、大便干结,导致排便困难,容易便秘;为了预防再出血,指南要求患者长期卧床,然而这会导致患者肠蠕动减弱,便秘风险增加。而便秘是再出血常见诱因,预防便秘也是预防再出血的重要项目。本研究诸多并发症中,试验组与对照组发生差别最大的便秘,对照组发生6例,试验组未发生,这与咀嚼口香糖有重要关系。咀嚼口香糖是一种假饲行为,模仿进食动作对口腔形成刺激,通过激活迷走神经通路,促进肠肌电活动,增加胃泌素释放,并促使唾液、胰液分泌,改善胃肠蠕动,有效预防便秘,且咀嚼不会给患者带来不适感,患者接受程度高,容易坚持,成本低,利于推广^[10]。经皮穴位电刺激结合传统中医经络理论和西方经皮肾镜电刺激技术,目前在多种疾病护理中广泛应用,操作方便,无创,能帮助镇痛,本研究所取穴位能调畅气机,通腑导滞,刺激上述穴位能有效改善胃肠蠕动,预防便秘。

综上所述,FTS+前瞻性护理能促进SHA患者术后神经功能、日常活动能力恢复,缓解负性情绪,减少并发症。

参考文献

- [1] 王旭, 王芳. 局部亚低温联合行为护理干预对SAH患者康复进程的影响[J]. 现代医学, 2020, 48(4): 540-543.

- [2] 石蕾, 吳培. 前瞻性護理對SAH患者腦血管痊癒、神經功能及康復的影響[J]. 河北醫藥, 2020, 42(12): 1915-1917.
- [3] 劉俊青, 郭佳華, 張美紅, 等. 快速康復外科理念在上消化道潰瘍穿孔圍手術期護理中的應用價值[J]. 罕少疾病雜誌, 2019, 26(6): 74-76
- [4] 折盼, 白利芬, 劉春霞. 快速康復外科理念對腦出血手術患者康復療效及生化指標的影響[J]. 血栓與止血學, 2019, 25(5): 834-836.
- [5] 高玉蘭, 耿黎霞, 張倩. 快速康復外科理念在顱內腦瘤患者圍手術期護理中的應用效果[J]. 中國腫瘤臨床與康復, 2019, 26(5): 617-620.
- [6] 尹璐, 黃妹, 許峰, 等. 顱內血腫微創抽吸治療高血壓腦出血中預見性護理的效果[J]. 中國實用神經疾病雜誌, 2020, 23(19): 1728-1732.
- [7] 王婷婷, 李春霞. 綜合性護理在蛛網膜下腔出血顱內動脈瘤介入栓塞圍手術期的應用[J]. 河南醫學研究, 2020, 29(13): 2466-2467.
- [8] 榮向霞, 黃冠敏, 黃艳, 等. 加速康復外科護理在動脈瘤性蛛網膜下腔出血患者圍手術期的應用效果[J]. 安徽醫學, 2019, 40(9): 1060-1062.
- [9] 吳建林. 快速康復外科護理在高血壓腦出血微創手術患者中的應用[J]. 養生保健指南, 2021, 11(4): 212.
- [10] 朱雪芹, 王雅玲, 陳小芳. 高血壓腦出血患者行多學科協作快速康復外科手術室護理的研究[J]. 心血管病防治知識, 2020, 10(16): 82-84.

(收稿日期: 2022-08-24)

(校对编辑: 姚丽娜)

(上接第 14 页)

2 讨 论

脊柱椎体侵袭性血管瘤通常是指具有侵袭性生长征象的椎体血管瘤,主要表现为椎体及附件区骨质膨胀性破坏,或形成椎旁软组织肿块。通常根据各种血管成分的数量多少分为海绵状血管瘤、毛细血管性血管瘤、混合性血管瘤^[1]。

脊柱侵袭性血管瘤的侵袭性多见于病变椎体的骨结构破坏、椎旁软组织肿块的形成、脊髓神经根的压迫以及脊髓侵袭等方面^[2]。在MR影像上部分侵袭性血管瘤表现出一些侵袭性特征，但它对神经及脊髓的压迫相对较轻，临床表现上无压迫症状发生，但绝大多数侵袭性血管瘤最终发展为压迫症状的血管瘤。椎体侵袭型血管瘤压迫症状主要表现为4种机制^[3-5]：(1)椎体及椎弓根膨胀性扩大，导致相应的椎管腔变形及狭窄(最常见)；(2)肿瘤硬膜外延伸可突破椎管形成椎旁软组织肿块；(3)受累椎体骨小梁中断压缩性骨折；肿瘤出血，引起椎管内腔狭窄。脊椎侵袭性血管瘤突破椎体向椎旁生长可形成椎旁软组织肿块同时伴有骨的吸收破坏。陈首名等^[6]研究表明，病灶侵袭程度与肿瘤体内脂肪含量呈负相关性，肿瘤体内血管成分较多，强化扫描后强化特征明显。MR可明确显示病灶的累积范围，可为临床治疗和预后提供参考。

常见的椎体骨破坏病变包括转移瘤、骨髓瘤、骨巨细胞瘤、嗜酸性肉芽肿等。转移瘤多见于老年人,有原发肿瘤临床病史,以溶骨性骨破坏为主,多不伴有骨质疏松,椎弓骨质破坏常见。骨髓瘤实验室检查本周蛋白增高、多发,常累及中轴骨,早期椎体出现弥漫性骨质

疏松,后期呈穿孔样、鼠咬状骨质破坏,无硬化边,T₁WI多发散在点状低信号,好发于胸椎,椎弓多不受累。骨巨细胞瘤多发于青中年,椎体明显膨胀性、偏心性改变,边缘无硬化边,有完整的骨包壳,可形成软组织肿瘤,常侵及附件、椎间盘和邻近椎体。嗜酸性肉芽肿多见于儿童,多脏器受累,呈溶骨性骨质破坏多见,椎体压缩成薄板状,椎间隙未受累无异常,可出现椎旁软组织肿胀。

参考文献

- [1] Pastushyn A I, Slin' ko EI, Mirzoyeva GM. Vertebral hemangiomas: Diagnosis, management, natural history and clinicopathological correlates in 86 patients [J]. Surg Neurol, 1998, 50: 535-547.
- [2] 陈金勇, 陈方明, 黄文华. STIR技术全脊柱MRI诊断非相邻椎体损伤的价值[J]. 实用放射学杂志 2013, 29(1): 77-80.
- [3] Shah K C, Chacho AG. Extensive vertebral haemangioma with cord compression in two patients: review of the literature[J]. Br J Neurosurg, 2004, 18: 250-252.
- [4] Puvaneswary M, Cuganesan R, Barbarawi M, et al. Vertebral haemangioma causing cord compression: MRI findings [J]. Australas Radiol, 2003, 47: 190-193.
- [5] Doppman J L, Oldfield E H, Hejss J D. Symptomatic vertebral hemangiomas: treatment by means of direct intraleisional injection of ethanol [J]. Radiology, 2004, 4: 595-600.
- [6] 陈首名, 左斌, 李光纪, 等. MRI在脊柱血管瘤临床诊断中的应用价值探讨[J]. 中国医药导刊. 2013, 9(11): 1460-1461.

(收稿日期：2022-07-28)

(校对编辑：姚丽娜)