

· 护理技术 ·

全程护理在 1 例胸椎硬脊膜动静脉瘘患者的实施与评价

胡 娜 厉春林 章 帆

【摘要】目的 通过对 1 例胸椎硬脊膜动静脉瘘患者实施全程护理,评价护理效果。**方法** 应用全程护理理念,护理人员扮演全程管理责任人角色。从患者入院起,详细进行入院宣教及评估,做好充分的术前准备及指导,包括烫伤、深静脉血栓等特殊风险管理;术后密切观察病情变化,做好并发症的预防及护理,正确指导各项功能锻炼和落实相关健康教育,利用自护能力执行量表(ESCA)及 TDL 生命质量测定表反馈全程护理理念实施效果。**结果** 此例患者在全程护理下 ESCA 及 TDL 生命质量测定表得分均有明显提高。**结论** 全程护理可明显改善患者生活质量,体现“以患者为中心”的护理内涵,获得满意效果。

【关键词】 硬脊膜动静脉瘘;压疮;全程护理;效果

【文章编号】 1009-153X(2015)12-0759-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 744.1; R 473.6

全程护理管理是一个连续合作的过程,在持续诊疗护理的全过程中,责任护士充当全程管理责任人的角色,给予患者悉心全程照顾,提供优质护理服务。2013 年 8 月我科收治 1 例胸椎硬脊膜动静脉瘘并发压疮患者。针对此特殊病例,我科应用全程护理理念积极配合诊治,获得满意效果,现报告如下。

1 病例资料

患者,男,69 岁。因双下肢无力进行性加重 1 年伴大小便失禁半个月入院。1 年前,劳累后突发双下肢无力,行走不稳,休息后自行好转。当地医院 MRI 检查示椎间盘突出,胸段脊髓中央管扩张,脊髓信号增强。对症治疗,未见明显好转。近半年,双下肢无力发作较前频繁,发作间歇可自行行走。当地医院建议内科保守治疗。1 个月前,患者双下肢无力加重,半月内出现大、小便失禁,双下肢肌力明显减退,不能行走,伴双下肢浅感觉减退,左侧为重。入院体格检查:双下肢肿胀,骶尾部存在Ⅱ度压疮,面积为 3 cm×2 cm;双上肢肌力正常,左下肢肌力Ⅲ级,右下肢肌力Ⅲ级,双下肢小腿肌肉萎缩,双下肢感觉减退,左侧较右侧重;大、小便失禁。行脊髓血管造影示胸₈脊髓动静脉瘘。在全麻下,行右侧胸₈硬脊膜动静脉瘘瘘口切断术。住院 26 d 后出院,出院时膝关节以下感觉减退明显好转,感觉平面下移

至膝关节平面,双下肢肌力Ⅲ级,大便能部分控制,留置导尿管,骶尾部压疮治愈。术后 3 个月复查,无小便失禁,大便规律。

2 全程护理实施

2.1 组建全程护理团队 由于该个案少见,同时合并压疮,护理难度大,由经验丰富的高年资护理人员组成全程护理团队,主管护师 1 名,护师 2 名,邀请伤口造口师及营养师予以专业指导。根据不同护理阶段实施全程护理。

2.2 全程护理实施内容及评价标准 全程分别在入院护理、术前护理、术后护理及出院随访中使用两类评估量表,及时追踪反馈患者实施护理措施效果。量表内容为自护能力执行量表(exercise of self-care agency scale, ESCA)及 TDL 生命质量测定表。ESCA 包含 4 个维度 43 个条目:自我概念、自护责任感、自我护理技能、自我护理知识;每个条目 0~4 分,总分为 172 分;>总分的 66% 为高水平,33%~66% 为中等水平,<33% 为低水平;得分越高,说明患者的自我护理能力水平越高。TDL 生命质量测定表主要内容 16 项,覆盖生命质量的 5 个主要方面,即身体方面、心理方面、社会方面、尽职责的能力以及自我健康意识,100 分为最高分。

2.3 术前护理

2.3.1 日常护理 患者长期卧床合并有压疮,机体能量消耗较大,营养师根据每日能量消耗指导进食高热量、高蛋白、粗纤维素饮食,以提高机体机能,促进压疮愈合。指导患者进行腹部按摩,以脐为中心,顺

时针方向按摩腹部,每日3~5次,每次5~10 min,促进肠蠕动,预防便秘。注意观察排便情况,必要时使用开塞露,甘油灌肠剂等通便。

2.3.2 压疮护理 压疮伤口呈红色,存在新鲜肉芽组织,无明显分泌物。在伤口造口师会诊后拟定压疮护理方案,定时进行压疮换药,每次换药前先给予生理盐水涡流式冲洗伤口,判断压疮分期,干燥后用水胶体敷料封闭伤口,3 d后敷料发白,膨胀移位予以更换。在压疮换药阶段,做好家属宣教,勤巡视,保持骶尾部皮肤清洁干燥,避免大小便污染。

2.3.3 深静脉血栓、烫伤风险管理 指导进行肢体的被动运动,着压力梯度袜,关节处于功能位,避免进行感觉障碍平面以下的各种热敷、热疗,避免烫伤。

2.3 术后护理

2.3.1 监护室内护理 术后重症监护12~24 h,严密观察病情变化及对症处理^[1]:①术后24 h进行心率、体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度的监测,尤其是呼吸变化,有异常及时通知医生处理。该患者带气管插管返回监护病房,给予呼吸机辅助呼吸,调整为SIMV模式,2 h后患者心肺循环功能稳定,神经功能状态良好,吞咽、咳嗽反射存在并有遵命动作,顺利脱机并拔除气管插管。②术后立即评估感觉障碍平面,评估双下肢感觉、运动及括约肌功能,术后3 d内每4~6 h观察1次,之后每天评估1次,并做好记录与术前作对比。本例患者术后2~7 d,双下肢肌力逐渐改善。③警惕术后继发脊髓静脉血栓的形成。

2.3.2 并发症的预警及护理

2.3.2.1 呼吸系统的预警及护理 患者为老年男性,卧床时间较长,因压疮及背部伤口疼痛等原因体位受限,易导致肺部感染,积极采取以下预防措施:①根据患者情况使用止痛药并观察用药效果;②改变体位,协助患者进行翻身,指导左侧、右侧卧位及俯卧位等多种体位的交替变换;③鼓励并帮助患者咳出分泌物,定期指导患者用力咳嗽,促使肺膨胀和排痰,必要时给予适当体位引流。

2.3.2.2 泌尿系统的预警及护理^[2] 留置导尿管时间较长,易导致泌尿系统感染,积极采取以下预防措施:①术后即开始导尿管定时夹闭,使膀胱充盈,避免膀胱括约肌挛缩,并指导患者在膀胱区按摩加压,排空尿液,训练自主排尿;②每日进行尿道口擦洗两次,同时观察尿道口有无红肿及分泌物,及时做尿检;使用密闭引流系统,每周更换,减少外源性感染;③帮助患者制定饮水计划,内容包括汤、水、粥、果汁等,每日饮水量2 000 ml。

2.3.2.3 脊髓水肿的预警及护理 术后遵医嘱给予七叶皂苷钠30 mg静脉滴注,1次/d,以减轻脊髓水肿;主动询问患者感受,观察下肢症状、消化道溃疡等并发症,以评估用药效果。

2.3.3 功能锻炼 制定“5指肌力评分法”:小指代表Ⅰ级,无名指代表Ⅱ级,中指代表Ⅲ级,食指代表Ⅳ级,拇指代表Ⅴ级,握拳代表0级。根据评估情况指导患者在床上进行各关节主动及被动活动,帮助病人进行关节循序渐进锻炼,每天3次,每次15 min。

2.3.4 压疮护理 积极给予压疮换药,促进新生组织生长。防止骶尾部继续受压,改善患者营养状况,住院18 d后压疮治愈。

2.3.5 出院随访 防止坠床、烫伤等意外;调整心态,接受脊髓神经功能逐步恢复的过程,加强营养,注意健康生活作息,坚持各项功能锻炼,自我检测双下肢肌力、感觉及括约肌功能情况。

2.3.6 全程护理实施结果 ESCA评分入院时60分(33%),术前为86分(50%),术后为103分(60%),出院后3个月为122分(71%);而TDL生命质量测定表评分分别为50.12分、59.56分、65.99分和74.89分。

3 讨论

硬脊膜动静脉瘘可导致患者下肢感觉、运动障碍,甚至大小便失禁,严重影响患者的生活质量。在此类患者的护理过程中,我们引用全程护理的理念,根据患者情况组建全程护理团队,扮演全程管理责任人角色,做好充分的手术前准备及评估,包括特殊风险管理,术后密切观察病情变化,做好并发症的预警及护理,正确指导各项功能锻炼和落实相关健康教育,利用全程护理理念持续落实护理相关措施,实施治疗计划,同时采用ESCA及TDL生命质量测定表及时反馈护理实施效果。此例患者在全程护理人员的帮助下两项得分均有明显提高。全程护理做到无缝管理,帮助患者加强自我护理,改善生活质量。

【参考文献】

- [1] 厉春林,舒 凯. 神经外科疾病诊疗护理指南[M]. 湖北科学技术出版,2013:367-370.
- [2] 肖建英,吕 健. 护理干预对硬脊膜动静脉瘘伴尿潴留患者的影响[J]. 中国临床神经外科杂志,2006,10(11): 631-632.

(2014-10-19收稿,2014-11-23修回)