

得到改善,整体生活质量评分对照组(58.2 ± 10.3)分,观察组为(71.4 ± 13.7);患者满意度对照组为 56.25,观察组为 81.25%,差异均有统计学意义($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$),提示延续护理有助于提高宫颈癌介入治疗患者生活质量和满意度。主要原因有:(1)延续护理可根据患者的个体特点,有针对性地对患者实施护理干预,使患者在治疗、康复的过程中得到适合个体的优质护理和健康指导;(2)护理人员在延续护理实施过程中向患者及其家属详细讲解宫颈癌介入治疗的基础知识,使患者及家属从心理上认识到药物治疗、饮食控制、规律运动、治疗依从性对疾病控制的重要作用,以及可能出现不良反应和预防减轻的方法,提高了患者对疾病的认知水平,树立对治疗持之以恒的理念;(3)延续护理采用多种途径对患者进行疏导和鼓励,消除患者的疑虑,减轻其心理压力,提高了患者自身对不良心理状况的认知度,树立了战胜疾病的信心;(4)延续护理使医护人员经常与患者及家属保持沟通和联系,通过随访了解患者出院后的遵医行为和延续治疗效果,及时给予治疗和保健方面的指导,从而提高患者出院后的依从性。

[参 考 文 献]

- [1] 祥静,周新艳,杨尧华,等. 73 例宫颈癌介入治疗的疗效观察[J]. 宁夏医科大学学报,2014,36(5):570-572.
- [2] Grigsby PW. Nuclear imaging and cervical cancer[J]. Minerva

Ginecol,2009,61(1):45-51.

- [3] 张华伟,王素侠,王震芳,等. 宫颈癌患者介入治疗的围手术期护理[J]. 中华全科医学,2012,10(6):976.
- [4] 辛悦,朴龙一,孙抒. 宫颈癌介入治疗的研究进展[J]. 吉林医学,2013,34(4):725-727.
- [5] 唐晓燕,付军桦,杨舜舜. 宫颈癌介入手术病人围手术期护理需求调查[J]. 齐鲁医学杂志,2010,25(6):483-484.
- [6] 朱松青. 宫颈癌根治术后并发症分析[J]. 蚌埠医学院学报,2014,39(8):1089-1091.
- [7] 覃桂荣. 出院患者延续护理的现状与发展趋势[J]. 护理学杂志:综合版,2012,27(2):89-91.
- [8] 杨明莹,张丽霞,王俊,等. 延续护理服务对造口患者出院后自我护理能力的影响[J]. 中国护理管理,2014,14(2):154-156.
- [9] 管京乐. 中晚期宫颈癌介入治疗临床疗效研究及其对根治手术的影响[D]. 太原:山西医科大学,2007.
- [10] 房秋霞. 中晚期宫颈癌介入治疗疗效分析[D]. 长春:吉林大学,2006.
- [11] 吴晓玲,刘海华,詹瑞君,等. 出院后延续护理对宫颈癌放疗患者生活质量影响的随机临床研究[J]. 山西医药杂志,2014,43(10):1105-1107.
- [12] 樊旭燕. 电话回访卡在妇科出院病人中的应用[J]. 护理研究,2004,18(7):1283.
- [13] 梅懿红,黄燕,余娇,等. 延续护理对提高心脏瓣膜置换术后患者生存质量的研究[J]. 护士进修杂志,2011,26(18):1684-1686.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2015)09-1289-03

· 护理学 ·

Autar 量表在急诊颅脑手术后下肢深静脉血栓形成的效果观察

马 影

[摘要]目的:评估 Autar 量表在急诊颅脑手术后下肢深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)风险的应用效果。方法:对 76 例颅脑外伤急诊手术的患者采用 Autar 量表按入院先后顺序编号,采用数字表法随机分成对照组与观察组各 38 例。对照组给予传统护理方法,观察组在对照组护理基础上采用通用 Autar 量表风险评估指导治疗法,根据得分筛选出低、中、高危风险患者,采取针对性的护理措施。比较 2 组下肢肿胀、DVT 和肺栓塞发生率。结果:观察组患者下肢肿胀发生率为 5.26%,低于对照组的 21.05% ($P < 0.05$),而 2 组患者 DVT 和肺栓塞发生率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论:使用 Autar 量表能够对 DVT 进行风险预测,有利于对中、高风险患者采取及时的护理及治疗。

[关键词] 手术后并发症;下肢深静脉血栓形成;Autar 量表;风险评估

[中图分类号] R 619 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.09.052

在颅脑手术患者中,有较高比例的患者存在肢体活动障碍、血液回流不佳、血流缓慢以及静脉内膜

受损、血液高凝等因素,下肢深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)与这些因素密切相关^[1]。颅脑手术后患者多有意识障碍,不能准确表达下肢肿胀和疼痛的感觉,给临床诊断和治疗 DVT 增加了困难^[2]。随着 DVT 诊断技术的不断提高,颅脑手术

[收稿日期] 2014-11-18

[作者单位] 安徽省宿州市立医院 急诊科,234000

[作者简介] 马影(1977-),女,主管护师。

后并发 DVT 的报道日渐增多,人们逐渐认识到颅脑手术患者死亡的一个重要原因之一是 DVT 引起的肺栓塞^[3]。为有效降低颅脑手术后并发 DVT 的概率,2013 年 1 月至 2014 年 10 月,我科对急诊颅脑手术患者采用 Autar 量表^[4]进行针对性的 DVT 风险评估,根据每次评估结果,指导护士采取针对性的护理措施,取得良好效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我科住院的 76 例急诊颅脑手术患者,出血部位已在入院时经头颅 CT 检查确定,排除脑干出血或血肿累及脑干,既往有颅内或全身感染、凝血机制障碍和心、肝、肾患有基础疾病或功能衰竭的患者。采用 Autar 量表按入院先后顺序编号,采用数字表法随机分成对照组和观察组各 38 例。2 组患者的性别、年龄、住院天数和风险评估差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性(见表 1)。

1.2 方法 2 组患者手术指征明确,均采取去骨瓣减压手术治疗,术后安返病房,2 组患者分别按如下方法进行护理。

表 1 2 组患者一般资料比较

分组	n	男	女	年龄/岁	住院时间/d	风险评估/例		
						高危	中危	低危
观察组	38	29	9	45.35±16.85	8.29±3.83	6	24	8
对照组	38	31	7	47.21±16.56	8.47±3.70	8	23	7
合计	76	60	16	—	—	14	47	15
<i>t</i>	—	0.32*	0.49	0.21	0.55 [△]			
<i>P</i>	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05			

*示 χ^2 值;[△]示 u_c 值

1.2.1 对照组护理方法 首先责任护士向术后清醒患者及家属讲述 DVT 对机体造成的严重危害,指导并协助患者进行肢体的主动和被动活动,做到每天活动 3~4 次,每次持续 10~20 min。对于意识障碍的患者,责任护士协助患者改变体位并将患肢处于功能位,同时按摩受压部位 3~5 min。对于术后静脉通路的管理,2014 年静脉输液护理指南^[5]指出,尽量避免不必要的股静脉穿刺。若采用股静脉穿刺置管,尽量减少深静脉导管在下肢静脉内的留置时间,为避免血栓形成应该尽早拔除,同时保证患者的液体出入量,防止血液浓缩。术后观察患者下肢皮肤色泽、皮温,测量足动脉搏动次数以及同一平面双下肢肢体的周径,便于准确了解下肢是否肿胀^[6];以上护理措施的实施均在接受过统一培训的护士协助和指导下完成。

1.2.2 观察组护理方法 患者入院后根据临床症状及相关检查结果计算出体质量指数,根据 Autar 量表各个因子(年龄、性别、体质量、手术时间、麻醉时间、活动能力、用药史及既往史等)在相应项目内进行评分,然后将各因子分值累加,得出首次评估结果。手术结束后再次评估计分。针对评估所得分数值,观察组在对照组护理基础上采用通用 Autar 量表行 DVT 风险评估,筛选出低、中、高危风险患者。评估得分及实施相应护理措施内容包括:(1)无危险(分值范围 ≤ 6 分),向患者讲解 DVT 及并发症的危害,进行肢体的主、被动活动,定时翻身,保证液体入量的同时尽早拔出深静脉留置管。(2)低危风险(分值范围 7~10 分),加强肢体功能锻炼及按摩,观察下肢有无肿胀、皮温、周径、足动脉搏动情况等,遵医嘱使用普通肝素钠或压力梯度袜、间断气压装置;(3)中危风险(分值范围 11~14 分)和(4)高危风险(分值范围 ≥ 15 分)^[4]。若患者的 Autar 量表风险评分 ≥ 11 分,则用空气波治疗,必要时行双下肢彩超检查或胸部 CT 检查,遵医嘱使用抗凝治疗如小剂量普通肝素或间断气压装置/梯度压力袜+小剂量肝素。该类患者应每班动态评估 1 次,出现病情变化时,护理人员随时给予相应护理措施并记录。

1.3 观察指标 观察下肢皮肤色泽、疼痛、肿胀程度等临床表现。清醒的患者可用数字式疼痛评定法。0 为无疼痛,1~3 为轻度疼痛,6~9 为重度疼痛。每次测量并记录下肢肢体同一部位的周径,将测得的数值与第 1 次测量结果进行比较,以数值差距准确掌握患者下肢肢体肿胀的程度。以第 1 次测量数据为基数,下肢周径 $< 1\text{cm}$ 以内为轻度肿胀,如 $> 1\text{cm}$ 以上则为重度肿胀,然后再根据下肢周围皮肤情况,可采用彩色多普勒超声诊断有无 DVT^[7]。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验、 χ^2 检验、四格表确切概率法和秩和检验。

2 结果

2.1 2 组患者入院第 1 天收缩压、舒张压和足动脉搏动次数比较 2 组患者入院第 1 天血压和足动脉搏动次数差异均无统计学意义($P > 0.05$)(见表 2)。

2.2 2 组患者术后并发症比较 2 组患者 DVT 和肺栓塞发生率差异均无统计学意义($P > 0.05$),而观察组患者下肢肿胀发生率低于对照组($P < 0.05$)(见表 3)。

表 2 2 组患者入院第 1 天收缩压、舒张压及足动脉搏动次数比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	<i>n</i>	收缩压/ mmHg	舒张压/ mmHg	足动脉搏动次数/ (次/分)
观察组	38	129.4 ± 9.8	85.3 ± 13.7	85.7 ± 15.9
对照组	38	131.7 ± 15.7	87.3 ± 12.6	87.2 ± 18.2
<i>t</i>	—	0.77	0.73	0.38
<i>P</i>	—	>0.05	>0.05	>0.05

表 3 2 组患者并发下肢肿胀、DVT 及肺栓塞比较 [*n*; 百分率 (%)]

分组	<i>n</i>	下肢肿胀	DVT	肺栓塞
观察组	38	2(5.26)	1(2.63)	0(0.00)
对照组	38	8(21.05)	6(15.79)	1(2.63)
合计	76	10(13.16)	7(9.21)	1(1.32)
χ^2	—	4.15	2.52	—
<i>P</i>	—	<0.05	>0.05	1.000*

* 示四格表确切概率

3 讨论

众所周知,在正常生理状态下,人体的凝血与抗凝系统处于动态平衡状态,凝血因子和抗凝物质相互作用和制约,以达到共同调控自我凝血机制^[8],而颅脑手术患者由于受手术操作的影响导致下肢活动受限,加之多种药物的使用,增加了 DVT 的风险^[9]。主要原因是多种药物使用后导致血液浓缩、黏稠度增加、纤维蛋白原增加,加之术中制动和颅脑手术时间较长致血流缓慢,易形成 DVT。颅脑手术后患者如果并发 DVT,将严重影响患者的恢复时间,使住院时间延长,同时也增加了护理工作的难度。

DVT 是外科比较严重的并发症之一,在急性期可致肺栓塞的可能,所以应积极治疗,否则亦会导致严重的 DVT 后综合征,严重影响患者工作及远期生存质量^[10]。本研究观察组手术后采用 Autar 量表进行危险性量化评估,2 组患者入院第 1 天血压、足动脉搏动次数差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。因此应针对每例患者的不同情况实施相应的护理,方能起到未病防病的作用。

通过使用 Autar 量表进行评估,比较 2 组患者 DVT 和肿胀情况显示,观察组下肢肿胀发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。说明使用 Autar 量表进行评估和筛查,并采取相应的护理措施,可以减少下肢肿胀的发生,同时也有利于筛选出高、中危风险患者,早期采取治疗措施,可促进患者术后康复,从而降低了 DVT 的发生率,与 Caprini 等^[11] 研究结果一致。颅

脑外伤手术患者由于卧床及其体位的关系,下肢静脉处于血流滞缓、高凝状态,也可能是长期昏迷、卧床、缺乏肢体运动和长期静脉置管等多项危险因素,更易发生 DVT^[12]。

本研究结果显示,2 组患者 DVT 的发生率差异无统计学意义,与王晓玲等^[2] 研究结果不同,可能与以下原因有关:(1)本研究入组例数相对较少,如进一步增大样本量,有可能出现阳性结果;(2)参与护理的护理人员均通过统一培训后,严格按照颅脑手术后护理常规和 Autar 量表评估得分指导下采取相应的护理措施,DVT 等并发症发生率低。(3)2 组患者术后均抬高下肢,避免术后在小腿下垫枕,未影响深静脉血液回流,减少了 DVT 的发生率,故本研究出现了阴性结果。

综上所述,在临床护理工作中,对每位患者,护理小组应共同制定护理计划,护理措施的落实要有据可依。对于颅脑手术后患者使用 Autar 量表进行 DVT 风险预测,便是很大程度上发挥了护士主观能动性,不再盲目执行医嘱,采用科学的护理措施减轻患者手术后下肢肿胀的发生率;提高了护理质量,保障了重症患者的安全。

[参 考 文 献]

- [1] 时会云. 护理干预对颅脑手术后昏迷患者双下肢深静脉血栓形成的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(18): 48-49.
- [2] 王晓玲, 陈伦. 颅脑手术患者下肢深静脉血栓并发症防治护理分析[J]. 吉林医学, 2014, 35(11): 2476-2477.
- [3] 李春. 护理干预在颅脑手术患者并发静脉血栓的临床应用价值分析[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(15): 98-100.
- [4] 中华医学会外科学分会血管外科学组. 深静脉血栓形成的诊断与治疗指南[J]. 中华外科杂志, 2012, 50(7): 611-614.
- [5] 林海菊. 脑卒中并发下肢深静脉血栓形成患者的康复护理[J]. 当代护士, 2011(4): 92-93.
- [6] 张征, 苏里亚, 徐光, 等. 彩色多普勒超声对围手术期盆腔肿瘤患者下肢静脉血流评估的意义[J]. 蚌埠医学院学报, 2014, 39(4): 528-530.
- [7] 张运香. 高血压脑出血术后下肢深静脉血栓形成原因分析及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(20): 100-102.
- [8] 张伦军, 丁晓琳, 钟政荣. 分娩前凝血功能指标和 D-二聚体检测结果分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2015, 40(2): 225-226.
- [9] 李铮. 渐进式压力长袜预防术后静脉血栓栓塞[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(5): 478-480.
- [10] 王长春, 郭劲松, 倪良红. 置管溶栓治疗急性下肢深静脉血栓形成 28 例[J]. 蚌埠医学院学报, 2014, 39(11): 1482-1483.
- [11] Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism[J]. Am J Surg, 2010, 199(1): 3-10.
- [12] 周玉华, 许燕杏, 朱蔚仪, 等. 颅脑外科患者深静脉血栓形成的预防性护理研究[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(5): 799-800.

(本文编辑 周洋)