包膜切除(包膜如果厚韧,尽可能在显微镜下仔细剥离,如包膜较薄,则放射状切开脏层包膜,类似于硬脑膜减压,便于术后脑组织复位,不可一味追求包膜全切而损伤脑表面的血管),术后证实效果满意。

此手术目的是彻底清除血肿及其包膜,消除占位,缓慢改善脑移位,减轻对大脑皮层的刺激[8]。手术重点难点:①术前骨瓣的设计充分,需完全显露甚至超过血肿范围;②完全清除血肿,尽可能全切包膜,利于脑组织浮张,促进脑功能恢复。若血肿包膜脏层与脑皮层软脑膜之间粘连,有条件需在镜下操作,缓慢仔细分离,减少手术导致的二次损伤[9];③术后加强胶体及蛋白的补入可以缩短脑组织的浮张时间,促进神经功能恢复。

准确的术前诊断,同时选择正确的手术方式,该病预后是良好的。但该病例临床数量少见,尚需进一步总结积累资料。

参考文献:

[1] 孙绪祥, 白海平, 赵海康, 等. 开颅手术治疗机化型慢性硬膜下血肿 7 例临床分析[J]. 中国现代医药杂志, 2009, 11(1): 66.
[2] 付辉, 韩珣, 牛祥军, 等. 开颅术治疗慢性硬膜下机化性血肿[J]. 中华神经外科杂志, 2006, 22(7): 423.
[3] 郭峰, 孙里杨, 王列, 等. 骨瓣开颅治疗机化型慢性硬膜下血肿的探讨[J]. 浙江临床医学, 2008, 10(1): 71.
[4] 郭世文, 闫忠军. 慢性硬膜下血肿扩大的研究进展[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2010, 9(1): 84 - 85.
[5] 苏少波, 张建宁. 慢性硬膜下血肿发病机制研究进展[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2009, 36(3): 221 - 224.
[6] Moon K S, Lee J K, Kim T S, *et al*. Contralateral acute subdural hematoma occurring after removal of calcified chronic subdural hematoma [J]. J Clin Neurosci, 2007, 14(3): 283 - 286.
[7] 李志明, 李文. 罕见巨大慢性硬膜外血肿 1 例[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2011, 9(3): 285.
[8] Tatli M, Guzel A, Altinors N. Spontaneous acute subdural hematoma following contralateral calcified chronic subdural hematoma surgery: an unusual case[J]. Pediatr Neurosurg, 2006, 42(2): 122 - 124.
[9] Hammerle C H, Jung R E, Yaman D, *et al*. Ridge augmentation by applying bioresorbable membranes and deproteinized bovine bone mineral: a report of twelve consecutive cases[J]. Clin Oral Implants Res, 2008, 19(1): 19 - 25.

(**收稿**:2013-08-23;**修回**:2013-09-13)
(编辑 王小寒)

文章编号:1000-5404(2014)02-0191-03

短篇论著

延续护理在介入治疗下肢闭塞性动脉硬化症患者康复中的应用

张琳娜[1],侯艳玲[2],左桂芝[3],杨 植[1],刘艳春[1],高 畅[1],王 敏[1] (067000 河北 承德,承德医学院附属医院血管外科[1];067000 河北 承德;河北钢铁集团承钢医院内科[2];067000 河北 承德,承德市第三医院超声科[3])

[**摘要**] **目的** 探讨延续护理在介入治疗下肢闭塞性动脉硬化症患者康复中的作用。**方法** 选择经过介入治疗的下肢闭塞性动脉硬化症患者 67 例,随机分为干预组(n=34)和对照组(n=33)。2 组患者均接受常规健康教育,干预组还接受课题小组的延续护理教育。出院后随访 6、12、24 个月,对比 2 组患者生活质量、遵医行为和疾病复发情况。**结果** 干预组患者在出院后 6、12、24 个月生活质量和完全遵医行为明显优于对照组(P<0.01);2 组患者术后 6 个月内狭窄率均不高,术后 12、24 个月干预组患者的狭窄率低于对照组(P<0.01)。**结论** 延续护理可以明显提高患者的生活质量和遵医行为,防止和减少疾病的复发。

[**关键词**] 延续护理;动脉闭塞性疾病;血管外科手术;腔内介入;生活质量;遵医行为
[**中图法分类号**] R473.2;R543.2 [**文献标志码**] A

对于轻度下肢闭塞性动脉硬化症(arteriosclerosis obliterans,ASO)患者可以采用药物治疗与运动锻炼相结合的办法,促进侧支循环的建立。对于药物治疗效果不佳的重症间歇性跛行患者或者已经出现重症下肢缺血的患者来说,介入治疗可以快速使闭塞段的血管重建与再通,尽快恢复有效血供[1]。然而,介入治疗并不能消除引起动脉硬化的潜在致病因素,患者仍可能再次出现管腔狭窄或闭塞、血栓形成等,导致生活质量严重下降。而延续护理通过电话随访、家庭访视等

[**通信作者**] 张琳娜,E-mail:zhangln_cd@126.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130910.1408.003.html(2013-09-10)

方式,为出院后仍有高危住院风险的患者提供医疗支持、护理保健及康复锻炼等服务,确保患者得到连续的健康照顾。本研究通过对下肢ASO患者介入治疗后的生活质量、遵医行为及血管再狭窄率进行了随访评估,探讨延续护理对于重症下肢ASO患者行介入治疗术后长期疗效的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2009年6月至2011年1月在我院行介入治疗的下肢ASO患者67例,随机分为干预组(34例,其中3例随访失访)和对照组(33例,其中5例随访失访)。入选标准:①符合下肢ASO诊断标准;②初次接受介入治疗;③手术顺利无严重并发症;④有一定的沟通理解能力。排除标准:①手术不成功或出现严重并发症;②精神障碍不能配合者。2组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 2组患者一般情况比较

基本资料	对照组($n=28$)	干预组($n=31$)
男/女(例)	23/5	23/8
年龄(岁,$\bar{x}\pm s$)	57.3±11.3	57.3±10.5
髂动脉(例)	5	5
股浅动脉(例)	12	13
髂+股浅动脉(例)	5	7
股浅+膝下动脉(例)	3	4
膝下动脉(例)	3	2
吸烟史(例)	21	25
单纯球囊扩张(例)	4	5
球囊扩张支架置入术(例)	24	26
糖尿病(例)	17	19
高血压(例)	15	17
高脂血症(例)	7	11
冠心病(例)	5	6
脑血管病(例)	9	8
初中及以下(例)	20	21
高中(例)	3	6
大学及以上(例)	5	4

1.2 研究方法

1.2.1 成立延续护理小组 小组成员共7名,均经过培训,成员要求:愿意从事调查工作、责任心强、工作认真、耐心细致并且有一定社会交往能力。

1.2.2 干预方法 2组患者住院期间均行药物及介入治疗,并行常规健康教育,内容包括:发病诱因、饮食指导、用药指导、活动的注意事项、并发症的预防及处理等。干预组除常规健康教育外,还接受延续护理小组的综合健康教育。

1.2.3 延续护理方案

1.2.3.1 院内阶段 对患者进行健康评估,建立健康档案,从术后第2天开始,采用"一对一"的形式为患者讲解相关疾病知识。主要内容包括:①了解其心理状态,帮助患者树立战胜疾病的信心。②讲解疾病的易患因素,使患者了解其严重性和危害性,树立健康的生活观念。③清淡饮食,忌辛辣刺激食物。④讲解疾病的治疗过程、可能出现的并发症、用药的注意事项以及与医护人员建立信任合作关系的重要性。⑤介绍患肢保护的相关知识及行走锻炼指导。⑥教会患者及家属触摸足背动脉、胫后动脉及紧急情况的应急处理。⑦制定合适的健康计划并记录健康日记。小组成员要不断强化健康教育内容,使患者养成良好的生活习惯。

1.2.3.2 院外阶段 此期目标是使患者养成良好的生活习惯,干预时间为2年。主要内容包括:①定期电话沟通,鼓励其主动参与社交活动。②帮助患者建立良好的生活方式,了解其用药、睡眠、饮食情况。③根据患者不同情况及时调整运动处方。④在患者门诊复诊时,要重点检查[2]:下肢缺血情况、溃疡愈合情况、重建血管的通畅情况,首选踝肱指数测定和血管超声。⑤亲自查阅健康日记,了解康复计划落实情况,对于日记填写好的患者要给予支持和鼓励。⑥定期开展健康教育讲座,组织召开病友大会,继续强化患者的康复知识,鼓励病友之间相互沟通交流。

1.2.4 资料收集 由小组成员负责,在患者出院前,出院后6、12、24个月门诊复诊时,填写相同的调查问卷,由小组成员统一收回。

1.2.5 观察指标

1.2.5.1 生活质量评价 评价标准参照QOL-C30问卷,该量表包括4个功能子量表,患者根据自身情况评分。

1.2.5.2 遵医行为比较 遵医行为评价标准:按医嘱用药、饮食控制、戒烟、规律运动、足部护理、情绪稳定、定期复查、作息规律8个项目。能执行8项者界定为完全遵医;不能完成任何一项内容者界定为完全不遵医;不完全遵医介于二者之间。

1.2.5.3 血管再闭塞、狭窄比较 2组患者再闭塞:血管超声示治疗段血管内未见彩色血流信号显示。再狭窄:血管超声检查示治疗段狭窄最严重处与治疗段近远端1 cm管腔较大者比较其直径损失率>50%[3]。

1.3 统计学分析

数据以$\bar{x}\pm s$表示,采用SPSS 13.0统计软件进行配对t检验及χ^2检验。

2 结果

2.1 2组患者生活质量比较

干预前2组患者生活质量差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后6、12、24个月生活质量得分明显优于对照组,2组间差异具有统计学意义($P<0.01$)。见表2。

表2 2组ASO患者生活质量评分比较(分,$\bar{x}\pm s$)

组别	n	入院时	出院		
			6个月	12个月	24个月
干预组	31	9.39±1.41	14.12±1.17[a]	13.73±1.86[a]	13.79±1.55[a]
对照组	28	9.18±1.25	11.94±1.05	11.05±1.57	10.56±1.67

a:$P<0.01$,与对照组比较

2.2 2组患者遵医行为比较

2组患者出院时遵医行为无明显差异($P>0.05$),但在出院后6、12、24个月干预组的完全遵医行为明显好于对照组($P<0.01$)。见表3。

表3 2组ASO患者出院后遵医行为比较(例)

组别	n	出院时			出院6个月			出院12个月			出院24个月		
		遵医	不完全	不遵	遵医	不完全	不遵	遵医	不完全	不遵	遵医	不完全	不遵
干预组	31	26	5	0	22[a]	9	0	20[a]	11	0[a]	21[a]	10[a]	0[a]
对照组	28	24	4	0	14	12	2	11	13	4	8	15	5

a:$P<0.01$,与对照组比较

2.3 2组患者治疗后血管再闭塞、再狭窄情况

2组患者术后6个月狭窄率均不高,术后12、24个月干预组患者的狭窄率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)(表4)。

表4 2组ASO患者随访期再闭塞、再狭窄率[例(%)]

组别	n	出院6个月		出院12个月		出院24个月	
		闭塞	狭窄	闭塞	狭窄	闭塞	狭窄
干预组	31	0	3(9.7)	1(3.2)[a]	5(16.0)[a]	3(9.7)[a]	8(25.8)[a]
对照组	28	1(3.2)	4(14.3)	4(14.3)	9(32.1)	6(21.4)	11(39.3)

a:$P<0.01$,与对照组比较

3 讨论

延续护理是国内外用于慢性疾病管理的有效手段之一,其宗旨是提高自身管理疾病的能力。下肢ASO患者心脑血管多同时存在不同程度的病变[4],患者在出院后转向家庭护理时,确保治疗护理的连续性是保证康复的关键。

我国大部分下肢ASO患者在解决了动脉急性缺血症状后就回到家中,得不到连续的护理,易产生各种并发症。延续护理是将医院护理服务延伸至患者家庭的一种护理服务模式[5],护士作为主要实施者,对患者实施全面、专业、有针对性的健康教育,使患者回到家中仍可以得到持续的健康指导,从而改善患者的生活质量。本研究显示,干预组患者出院后6、12、24个月生活质量评分明显高于对照组($P<0.01$)。有研究[6-7]报告,为出院患者采取延续护理可以使患者满意度增加,延长了患者再次入院时间,有效改善患者出院后的健康状况和生活质量。Coleman等[7]研究显示,通过临床随机对照750例65岁以上慢性病患者,对患者及其家庭照顾者实施健康宣教及延续护理,有效降低了这一人群出院后30、90、180 d的再次住院率。钱春荣等[8]报道,通过对缺血性脑卒中患者进行延续护理,能有效提高患者基础性独立生活能力和出院护理服务满意度。

本研究中干预组的遵医行为与对照组相比有明显改善。对照组患者接受的健康教育多为医务人员讲解,时间较短,患者一直处于被动接受状态,不能充分发挥自己的主观能动性,出院后患者只能通过门诊复诊来获取相关的疾病知识和康复信息,随着时间的延续患者的遵医行为明显下降。而延续护理是让患者参与其中,与小组成员紧密沟通,通过集体授课、观看短片、病友聚会等方式,既学到了知识和技能,还从病友中获得支持,从而增强患者的遵医行为。

患者通过延续护理可以掌握大量有关疾病的知识,从而可以主动对自己的饮食习惯、运动方式、生活起居等自行调节,出现不适或疑问能够及时与小组成员取得联系,及时发现治疗过程中的一些不良反应,避免延误病情,患者也能意识到自己掌握的知识在疾病康复过程中的重要作用,从而提升治疗和学习的积极性。

参考文献:

[1] 师天雄, 缪健航, 胡锡祥. 下肢动脉硬化性闭塞症的介入治疗体会[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(7): 676-678.
[2] 叶炜, 刘昌伟, 刘暴, 等. 老年人下肢动脉闭塞的血管重建术262例分析[J]. 中华普通外科杂志, 2009, 24(6): 451-454.
[3] 庄百溪, 张童, 马鲁波, 等. 股浅动脉首期置入自膨式支架与球囊扩张成形的疗效比较[J]. 中华普通外科杂志, 2009, 24(6): 455-458.
[4] Jack L, Peter G, Wayne J. Rutherford Vascular Surgery [M]. 5th Ed. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 928-943.
[5] Griffin K M. Evolution of transitional care settings: past, present, future [J]. AACN Clin Issues, 1998, 9(3): 398-408.
[6] Parry C, Coleman E A, Smith J D, *et al*. The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care[J]. Home Health Care Serv Q, 2003, 22(3): 1-17.
[7] Coleman E A, Parry C, Chalmers S, *et al*. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial[J]. Arch Intern Med, 2006, 166(17): 1822-1828.
[8] 钱春荣, 朱京慈, 陈颖峥. 延续护理对脑卒中患者出院后独立生活能力和出院护理满意度的影响[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(8): 843-844.

(**收稿**:2013-04-10;**修回**:2013-06-23)
(编辑 栾 嘉)