

# 基层医院综合门诊预防手术患者晕厥 预见性护理模式的应用

欧阳素金 骆捷辉 任惠清 骆艳桃

**【摘要】** 目的 观察预见性护理模式在基层医院综合门诊预防手术患者晕厥的效果。方法 采用隔日分组法,将我院综合门诊 2014 年 7 月至 2016 年 12 月 926 例手术患者分为两组,单日 443 例采用常规护理,双日 483 例采用预见性护理模式,比较两组晕厥发生率。结果 观察组晕厥发生率为 1.24%,对照组为 6.55%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 预见性护理模式可规范护理操作,有利于护士在有序的思路指导下作出快速而准确的判断,可有效预防门诊手术患者晕厥。

**【关键词】** 预见性护理; 综合门诊; 手术患者; 晕厥; 预防

晕厥是综合门诊手术患者常见的并发症,具有发病急,变化快的特点,轻者表现为头晕、机体软弱、面色苍白、一过性耳聋及脉细速、大汗淋漓等,重者表现为低血压性休克、昏迷,对患者的预后及心理造成不良影响,重者如抢救不及时还会危及生命<sup>[1-2]</sup>。因此,晕厥的预防至关重要。门诊手术患者晕厥发生的原因较多,精神因素、低血糖、心源性、血管迷走性等均可导致晕厥。我院针对晕厥发生的原因制定了预见性护理模式,并于 2014 年 7 月应用于临床,现报道如下。

## 一、资料与方法

1.一般资料:我院综合门诊 2014 年 7 月至 2016 年 12 月

926 例手术患者分为两组,单日 443 例采用常规护理,其中男 216 例,女 227 例,年龄 15~69 岁,平均年龄(39.7±12.8)岁;双日 483 例采用预见性护理模式,其中男 237 例,女 246 例,年龄 14~72 岁,平均年龄(40.5±13.2)岁;两组患者年龄、性别、手术类型等差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

2.方法:(1)对照组:患者给予常规护理,术前介绍手术方法、相关注意事项,协助患者完成相关检查,做好术前准备并配合医师完成手术。(2)观察组:患者采用预见性护理模式,制定了预见性护理程序表,护士根据程序实施,完成后签字。见表 2。

表 1 两组患者手术类型比较  $n(\%)$

| 组别             | 皮肤浅表肿物切除术  | 眼异物切除术    | 乳腺良性肿物手术 | 包皮手术      | 痔手术       | 疣电灼术     |
|----------------|------------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|
| 对照组( $n=443$ ) | 155(34.99) | 63(14.22) | 29(6.55) | 73(16.48) | 81(18.28) | 42(9.48) |
| 观察组( $n=483$ ) | 172(35.61) | 68(14.08) | 30(6.21) | 77(15.94) | 89(18.43) | 47(9.73) |

注: $P$ 均 $>0.05$

表 2 门诊手术患者晕厥预见性护理程序表

| 步骤及时间 | 项目     | 措施   | 执行人 |
|-------|--------|--|-----|
| 术前    | 综合评估   | 详细询问患者既往病史、晕厥史、对疼痛的反应,目前主要症状、对本次手术及相关信息的了解程度、饮食情况、心理状态等,评估患者对生理、心理对本次手术的承受力等,确定存在或潜在的晕厥风险因素,并进行晕厥分类,分为单纯性晕厥、精神性晕厥、体位性晕厥、低血糖性晕厥、心源性晕厥五类,并制定个性化护理措施。 |     |
| 术前    | 落实告知义务 | 用互动式的教育方式配合图册进行晕厥预防知识指导,告知患者晕厥是门诊术后常见的并发症,并告知患者晕厥发生的危险因素,强调预防术后晕厥的措施,如术后用“三步起床法”等,增强患者的防范能力和防范意识,预防术后活动时晕厥。  |     |
| 术前    | 心理护理   | 介绍医院设备和术者的精湛技术,列举成功病例,做好心理调适,使患者建立安全感,消除或减轻术前紧张焦虑等不良情绪。  |     |
| 术中    | 预见性护理  | 术中严格按岗位标准操作规程操作,密切注意患者存在或潜在的晕厥风险因素,给予预见性干预。  |     |
| 术后    | 评估     | 评估预见性护理是否达到预期效果,分析存在的问题,以利持续改进。  |     |

基金项目:广州市花都区科技计划项目(14-HDWS-073)

作者单位:510820 广东,广州市花都区炭步镇中心卫生院预防保健科(欧阳素金),510820 广东,广州市花都区炭步镇中心卫生院手术门诊(骆捷辉、任惠清、骆艳桃)

3.统计学方法:应用 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,方差不齐采用秩和检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 二、结果

1.两组患者晕厥发生情况:观察组晕厥发生率为 1.24%,

对照组为 6.55%, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

表 3 两组患者晕厥发生情况比较  $n(\%)$

| 组别       | $n$ | 未晕厥        | 晕厥       | 晕厥发生率 (%) |
|----------|-----|------------|----------|-----------|
| 对照组      | 443 | 414(93.45) | 29(6.55) | 6.55      |
| 观察组      | 483 | 477(98.76) | 6(1.24)  | 1.24      |
| $\chi^2$ |     |            |          | 5.271     |
| $P$      |     |            |          | 0.019     |

**讨论** 晕厥是由多种原因造成的迷走神经兴奋, 回心血量减少或血糖、辅酶缺乏, 外周阻力降低, 短暂的血管扩张, 导致的一过性脑供血不足, 临床表现为短暂的意识障碍和肌张力减退<sup>[3]</sup>。晕厥的发生不仅危害患者的健康, 给患者留下心理阴影, 严重的还可能危及生命, 因此, 近年来晕厥的预防已逐渐引起重视。我院综合门诊为了降低晕厥发生率, 针对晕厥发生的原因制定了预见性护理程序, 通过术前评估, 发现患者存在或潜在有晕厥风险因素, 并进行晕厥分类, 制定个性化护理措施, 给予预见性护理。

单纯性晕厥是最常见的晕厥类型, 患者无其他器质性疾病, 是患者受到各种因素刺激引起迷走神经兴奋, 血压下降, 心率减慢, 从而导致脑供血不足发生晕厥<sup>[4]</sup>。多发生于对疼痛高度敏感的女性患者、年老体弱者及术前精神过度紧张者, 临床表现为面色苍白、出汗、恶心、短暂性头晕、注意力不集中等。对于此类患者, 我们术前耐心进行心理疏导, 过度紧张患者给予镇静药物, 并在术中找患者感兴趣的话题与患者交谈, 分散其注意力。术中密切观察和询问患者情况, 当出现面色苍白、出冷汗, 患者主诉视力模糊、耳鸣、全身不适、头晕等时, 立即使其平卧, 并用语言或肢体语言安抚患者, 防止晕厥发生。

精神性晕厥的发生以女性患者为主, 多是癔症发作或患者过度焦虑致过度通气, 导致意识丧失。临床表现为头晕、心前区压迫、四肢发冷、麻木、手足抽搐、意识模糊等。不伴有面色苍白。对于此类患者我们着重介绍医院设备和术者的精湛技术, 谨慎介绍术后可能发生的并发症, 多列举成功病例, 帮助患者做好心理调适, 使患者建立安全感。术中密切观察, 当出现精神性晕厥的先兆反应时, 尽量安慰和鼓励患者, 转移其注意力, 消除其紧张情绪, 避免发生晕厥。

体位性晕厥多发生于伴心脑血管疾病、帕金森病、糖尿病等疾病患者, 此类患者由于体位改变时血液蓄积于下肢, 心输出量和回心血量均减少使血压下降, 若 1 min 内收缩压低于 60/80 mmHg, 舒张压也会随之下降, 导致脑供血不足引起晕厥。临床表现为手术体位改变后眼前发黑, 发生晕厥。此类患者的预见性护理要积极避免各种诱因。本组患者中有 32 例为体位性晕厥, 由于术前准确评估, 我们对 7 例长期服用降压药, 2 例伴有动脉硬化的老年患者术前补充血容量, 并适当

进食。术中协助患者缓慢变换体位, 手术结束后嘱其静卧休息 10 min, 严格按“三步起床法”离床。出现晕厥前兆时, 立即将患者置于头高足低位, 促使血压恢复, 必要时遵医嘱静脉注射 40~60 ml 50% 葡萄糖注射液或加用升压药物。

低血糖性晕厥多发生于空腹的年轻患者, 年轻患者新陈代谢快, 活动量大, 术前禁食时间过长易出现低血糖而诱发晕厥。临床表现为面色苍白、头晕、心率加快、四肢冰凉等。我们在护理时询问患者禁食时间, 若术前禁食超过 8 h 及时报告医师, 根据医生建议 and 手术情况给予患者半流质高蛋白、高热量饮食, 或遵医嘱静脉补充血容量及能量, 并在术中术后密切观察患者情况, 若出现低血糖性晕厥症状时立即协助患者呈平卧位, 给予口服糖水或遵医嘱静脉注射 40~60 ml 50% 葡萄糖注射液纠正低血糖, 预防晕厥发生。

心源性晕厥是最危险的晕厥类型, 患者可能由于心脏骤停而死亡<sup>[5]</sup>。患者多为伴心肌缺血、心律失常及心脏排血受阻等严重心血管疾病者, 术中由于心脏输出量减少或心脏停搏致脑组织缺血而晕厥, 临床表现为发绀、呼吸困难等症状。对于此类患者手术时协助其取平卧位, 并给予吸氧, 持续心电图监测, 密切观察面色变化及血压、呼吸、脉搏、心率、血氧饱和度等, 出现晕厥症状立即建立静脉通路, 并遵医嘱快速给予药物治疗, 并立即通知专科医生紧急会诊。

预见性护理措施实施后, 观察组 483 例患者, 发生晕厥 6 例, 晕厥发生率为 1.24%, 而对照组应用常规护理发生晕厥 29 例, 晕厥发生率为 6.55%, 两组比较差异有统计学意义, 说明预见性护理模式对预防晕厥发生具有积极的作用。

综上所述, 综合门诊手术患者晕厥的发作迅速而短暂, 各种原因的晕厥表现细微且不典型, 在常规的护理模式下, 特别是低年资护士, 临床经验不足, 更容易忽视晕厥的先兆症状。而预见性护理模式规范了各项护理操作, 根据术前评估对患者进行分类, 有利于护士在有序的思路指导下作出快速、准确的判断, 从而积极进行预防性处理, 消除和避免各种诱发因素, 从而降低了晕厥的发生率。同时预见性护理模式通过术中观察和术后评估, 持续改进

## 参 考 文 献

- [1] 陈美婵, 吴艳媛, 李便平, 等. 预见性护理程序预防门诊手术患者晕厥的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(24): 40-41.
- [2] 张明清. 预见性护理在防治外科门诊患者晕厥中的应用[J]. 当代医学, 2015, 21(10): 126-127.
- [3] 陈小媚, 陈小琼, 钟建勤, 等. 门诊晕厥患者的常见原因分析及护理对策[J]. 中外医学研究, 2013, 11(18): 78-79.
- [4] 俞雪飞. 鼻腔填塞物抽取时突发晕厥的原因分析及护理[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(7): 808-810.
- [5] 赵赏. 循证护理在预防肛肠术后患者晕厥中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(10): 2182-2183.

(收稿日期: 2017-02-09)

(本文编辑: 吕丽艳)