

舒适护理在颅脑外伤开颅血肿清除加去骨瓣 减压术围手术期护理中的应用

覃壮玲,何慧,刘宏艳,苏江华

(南方医科大学附属小榄医院神经外科,广东 中山 528415 E-mail:llm281281@163.com)

摘要:目的 探讨舒适护理在颅脑外伤开颅血肿清除加去骨瓣减压术围手术期护理中的应用效果。方法 选取我院 2013 年 10 月~2014 年 10 月因颅脑外伤需开颅血肿清除加去骨瓣减压术的 25 例患者为治疗组,回顾性选取 2012 年 6 月~2013 年 8 月相同外伤病例治疗的 25 例患者为对照组,两组患者在年龄、性别、病情上差异无统计学意义($P > 0.05$)。对照组依照常规护理进行干预,治疗组则依照优质护理进行干预,对两组干预后的疗效进行比较。结果 对照组患者肺部感染、高热、压疮、静脉血栓等并发症的发生比例明显高于治疗组;术后 1 个月,治疗组患者的日常生活能力(Barthel)指数和运动能力(Fugl-Meyer)评分均优于对照组患者,差异均具有统计学意义($P < 0.001$)。结论 舒适护理对颅脑外伤开颅血肿清除加去骨瓣减压术围手术期患者有很高的临床应用价值,可提高手术成功率,加快患者的康复速度,提高患者的术后生活质量。

关键词:舒适护理;颅脑损伤;围手术期护理;去骨瓣减压术

中图分类号: R473.6

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2015)03-0518-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.03.073

颅脑外伤是指由外物造成头颈部肉眼可见的损伤,会引起严重的后果,通常是头皮损伤、颅骨损伤与脑损伤三者合并存在,常引起不同程度的功能性永久损伤^[1]。颅脑外伤治疗中开颅血肿清除术分为成形骨瓣开颅和颞肌下骨窗开颅减压两种方法,它和去骨瓣减压术是治疗重度脑挫裂伤合并脑水肿的主要手段。这两个手术风险和创伤大、并发症多,术后恢复时间长,因此实施细致、全面的护理对疾病转归十分重要。2013 年 10 月开始,我科对颅脑外伤需开颅血肿清除加去骨瓣减压术的 25 例患者全面实行舒适护理服务,结果发现患者在治疗和康复期间的并发症明显减少,对促进术后神经功能恢复取得良好效果,为全面推广舒适护理在临床的应用积累了一定的经验,现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 10 月~2014 年 10 月因颅脑外伤需开颅血肿清除加去骨瓣减压术的 25 例患者为治疗组,回顾性选取 2012 年 6 月~2013 年 8 月相同外伤并给与同样治疗的 25 例患者为对照组。治疗组中男 15 例,女 10 例,年龄 19~70 岁,平均年龄(35.3±5.4)岁。伤种分类:脑内血肿 7 例,脑挫裂伤 15 例,其它形式损伤 3 例。对照组中男 16 例,女性 9 例,年龄 20~69 岁,平均年龄(36.4±5.6)岁。伤种分类:脑挫裂伤 16 例,脑内血肿 6 例,其它形式损伤 3 例。两组患者在性别、年龄、病情、病程等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组根据专科疾病护理原则实施常规护理,包括①病情监测:护士密切观察患者意识、瞳孔、呼吸、血压、脉搏、语言和肢体活动等情况,如果发现异常,及时上报医师。②饮食营养护理:由于颅脑损伤患者围手术期,往往因病情严重不能进食,而损伤修复需要消耗大量的能量,容易导致营养不良,从而影响患者

术后的恢复,因此必须注意患者肠内和肠外营养补充,病情稳定,肠鸣音恢复后积极做好肠内营养计划,饮食原则为应以高蛋白饮食高维生素高热量的流质饮食为主。③呼吸道护理:由于病情重及手术后早期意识不清,咳嗽咳痰以及吞咽等生理反射功能减弱,很容易引起误吸或痰液阻塞呼吸道,因此,在此时应该密切观察血氧饱和度,保持呼吸道通畅,定期翻身拍背时清理呼吸道分泌物,必要时可给予气道湿化或雾化吸入协助排痰。④并发症的护理:加强对皮肤的护理,落实肢体被动训练,防止压疮及静脉血栓形成。治疗组在对照组的基础上添加舒适护理,舒适护理包括对心理、康复训练及环境改造等方面因素的干预,具体内容有:①促醒护理:根据人体生物学规律,在患者大脑神经兴奋的时期,利用语言呼唤和疼痛刺激加强与患者的交流,促进患者意识恢复。②卧位舒适护理:术后患者应根据手术部位及方式来选择合理的卧位以避免手术区受压,同时顾及患者自身习惯和饮食、排便需求。③对患者心理评估,和患者或家属进行有效沟通,了解患者平时的个性及损伤后的心情、情绪等心理变化信息,针对性的实施心理护理,增强患者对恢复的信心。④尽早进行患者功能评定,在患者生命体征稳定后即开始早期床上康复训练。⑤建立一个有利于患者恢复、和谐、安全、积极的支持性护理环境,让患者感受正面的力量支持。另外,尽量满足患者的各方面需求,实施人性化的护理,鼓励或动员家属及社会力量的关心和帮助,减轻患者心理负担,促进疾病康复。

1.5 评价方法 将治疗组患者各项并发症的发生情况及术后 1 个月日常生活能力(Barthel 指数)、运动能力(Fugl-Meyer 评分)评价结果与对照组进行比较。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 17.00 软件对数据进行统计,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料用百分比表示,组间用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$

为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率比较 治疗组与对照组患者高热、肺部感染、压疮和静脉血栓等并发症的发病率差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗组患者并发症均低于对照组,见表1。

表1 两组患者并发症发生率比较 (n,%)

组别	n	高热	肺部感染	压疮	静脉血栓
对照组	25	9(36.00)	12(48.00)	8(32.00)	6(24.00)
治疗组	25	3(12.00)	5(20.00)	1(4.00)	0(0.00)
χ^2		3.95	4.37	4.15	4.74
P		0.047	0.037	0.042	0.03

2.2 两组患者治疗前后日常生活能力和运动能力情况分析 治疗组和对照组患者入院时日常生活能力评分显示,两组患者处于重度依赖状态,但差异无统计学意义($P > 0.05$);运动能力评分显示,两组患者处于严重运动障碍状态,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后1个月治疗组和对照组患者日常生活能力评分和运动能力评分均高于入院时,差异均有统计学意义($P < 0.001$),术后1个月患者日常生活能力和运动能力均明显改善,而且治疗组日常生活能力和运动能力的改善程度均好于对照组,见表2。

表2 两组患者治疗前后日常生活能力和运动能力评分情况 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	入院时		术后1个月	
		日常生活能力评分	运动能力评分	日常生活能力评分	运动能力评分
对照组	25	30.55±14.12	22.48±6.24	90.05±15.60 ^a	62.04±9.12 ^b
治疗组	25	31.43±13.27	24.59±8.95	72.34±13.50 ^c	41.32±6.51 ^d
t		0.23	0.97	4.29	9.25
P		0.82	0.34	<0.001	<0.001

注:与入院时比,a: $t = 14.14$, $P < 0.001$;b: $t = 17.90$, $P < 0.001$;c: $t = 10.81$, $P < 0.001$;d: $t = 7.70$, $P < 0.001$

3 讨论

随着现代工业的发展,高速交通工具的普及,各种意外事故也频发,颅脑外伤已成为一种常见病及多发病。在颅脑外伤的手术治疗中,颅内血肿清除加去骨瓣减压术是临床上常用的方法之一。在围手术期除了积极的传统护理措施外,辅予规范、舒适的护理方法和措施,对颅脑外伤手术患者疾病的恢复起到至关重要的作用^[2]。舒适护理模式是护理学不断发展完善及患者对生命质量追求下的产物,它主要强调在各个方面尽可能从患者生理角度出发满足患者的需求,调动患

者积极性,从而提高患者的康复速度^[3]。而且舒适护理对患者的护理干预更为精确和细致,治疗护理的效果也大幅度提高,因此受到了患者的一致好评和医生的一致认可^[4-5]。但是舒适护理模式在改善颅脑外伤患者围手术期疗效的研究相对较少,况且缺乏理论的支持,因此值得临床深入研究。

本研究就舒适护理在颅脑外伤开颅血肿清除加去骨瓣减压术围手术期护理的应用效果进行观察研究,实验结果表明,舒适护理模式干预效果比基础护理模式更为明显,治疗组患者各项并发症的发生情况比对照组明显减少(见表1),治疗组患者日常生活能力评分以及运动能力评分都明显优于对照组患者(见表2)。这是因为舒适护理在护理模式中具有有效性、创造性、个体化、整体性和可行性等特征,采取舒适护理措施不仅对患者疾病进行护理,同时对患者情绪、心理、排泄、饮食、环境、疼痛等进行全面干预,让患者在治疗过程中得到不可缺少以及备受尊重的感觉,故增强患者对战胜疾病的信心,使患者对康复治疗也更为配合,对医生和护士的态度更为积极^[6-7],促使预后和康复速度也得以提升。临床实践证明,舒适护理在颅脑外伤开颅血肿清除加去骨瓣减压术围手术期治疗中疗效显著,减少了临床并发症发生率,提高了患者术后生活质量,为患者早日康复打下了基础,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 梁茜.急性颅脑损伤患者院前急救与护理效果分析[J].中国现代医生,2013,51(8):109-110.
- [2] 黎英兰,黎小康.合适护理在外伤性蛛网膜下腔出血中的应用[J].右江民族医学院学报,2012,34(2):267-268.
- [3] Hoffman JM,Donoso Brown E,Chan L. Change in inpatient rehabilitation admissions for individuals with traumatic brain injury after implementation of the medicare inpatient rehabilitation facility prospective payment system[J]. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2012,93(8):1305-1312.
- [4] 宁有志.护理临床决策在颅脑损伤患者手术后护理中的应用[J].现代医药卫生,2011,27(8):1235-1236.
- [5] Fair LR,Donatelli NS,Somes J. Accurate triage and specialized assessment needs of the geriatric trauma patient who experiences low-energy trauma[J]. Journal of Emergency Nursing,2012,38(4):378-380.
- [6] 吴薇.护理干预对重症颅脑损伤患者的功能恢复的作用[J].国际护理学杂志,2012,31(9):1656-1657.
- [7] 何艳春,陈光新,朱明敏.早期人性照护理论对重症颅脑损伤患者肢体功能恢复的临床观察[J].国际医药卫生导报,2012,18(8):1182-1185.

收稿日期:2014-12-23;修回日期:2015-05-20