

医护一体化护理模式 在重症监护室重型颅脑损伤患者安全管理中的应用效果研究

何 敏

(贵州省黔西南布依族苗族自治州人民医院 贵州 黔西南 562400)

【摘 要】目的：研究神经重症监护室（NSICU）重型颅脑损伤患者安全管理中应用医护一体化护理模式的实际效果。方法：我科 NSICU 脑外伤患者 80 例参与研究，随机分成两组各 40 例，对照组常规护理，观察组医护一体化护理模式，分析其在安全管理中的作用。结果：护理后，观察组神经功能评分和自理能力评分均较高，术后并发症发生率较低，生活质量评分较高（ $P < 0.05$ ）。结论：NSICU 重型颅脑损伤患者在医护一体化护理模式的干预，可提高神经功能和自理能力，降低术后并发症发生率，提高患者生活质量。

【关键词】医护一体化护理模式；重症监护室；重型颅脑损伤；安全管理；效果

Study on the effect of Integrated Nursing Care Model in the safety management of intensive-care unit patients with severe craniocerebral injury

Min He

(Guizhou Provincial Qianxi'Nan Buyei and Miao Autonomous Prefecture People's Hospital 562400)

[Abstract] objective to study the practical effect of integrated nursing mode in the safety management of patients with severe brain injury in neurologic intensive-care unit unit (NSICU) . Methods: 80 patients with brain injury in Nsicu were randomly divided into two groups: Control Group (N = 40) and Observation Group (N = 40) . Results: After nursing, the scores of neurological function and self-care ability were higher in the observation group, the incidence of postoperative complications was lower, and the scores of quality of life were higher ($p < 0.05$) . CONCLUSION: NSICU patients with severe brain injury in the medical care integration nursing model intervention can improve neurological function and self-care ability, reduce the incidence of postoperative complications, improve the quality of life of patients.

[key words] Integrated Nursing Care Model, intensive-care unit care, severe brain injury, safety management, effectiveness

重症监护室（NSICU）中收治的患者病情往往比较严重，重型颅脑损伤即为收治的疾病之一。重型颅脑损伤是因多种因素造成的脑组织损伤，受伤程度较重，可按照查体、意识变化等专业评分，分为不同程度^[1]。重型颅脑损伤常分为受伤昏迷有意识障碍，如：外伤后昏迷，持续时间在 0.5h 以上，反应越差越表示受伤越严重，若患者无法沟通时，可及时行 CT 检查，按照 CT 结果判断是否有脑组织受损情况。颅脑损伤的出现很容易导致患者意识状态不佳，甚至引起昏迷，严重者会残疾甚至死亡。因脑组织生理功能特殊，需及时展开抢救，保障其治疗效果，有效对预后加以改善^[2]。现下，临床对颅脑损伤的治疗，主要用手术治疗，但因受咳嗽反射消失的抑制，容易使患者产生呼吸道阻塞现象，最终引起缺氧，常需用气管切开术解除其呼吸梗阻，保障呼吸道的畅通，并采取行之有效的干预，优化患者的预后。本研究现对收治的患者分组实施不同护理，观察效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科 NSICU 2021 年 1 月-12 月收治重型颅脑损伤患者 80 例作为研究对象，随机数字表法分成两组各 40 例，对照组：男、女（n=23、17），年龄 24~73 岁，平均（49.52±4.56）岁；观察组：男、女（n=24、16），年龄 23~73 岁，平均（49.53±4.51）岁；两组资料均衡（ $P > 0.05$ ），可对比。

1.2 方法

对照组：常规护理。护士按照医嘱，结合其实际状况供应护理服务，包含皮肤护理、疾病观察、饮食、体位干预等。

观察组：医护一体化护理模式。主要措施为：

1.2.1 建立医护一体化护理小组

成立医护一体化护理小组，小组成员由医师、NSICU 护士构成，小组成员积极协商，商量对策，严密配合。每日查房时联合护士统计患者生命体征等数据，为其展开检查，及时对治疗方式进行调整，严密对患者的瞳孔、意识等进行观察，医护人员协商后，探讨最有效的治疗、护理方式。

1.2.2 心理疏导

患者意识清醒时，针对其恐惧和焦虑，给予其安慰和鼓励，经既往康复案例，增强其康复信念，调动患者治疗的积极性，用温和、规范的方式沟通，减轻其紧张情绪。

1.2.3 吸痰护理

严格遵循无菌理念，记录痰液量、黏度，用振动排痰仪帮其排出痰液。为意识清醒表示有痰者行吸痰处理。责任护士定时帮其翻身、叩背，加速气管内壁痰液排除，叩背顺利从外向内、从上向下，叩击应保持力度的均衡，叩击频率 40-50 下/min。按照患者需求为其吸痰，吸痰体位抬高床头 15°-30°，为其取半侧卧位。吸痰前常规为患者吸纯氧，按照其病情决定吸痰管的插入深度，无负压时送管，边吸引边旋转迅速将吸痰管撤出，控制吸痰时间在 15s 内。

1.2.4 口腔护理

按照患者实际情况，选择合适的护理液，必要时在患者口咽位置涂抹非吸收性抗菌膏，落实口腔护理。

1.2.5 无菌操作护理

实际护理时，测定患者体温，保持手卫生清洁，做好隔离措施。检查切口部位是否有感染发生的可能。及时对覆盖伤口的纱布进行更换，做好消毒，保障气管切开部位的清洁，及时对敷料进行更换，取浓度 5% 碘伏行消毒处理。定期为

病室消毒和清洁, 严格对探访人员的数量进行控制, 保障病室的有效通风。

1.2.6 促醒护理

患者昏迷阶段安排康复治疗师为其开展多感觉刺激治疗, 达到早期促醒目的。多感觉刺激治疗有特殊刺激、躯体感觉刺激。特殊刺激从视觉、听觉、嗅觉方面刺激, 视觉上如: 电光源刺激, 听觉上播放患者喜欢的音乐, 嗅觉上用香水刺激。躯体感觉刺激包含温觉、触觉刺激, 温觉刺激可用冷热交替对患者的手足进行刺激, 触觉刺激可用软毛刷对其皮肤进行刺激。

1.3 观察指标

(1) 观察比较两组神经功能评分和自理能力评分。神经功能用 GCS 格拉斯哥昏迷指数量表评估, 分值越高则患者越清醒。日常生活能力用 Barthel 指数评价, 分值越高则患者生活能力越强。(2) 计算比较两组术后并发症发生率。(3) 观察两组患者护理前后生活质量评分, 共包含指标 4 项, 各项总分均为 100 分, 经对各项指标的统计计算全部患者干预前后平均生活质量评分, 分值高低与患者的生活质量是正比关系。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$)、计数资料行 t 检验、 χ^2 检验对比。P < 0.05 为差异显著。

2 结果

2.1 神经功能评分和自理能力评分

护理后, 观察组神经功能评分和自理能力评分均较高 (P < 0.05)。见表 1。

表 1: 神经功能评分和自理能力评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	GCS 评分		Barthel	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	5.32 ± 0.66	9.80 ± 1.63	41.84 ± 6.06	61.79 ± 6.41
对照组	40	5.28 ± 0.63	7.04 ± 1.32	42.72 ± 6.10	53.48 ± 4.08
t		0.277	8.322	0.647	6.917
P		0.782	0.000	0.519	0.000

2.2 术后并发症

护理后, 观察组术后并发症发生率较低 (P < 0.05)。见表 2。

表 2: 术后并发症 [n (%)]

组别	n	压力性损伤	管道意外事件	术后并发症发生率
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)
对照组	40	5 (12.50)	3 (7.50)	8 (20.00)
χ^2				4.507
P				0.034

表 3: 生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	肌力恢复评分 (分)		意识恢复程度评分 (分)		心理功能 (分)		社会功能 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	42.36 ± 5.91	73.78 ± 6.89	40.44 ± 6.12	70.89 ± 5.41	43.09 ± 4.23	69.78 ± 6.63	39.69 ± 3.75	74.39 ± 5.41
对照组	40	43.59 ± 5.14	53.58 ± 7.36	41.77 ± 6.23	60.39 ± 7.63	44.20 ± 4.82	53.98 ± 5.84	40.39 ± 3.85	57.99 ± 7.45
t		0.993	12.672	0.963	7.100	1.095	11.310	0.824	11.266
P		0.324	0.000	0.338	0.000	0.277	0.000	0.413	0.000

2.3 生活质量评分

护理后, 观察组患者的生活质量评分明显较高 (P < 0.05)。见表 3。

3 讨论

重型颅脑损伤是受到外力的冲击, 致使患者脑血功能出现异常, 颅骨中脑结构与脑功能出现变化, 最终引起脑水肿、神经功能受损, 严重危害患者的生命健康^[3]。临床对这些患者的治疗, 通常以手术为主, 但因患者颅脑受损后, 人体抵抗能力不佳, 处于高耗能状况下, 自身呼吸降低, 容易诱发肺部感染的发生^[4]。神经外科医疗技术的发展, 无形中会提升重型颅脑损伤患者的存活, 但对存活的患者来讲, 存在很多程度的运动与神经功能障碍, 严重影响其术后生存与康复质量, 所以经加强围术期医护管理工作, 有助于降低术后并发症的发生, 加速其尽快恢复。

本研究中, 观察组各项指标明显优于对照组 (P < 0.05)。这说明医护一体化护理模式的干预, 不仅可对其预后质量加以改善, 还可从整体上提高医护服务质量, 临床取得效果显著。其主要原因为: 常规护理重视对患者治疗、用药状况的关注, 无形中会忽略对护理服务的需求, 影响患者病情的恢复, 难以取得理想的护理效果^[5]。最近几年, 建立在我国医疗水平的发展教育下, 临床护理也发生较大的变化, 朝精细化、优质性方向发展。医护一体化护理模式是医护人员围绕患者所开展的一项工作, 经二者共同加入诊疗环节, 可加速患者病情的好转, 优化患者生活质量。

综上所述, NSICU 重型颅脑损伤患者在医护一体化护理模式的干预, 可改善患者神经功能、自理能力, 预防术后并发症的发生, 提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 刘海艳. 医护一体化在重症监护室机械通气病人早期康复中的应用研究进展 [J]. 全科护理, 2020, 18(31): 4284-4287
- [2] 叶秋莲. 医护一体化模式在儿童重症监护室晨交班质量管理中的应用 [J]. 全科护理, 2021, 19(32): 4598-4600
- [3] 苏玉敏, 白亚楠, 刘丹丹, 等. 护士主导护理模式在急诊重症监护室患者血糖管理中的应用研究 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(1): 113-115
- [4] 高彩萍, 施娟, 王凤霞, 等. 医护一体化模式在脑外伤康复期患者中的应用研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(26): 2016-2023
- [5] 刘英丽, 贾磊, 黄博, 等. 医护一体化管理模式对 ICU 重型颅脑损伤患者误吸发生的影响 [J]. 医学美学美容, 2019, 28(5): 170