

亚低温护理在重症颅脑外伤患者护理中的效果分析

闫云淞

定州市人民医院 河北保定 073000

【摘要】目的：探讨应用亚低温护理进行重症颅脑外伤护理的价值。方法：回顾分析2023年5月~2024年4月80例重症颅脑外伤患者，护理模式分组，对照组常规护理，观察组亚低温护理，各40例，比较意识状态、神经功能、并发症发生率。结果：意识状态比较，观察组护理后GCS低于对照组，意识恢复较好($P < 0.05$)；神经功能比较，观察组护理后NIHSS低于对照组，神经功能缺损显著减轻($P < 0.05$)；并发症率比较，观察组2.50%，对照组15.00%，观察组发生率较低($P < 0.05$)。结论：通过亚低温护理可有效恢复重症颅脑外伤患者意识状态，缓解神经功能损伤，减少并发症，效果较好。

【关键词】重症颅脑外伤；亚低温护理；并发症；神经功能

前言：

重症颅脑外伤通常是由高坠、交通意外、暴力撞击等引起的危急重症，常见引起颅骨骨折、脑血肿、脑震荡等，造成神经功能缺损、意识和机体功能障碍，患者残疾、死亡风险较高^[1]。常规护理主要是配合医师恢复脑循环和稳定生命体征，效果较差。亚低温护理是采取针对性措施维持体温为亚低温状态，促进颅内压降低，同时避免损伤系统功能，是新型护理技术。选取重症颅脑外伤入院病例80例，入组时间2023年5月~2024年4月，说明亚低温护理方法，观察疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年5月~2024年4月80例颅脑损伤病例，观察组40例(亚低温护理)，性别：男/女=23/17，年龄(22~60)岁，平均(44.84 ± 7.29)岁；创伤(0.5~4.0)h入院，平均(2.46 ± 0.82)h；体温(35.5~36.9)℃，平均(36.30 ± 0.24)℃。对照组40例(常规护理)，性别：男/女=22/18，年龄(23~59)岁，平均(44.81 ± 7.25)岁；创伤(1.0~3.5)h入院，平均(2.50 ± 0.80)h；体温(35.4~36.8)℃，平均(36.32 ± 0.22)℃。资料可予分析($P > 0.05$)。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准：(1)确诊为重症颅脑损伤；(2)影像学检出外伤性颅内

出血；(3)入院格拉斯哥昏迷评分(GCS)≤8分；(4)认知良好。

排除标准：(1)严重出血倾向；(2)术前肢体功能障碍；(3)合并非外伤性头痛、偏头痛；(4)资料不全。

1.3 方法

对照组常规护理：辅助医师进行围术期干预，辅助患者排痰，监测生命体征，维持颅内压，对患者进行营养和心理干预。

观察组在常规干预基础上行亚低温护理：(1)辅助患者调整为舒适体位，使用冰袋冰敷头部、全身大血管，期间监测体温，将体温控制为约35℃，持续1周物理降温，1周后复温护理。(2)冰袋物理降温1周后，定时提升体温，2h/次，1℃/次，缓慢、稳定复温，直至提升至36℃，复温期间严密监测体温变化。(3)亚低温护理时间≤2周，护理期间加强体征监测，观察神志、面色变化，及时对症处理。

1.4 观察指标

意识、神经功能：(1)意识状态：手干预前后GCS评估，(0~15)分，GCS评分越低意识状态越差。

并发症：统计患者误吸、肺炎和切口感染情况。

1.5 统计学方法

重症颅脑损伤病例数据以SPSS 26.0处理，神经缺损情况、意识状态以“均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)”分析，t检验，并发症以率(%)分析，

χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 意识、神经功能

干预前 NIHSS、GCS 相近 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组 NIHSS $<$ 对照组 ($P < 0.05$), 观察组 GCS $>$ 对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组 NIHSS、GCS 变化[分, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	NIHSS 评分	GCS 评分
观察组 (n=40)		
干预前	18.06 \pm 3.79	5.19 \pm 1.06
干预后	7.02 \pm 1.20 ^{*#}	13.14 \pm 1.20 ^{*#}
对照组 (n=40)		
干预前	18.11 \pm 3.56	5.21 \pm 1.02
干预后	10.35 \pm 1.17 [*]	10.50 \pm 1.13 [*]

注: 与同组干预前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.2 并发症情况

观察组发生率 (2.50%) $<$ 对照组 (15.00%) ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 并发症情况[n, % (n)]

组别	n	误吸	肺炎	切口感染	发生率
观察组	37	1	0	0	2.50 (1/40)
对照组	37	2	1	3	15.00 (6/40)
P					< 0.05

3 讨论

颅脑外伤临床干预中, 亚低温护理是降低体温的有效方法, 有利于减轻颅脑损伤。通过亚低温护理降低体温, 延缓颅脑组织代谢, 减少脑细胞耗氧量, 降低颅脑损伤后局部供养需求, 促进受损细胞修复、缩小脑组织损伤范围, 改善患者预后。亚低温护理可降低炎性因子活性, 缓

解脑组织水肿, 改善血管功能, 减轻颅脑外伤后机械性损伤与生化性损伤, 促进患者预后^[2]。

本研究中, 神经功能观察, 观察组干预后 NIHSS 从 (18.06 \pm 3.79) 分降低至 (7.02 \pm 1.20) 分, 对照组从 (18.11 \pm 3.56) 分降低至 (10.35 \pm 1.17) 分, 干预前神经缺损显著, 护理后神经功能恢复较好。意识状态方面, 观察组 GCS 从 (5.19 \pm 1.06) 分提高至 (13.14 \pm 1.20) 分, 对照组从 (5.21 \pm 1.02) 分提高至 (10.50 \pm 1.13) 分, GCS 变化显示观察组意识障碍有效缓解, 患者恢复较好。并发症方面, 2 组发生率分别为 2.50%、15.00%, 观察组较低, 比较符合护理预期。

亚低温护理主要是采取物理措施降低患者体温, 进而影响机体循环, 减少机体耗氧, 有利于维持机体功能稳定。亚低温护理前应综合评估患者健康状态和护理风险, 保证局部皮肤干燥、清洁, 亚低温护理期间禁止使用含水药膏、护肤品, 保证降温效果。规范实施操作, 护理期间动态监控患者耐受性和病情变化, 合理控制温度和治疗时间, 科学调整参数。亚低温护理中应预防电解质紊乱、肺部感染、冻疮、压疮以及循环系统并发症, 同时应预防复温并发症, 在复温后加强颅内压和电解质检测, 改善患者预后。治疗后及时保暖, 加强风险防控, 做好全方位护理, 保证安全治疗。

综上所述, 重症颅脑外伤手术护理中, 亚低温护理具有较高应用价值。通过亚低温护理可改善神经功能, 促进意识状态恢复, 改善预后, 减少并发症, 护理效果较好。

参考文献:

- [1]高鹏, 李晓晶.亚低温护理在重症颅脑外伤患者护理中的应用分析[J].生命科学仪器, 2022, 20 (Z1): 99.
- [2]韩慧慧.亚低温护理在重症颅脑外伤患者护理中的应用效果分析[J].生命科学仪器, 2022, 20 (Z1): 101.