

# 重症创伤脑出血患者手术后重症监护病房(ICU)护理干预效果分析

Analysis of the effect of postoperative intensive care unit (ICU) nursing intervention on patients with severe traumatic cerebral hemorrhage

余霞 廖敏 周承秀 罗露<sup>通讯作者</sup>

Yu Xia, Liao Min, Zhou Chengxiu, Luo Lu, Corresponding Author

(西南医科大学附属中医医院 四川省泸州市龙马潭区 646000)

(Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine of Southwest Medical University, Longmatan District, Luzhou City, Sichuan Province 646000)

**摘要:** 目的: 研究重症创伤脑出血手术后患者接受重症监护病房(ICU)护理的效果。方法: 选择 2022 年 05 月 - 2023 年 05 月本院 ICU 接受手术治疗的重症创伤脑出血患者 62 例, 随机分组, 命名对照组、研究组, 分析护理干预效果。结果: 研究组病情恢复时间短,  $P < 0.05$ ; 护理后, 研究组 NIHSS、FMA、ADL 评分均优于对照组,  $P < 0.05$ ; 护理后, 研究组 MoCA 评分高,  $P < 0.05$ ; 研究组并发症更低,  $P < 0.05$ 。结论: ICU 护理运用在强化对重症创伤脑出血手术后患者护理中, 可加速其康复速度, 改善患者的神经功能、肢体功能以及认知功能等, 并发症发生率低, 建议运用。

**Abstract:** Objective: To study the effectiveness of intensive care unit (ICU) care for patients with severe traumatic cerebral hemorrhage after surgery. Method: 62 patients with severe traumatic cerebral hemorrhage who underwent surgical treatment in the ICU of our hospital from May 2022 to May 2023 were randomly divided into a control group and a research group, and the nursing intervention effect was analyzed. Result: The recovery time of the study group's condition was short,  $P < 0.05$ ; After nursing, the NIHSS, FMA, and ADL scores of the study group were better than those of the control group,  $P < 0.05$ ; After nursing, the MoCA score of the study group was high,  $P < 0.05$ ; The study group had lower complications,  $P < 0.05$ . Conclusion: The application of ICU nursing in strengthening the care of patients with severe traumatic cerebral hemorrhage after surgery can accelerate their recovery speed, improve their neurological, limb, and cognitive functions, and have a low incidence of complications. It is recommended to use it.

**关键词:** 重症创伤脑出血; 手术治疗; 重症监护病房(ICU)护理; 神经功能; 肢体功能; 认知功能

**Keywords:** Severe traumatic cerebral hemorrhage; Surgical treatment; Intensive Care Unit (ICU) care; Neurological function; Limb function; cognitive function

创伤性脑出血为高发的危重症疾病, 致病原因为头部被外力影响, 脑血管出现破裂出血, 多数出现在头部被重物打击、车祸以及高空坠落事故中。该疾病进展的速度较快, 发病多急促, 预后效果不佳<sup>[1]</sup>。现阶段, 对此疾病治疗中, 手术治疗作为关键的治疗方式, 可控制疾病进展, 将患者症状表现改善, 所获得的整体治疗效果良好。但是在手术之后患者需进入到 ICU 病房中接受个性化治疗, 为了可加速其康复速度, 会将 ICU 护理引入, 强调护理的针对性和全面性, 旨在保障患者的安全、促进手术治疗效果提升。常规护理服务一般仅围绕各种医学行为为患者提供简单的护理服务, 主要目的在于保障各种医疗操作可顺利的进行, 侧重点是疾病护理, 没有重点关注不同患者的个体化差异<sup>[2]</sup>。而 ICU 护理具备针对性、全面性的特征, 可和患者的需求、病情结合, 为患者提供更优质的服务。基于此, 本文将分析重症创伤脑出血手术后患者接受 ICU 护理服务的效果, 如下:

## 1. 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2022 年 05 月 - 2023 年 05 月本院 ICU 接受手术治疗的重症创伤脑出血患者 62 例, 随机分组, 命名对照组、研究组。研究组 31 例, 平均年龄(53.16 ± 9.28)岁; 对照组 31 例, 平均年龄(53.14 ± 9.24)岁, 一般资料 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

常规护理, 动态监测患者各项生命体征变化, 确保管路处于通畅状态下。遵医嘱给予患者药物支持, 为其提供基础生活、疾病护理。操作中需遵循无菌原则, 预防并发症。

#### 1.2.2 研究组

在对照组基础之上, 开展 ICU 护理, 具体为:

(1) 完善基础护理: 运用棉球蘸取生理盐水对其口腔全面的清洁, 每天三次。定时辅助患者翻身, 对受压位置按摩, 做好叩背管理。合理将气垫床医疗工具和泡沫敷料等引入, 旨在预防压疮的出现。对昏迷的患者开展鼻饲支持, 在鼻饲前需对胃液抽取, 了解胃管通畅情况。对胃液的颜色性质观察, 如果发现胃液为咖啡色,

需警惕患者可能即将出现消化道出血病症, 后停止鼻饲支持, 遵医用药支持。对于意识清醒的患者, 要给予其流质食物支持, 后按照其恢复情况逐步的过渡至半流质饮食, 最后转为普食。

(2) 强化生命体征监测: 对患者的各项生命体征指标密切的监测与观察, 将数据信息精准记录, 告知医生, 使其可对患者病情更为针对性的判定。明确患者的生命体征指标是否存在异常的波动, 例如血压指标增高、脉搏降低以及呼吸频率不稳等问题。若是上述问题出现, 可能提示患者有颅内血肿、脑水肿等病症。对其瞳孔观察, 如果患者有双瞳大小不同、对光源敏感度不高的时候, 可运用呼唤反应以及痛觉刺激等形式, 明确其意识情况, 及时了解患者是否出现昏迷和嗜睡等症状。

(3) 环境管理: 每天均需对病房全面的清洁、消毒。全部医疗器械在被运用前后都需完成消毒处理, 保障 ICU 室内的环境可更为舒适, 处于无菌状态。护士在为患者提供护理前, 需做好手卫生与消毒, 依照要求佩戴防护用品, 规避交叉感染问题出现。

(4) 呼吸道护理: 警惕患者出现呼吸道阻塞症状, 对其指标监测, 例如面色、呼吸情况以及血气分析指标等。确保呼吸道被维持在畅通状态下。做好体位摆放, 将其头部偏于一侧, 对痰液性质、颜色和量等观察, 将其呼吸道内分泌物彻底清除。若是患者的呼吸节律、深度出现变化, 需及时和医生沟通, 做好气管插管、器官切开治疗的准备工作。

(5) 重视引流护理: 此类患者在术后一般需引流 3~7 天, 处于引流期, 需关注引流管通畅程度, 遵医嘱适当的进行抽吸处理, 亦可运用药物对血凝块处理, 确保引流管通畅, 预防颅内积气症状发生。辅助患者定时翻身, 后需对引流袋高度及时调整。针对脑水肿患者护理中, 要将其头部适当的抬高到 15° ~ 30°, 使其脑水肿症状被改善, 在将头部调高中要适当的对引流袋位置调整。及时更换引流袋, 如果引流液量增多、颜色加深, 要和医生沟通, 开展对症处理。

(6) 保护性管理: 按照患者意识、精神情况, 综合评估患者是否需接受约束管理, 对约束设备合理选取, 防止患者因为坐起、躁动等引起管道脱落和坠床等。若是需运用约束带保护, 需保障约

束带的松紧度适合, 确保其可容纳一指。了解受压位置皮肤情况, 如果有破损、青紫以及苍白等情况, 要运用敷料、按摩等方式保护, 预防皮肤损伤症状。

(7) 心理护理: 了解患者精神清醒情况, 在开展各项护理服务前, 要口头告诉患者, 在护理中给予其适宜的抚慰, 使其不适感、恐惧感被消除。在其清醒后, 要健康宣教, 使其明确自身病况, 将放松方式、语言安抚方式引入, 将其不良心态疏解, 提升其护理配合程度。

1.3 观察指标及评价标准

- (1) 病情恢复时间: 记录排气时间、ICU 时间、住院时间;
- (2) NIHSS、FMA、ADL 评分: 对应测定患者神经功能、肢体功能以及日常活动能力, 运用 NIHSS、FMA、ADL 量表;
- (3) MoCA 评分: 测定患者的认知功能, 运用 MoCA 量表;
- (4) 并发症: 记录切口感染、肺部感染、低钠血症、外伤性癫痫发生例数。

1.4 数据处理

表 2 NIHSS、FMA、ADL 评分 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

组别	NIHSS 评分		FMA 评分		ADL 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=31)	24.64 ± 2.14	9.63 ± 1.92	56.15 ± 4.36	89.04 ± 5.20	20.15 ± 3.23	35.53 ± 5.27
对照组 (n=31)	24.82 ± 2.20	11.45 ± 1.28	56.32 ± 4.34	71.21 ± 5.14	20.04 ± 3.28	25.23 ± 6.03
t	0.3265	4.3914	0.1539	13.5775	0.1330	7.1610
p	0.7452	0.0000	0.8782	0.0000	0.8946	0.0000

2.3 分析两组 MoCA 评分

表 3 两组 MoCA 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$  /分)

组别	定向力		视空间及执行力		命名		语言	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组 (n=31)	3.26 ± 0.62	4.69 ± 0.35	1.37 ± 0.70	3.02 ± 0.38	2.74 ± 0.36	3.88 ± 0.23	3.75 ± 0.41	4.98 ± 0.25
对照组 (n=31)	3.23 ± 0.75	4.06 ± 0.81	1.29 ± 0.72	1.58 ± 0.14	2.82 ± 0.47	2.99 ± 0.18	3.81 ± 0.07	4.07 ± 0.39
t	0.1717	3.9752	0.4436	19.7980	0.7524	16.9667	0.8032	10.9372
p	0.8643	0.0002	0.6590	0.0000	0.4548	0.0000	0.4250	0.0000

2.4 分析两组并发症

表 4 术后并发症 (n%)

组别	切口感染	肺部感染	低钠血症	外伤性癫痫	总概率
研究组 (n=31)	1/31 (3.23%)	1/31 (3.23%)	1/31 (3.23%)	0/31 (0.00%)	3/31 (9.67%)
对照组 (n=31)	5/31 (16.13%)	3/31 (9.67%)	5/31 (16.13%)	3/31 (9.67%)	16/31 (51.61%)
X <sup>2</sup>	-	-	-	-	12.8250
P	-	-	-	-	0.0003

3. 讨论

重症创伤性脑出血的致残率、致死率均较高, 因为创伤位置、恶性程度有所不同, 所以患者的症状有明显差异, 典型表现为意识障碍、头痛、神经功能损伤以及颅内压增高等<sup>[1]</sup>。如果治疗的不够及时, 死亡的风险会增高, 就算是存活患者也会出现不可逆性脑损伤, 对其日常生活和生命安全产生不利影响<sup>[2]</sup>。对此类患者抗休克治疗、止血治疗以及维持呼吸道通畅等基础治疗之上, 对患者进行手术治疗, 可使其颅内压降低, 将颅内血肿消除, 降低局部脑损伤程度, 增加其生存率<sup>[3]</sup>。可在手术之后患者的病情多不稳定, 所以在术后需进入 ICU 内接受治疗和监护, 在患者病情稳定后转到普通病房内, 对此阶段护理较为关键。伴随 ICU 护理服务理念逐步的革新和完善, ICU 护理服务逐步完善, 将多种先进、优质的护理方式引入后, 护理更具多元化、全面性、科学性以及规范性, 可多层次的对患者护理<sup>[4]</sup>。

此研究中, 分析护理干预效果, 发现研究组病情恢复中排气时间 4.04 ± 1.46 (d)、ICU 时间 7.47 ± 0.42 (d)、住院时间 9.16 ± 1.42 (d) 短, P < 0.05; 护理后, 研究组 NIHSS 评分为 9.63 ± 1.92 (分)、FMA 评分为 89.04 ± 5.20 (分)、ADL 评分为 35.53 ± 5.27 (分) 均优于对照组, P < 0.05; 护理后, 研究组 MoCA 评分高, P < 0.05; 研究组并发症发生率 3/31 (9.67%) 更低, P < 0.05。证实了 ICU 护理运用价值理想, 此研究结果发生的原因: 动态、全面的监测患者病情, 护士要测定患者呼吸指标、意识情况、瞳孔状态、心率指标以及血压指标等, 明确其脑组织受损程度, 尽早识别患者有无颅内压增高、脑积水等多种异常问题, 后将预防护理、针对性护理引入, 使其神经损伤被减轻, 改善预后<sup>[5]</sup>。同时因为患者的免疫力低下, 发生交叉感染的概率较高, 而将 ICU 环境管理以及无菌护理等

用 SPSS 19.0 软件进行统计, 计数资料用 (n%) 表示、行 X<sup>2</sup> 检验, 计量资料用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示、行 t 检验。P < 0.05 有统计学意义。

2. 结果

2.1 分析两组病情恢复时间

研究组病情恢复时间短, P < 0.05, 见表 1。

表 1 病情恢复时间 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	排气时间 (d)	ICU 时间 (d)	住院时间 (d)
研究组 (n=31)	4.04 ± 1.46	7.47 ± 0.42	9.16 ± 1.42
对照组 (n=31)	7.83 ± 1.88	9.75 ± 1.57	12.41 ± 1.45
t	8.8651	7.8110	8.9161
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 分析两组 NIHSS、FMA、ADL 评分

护理后, 研究组 NIHSS、FMA、ADL 评分均优于对照组, P < 0.05, 见表 2。

护理后, 研究组 MoCA 评分高, P < 0.05, 见表 3。

研究组并发症更低, P < 0.05, 见表 4。

操作落实, 可降低交叉感染出现的风险, 避免创口感染、肺部感染等多种并发症出现, 使其康复进程加快。完善呼吸管理、消化道护理以及引流管护理, 可确保患者呼吸道顺畅, 为患者的康复创造优良条件。后实施保护性约束管理、心理管理, 可确保患者处于恢复期的安全性, 改善其心理状态, 所获得的护理质量更优<sup>[6]</sup>。

综上, ICU 护理运用在重症创伤性脑出血护理中, 可加速患者康复速度, 改善患者功能指标, 安全性高, 建议运用。

参考文献:

- [1] 宋凯. 重症创伤性脑出血患者手术后重症监护病房(ICU)护理干预效果观察[J]. 康颐, 2022(5):31-33.
- [2] 王玉. 预见性护理干预对重症监护室(ICU)脑出血患者降低肺部感染发生率的效果[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(25):242, 244.
- [3] 马娇, 许姗姗. 分析重症创伤性脑出血患者手术后重症监护病房(ICU) 护理干预效果[J]. 医药界, 2019(16):0060.
- [4] 热依拉·米吉提, 罕尼坎克·阿布都克尤木. 基于重症监护护理评分系统的护理干预对 ICU 脑出血患者预后的影响分析[J]. 健康必读, 2021(4):151.
- [5] 杜英. 系统性护理干预对降低 ICU 脑出血患者肺部感染率的效果[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2021, 21(3):5-6.
- [6] 贾雪, 李慧, 杨霞, 等. 护理干预对 ICU 脑出血患者预防肺部感染的效果评价[J]. 首都食品与医药, 2022, 29(9):100-102.
- [7] 靳峰. 系统性护理干预对降低 ICU 脑出血患者肺部感染率的效果观察[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(36):10-12.
- [8] 钱晓青, 阴英. 护理干预在重症监护室(ICU)脑出血患者预防肺部感染中的应用效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(1):140-142.