

# 基于加速康复外科理念的围手术期护理对重型颅脑损伤患者术后的效果分析

Analysis of the effect of perioperative nursing based on the concept of accelerated rehabilitation surgery on patients with severe head injury after surgery

陈浩文

ChenHaowen

(重庆医科大学附属第二医院 重庆 400010)

(The Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University Chongqing 400010)

**摘要:**目的:分析基于加速康复外科理念的围手术期护理对重型颅脑损伤患者术后恢复的影响。方法:采取随机数字表法将80例重型颅脑损伤患者分为40例/组,对照组实施常规围手术期护理,观察组采取基于加速康复外科理念的围手术期护理。对比术后恢复情况、并发症、神经功能缺损评分、生活质量评分以及护理满意度情况。结果:观察组术后肠鸣音恢复、第一次排气和排便以及清醒、住院时间短于对照组( $P < 0.05$ );观察组术后并发症发生率低于对照组( $P < 0.05$ );出院时,观察组神经功能缺损评分低于对照组,生活质量评分高于对照组( $P < 0.05$ );观察组护理总满意度水平高于对照组( $P < 0.05$ )。结论:对重型颅脑损伤患者实施基于加速康复外科理念的围手术期护理有利于术后恢复,减少并发症,改善神经功能,提高生活质量和患者满意度。

**Abstract:** Objective: To analyze the impact of perioperative nursing based on the concept of accelerated rehabilitation surgery on postoperative recovery of patients with severe head injury. Method: 80 patients with severe head injury were divided into 40 cases/group using a random number table method. The control group received routine perioperative care, while the observation group received perioperative care based on the concept of accelerated rehabilitation surgery. Compare postoperative recovery, complications, neurological deficit scores, quality of life scores, and nursing satisfaction. Result: The postoperative recovery of bowel sounds, first exhaust and defecation, as well as awakening and hospitalization time in the observation group were shorter than those in the control group ( $P < 0.05$ ); The incidence of postoperative complications in the observation group was lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ); At discharge, the neurological deficit score in the observation group was lower than that in the control group, and the quality of life score was higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ); The overall satisfaction level of nursing in the observation group was higher than that in the control group ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Implementing perioperative nursing based on the concept of accelerated rehabilitation surgery for patients with severe head injury is beneficial for postoperative recovery, reducing complications, improving neurological function, improving quality of life, and patient satisfaction.

**关键词:** 重型颅脑损伤; 加速康复外科理念; 围手术期护理

**Keywords:** Severe head injury; The concept of accelerated rehabilitation surgery; Perioperative care

颅脑损伤是在外力的作用之下,颅脑发生创伤,除了有脑组织损伤问题,兼有脑水肿、颅内压升高等诸多病理表现,临床一般用格拉斯哥昏迷指数评判颅脑损伤程度,在8分及以下表示损伤程度达到了重型,病情凶险,需要及时手术。标准大骨瓣开颅术是目前治疗重型颅脑损伤比较常用的一种术式,能将颅内坏死的脑组织、血肿清除干净,以积极控制病情,为了帮助患者更快更好的恢复,除了手术治疗,还需要配合科学的护理干预措施。加速康复外科理念认为,护理措施应该具备循证依据,并持续优化护理流程,以不断减轻病人围术期应激反应<sup>[1]</sup>,帮助患者快速康复。本文旨在分析基于加速康复外科理念的围手术期护理对重型颅脑损伤患者术后恢复的影响,共纳入80例患者展开研究,详情见下。

## 1 资料及方法

### 1.1 资料

共计纳入重型颅脑损伤患者80例成为本次研究对象(收治时间:2021年2月至2023年1月)。通过“随机数字表法”将80例患者分成对照组40例和观察组40例。

[对照组]男性:女性=27:13,年龄28~60( $50.42 \pm 5.16$ )岁;格拉斯哥昏迷指数3~8( $5.01 \pm 1.16$ )分;损伤部位:19例枕部,10例额部,5例颞部,6例其他部位;受伤原因:21例交通事故,10例高空坠落,5例打架斗殴,4例其他。

[观察组]男性:女性=26:14,年龄25~61( $50.21 \pm 5.49$ )岁;格拉斯哥昏迷指数3~8( $5.12 \pm 1.10$ )分;损伤部位:18例枕部,10例额部,6例颞部,6例其他部位;受伤原因:22例交通事故,9例高空坠落,4例打架斗殴,5例其他。

上述两组资料作统计学分析,得出 $P_{组} > 0.05$ 。

纳入标准:(1)经头部CT等检查和格拉斯哥昏迷指数评估,符合重型颅脑损伤诊断标准;(2)伤后昏迷时间在6h及以上,预计生存时间在半个月以上;(3)入院后接受手术,出院时意识恢复;(4)年龄满18周岁;(5)伤前无其他重疾;(6)临床资料完整。

排除标准:(1)以往接受过颅脑手术;(2)伤前患有精神疾病或神经系统疾病;(3)处于妊娠期女性。

## 1.2 方法

对照组:常规围手术期护理。(1)术前护理。病情观察、呼吸道护理方法与观察组相同,正常开放静脉通道并及时补液,应用阿片类药物镇痛;(2)术中护理。未做特殊性的保暖干预措施,没有明确控制补液量;(3)术后护理。对患者的生命体征、意识状态进行观察,检查瞳孔大小,术后24h进行肠内营养支持,未明确控制补液量,结合血压水平实施经验性输液,未做特殊的唤醒服务,予以适当的镇痛镇静处理。待患者意识好转之后,将尿管拔除,做膀胱功能锻炼。手术后24h做CT检查,引流管在术后48h拔除,应用鼻胃管、胃肠减压器。对患者下肢的颜色、皮温等情况进行观察,定期做下肢超声检查,筛查下肢深静脉血栓,每天指导患者做踝泵运动,保证皮肤干燥清洁,及时处理压疮等问题。常规性的做吸痰处理,如有异常,需留取标本检测,患者恢复意识之后,慢慢开展功能锻炼,和患者之间没有特殊的沟通,仅仅完成常规性健康宣教活动。

观察组:基于加速康复外科理念的围手术期护理。(1)术前护理。①病情观察。注意监测患者各项生命体征,检查瞳孔、意识状态,评估肢体的活动情况,上述检查频率每间隔15分钟至30分钟做一次,及时发现脑疝、颅内出血等病症,第一时间上报并协助处理。和家属进行沟通,了解病人受伤情况,比如时间、原因等,并收集基础疾病、手术史等资料信息;②呼吸道护理。将患者的呼吸道及时清理干净,保证呼吸道畅通,协助其保持平卧位或者是侧卧位,将头侧偏,警惕舌后坠,如果发生舌后坠,需要立刻用舌钳拉出,同时吸痰处理;③开放静脉通道。快速的开放静脉通道两条,结合病情对补液的速度加以控制;④镇痛管理。预防性应用镇痛药物,合理使用局部和全身镇痛法;(2)术中护理。①术中保暖。添加保温毯,提前加热输液;②液体管理。控制术中的补液量在20ml/kg及以下;(3)术后护理。①病情观察。注意观察患者的各项生命体征,比如心率、呼吸频率等,检查瞳孔状态、意识状态,计算脑氧摄取率;②营养支持。实施超早期肠内营养支持,即术后6h开始,6~24h选择重力泵输入,由稀到稠,由少到多,循序渐进;

③液体管理。补液量一般控制在每天 1500ml 以内，遵循目标导向输液、精准输液原则；④每日唤醒。采取五种刺激法，首先，听觉刺激，可以采取言语呼唤、激励的方式进行，家属探视时可以和患者进行言语沟通，比如讲述难忘的经历等等；其次，触觉刺激，可以用棉签对患者的足底、面部等比较敏感的部位进行刺激，或者采取冷热刺激法，分别用 0℃、40℃ 的冷热毛巾交替刺激掌心；再者，运动刺激，帮患者改变体位，被动活动肢体；另外，嗅觉刺激，可以用比如白酒、风油精等刺激性较大的物品来刺激嗅觉；最后，光照刺激，拉上窗帘，调暗灯光，用彩纸包裹手电筒，再对着患者的正面头部和双侧照射，被动的让患者睁眼闭眼；⑤镇痛管理。实施超前镇痛法，即手术后即可，就进行两到三天的外周镇痛泵镇痛，每班都需应用《视觉模拟评分量表》评估疼痛情况，连续三次在三分以下，停止使用镇痛泵，改为非药物镇痛法，如果在三分及以上，遵照医嘱继续进行阶梯式的镇痛法；⑥管道护理。术后 24h 间断式的夹闭尿管，并将尿管早期拔除，手术后 8h 做 CT 检查，引流管在术后 24h 视情况拔除，其他各种导管都在符合标准的前提下尽早拔除，胃肠减压器不常规使用；⑦并发症预防。注意观察患者下肢情况，比如色泽、温度等，做风险评估，中高风险者加强预防性处理，麻醉苏醒后，指导患者在床边做踝泵运动，定期做下肢静脉超声检查，积极预防血栓。每隔两小时帮助患者更换一次体位，预防性使用气垫床、润肤油，加强皮肤管理，预防压力性损伤。早期吸痰并留取标本，反复做病原微生物检测，做好环境管理，加强口腔卫生管理，预防性应用氯己定、抗生素，气管插管尽早拔除，降低感染风险；⑧早期功能锻炼。术后 48h 协助患者在床旁做康复活动，从

表 1 术后恢复情况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组名	例数 (n)	肠鸣音恢复 (h)	第一次排气 (h)	第一次排便 (d)	清醒 (d)	住院 (d)
对照组	40	35.26 ± 5.16	45.10 ± 6.13	5.79 ± 1.31	13.31 ± 2.15	24.05 ± 4.16
观察组	40	30.21 ± 4.25	40.15 ± 5.59	3.41 ± 1.12	10.13 ± 2.28	19.54 ± 2.26
t	/	4.778	3.774	8.734	6.418	6.025
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 术后并发症

如表 2 所示，观察组患者术后并发症发生率较对照组更低，P < 0.05。

表 2 术后并发症 [n (%)]

组名	例数 (n)	压疮	肺部感染	喂养不耐受	消化道出血	合计
对照组	40	2 (5.00)	3 (7.50)	3 (7.50)	2 (5.00)	10 (25.00)
观察组	40	0 (0.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	3 (7.50)
X <sup>2</sup>	/	/	/	/	/	4.501
P	/	/	/	/	/	0.034

2.3 神经功能缺损和生活质量评分

如表 3 所示，入院时两组各评分对比差异不大，P > 0.05，出院时，观察组神经功能缺损评分更低，生活质量评分更高，P < 0.05。

表 3 神经功能缺损和生活质量评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组名	例数 (n)	神经功能缺损评分			生活质量评分	
		入院时	出院时	入院时	出院时	
对照组	40	14.20 ± 2.16	11.56 ± 1.15	46.63 ± 3.34	60.52 ± 4.15	
观察组	40	14.13 ± 2.29	10.01 ± 1.13	46.29 ± 3.16	68.42 ± 3.36	
t	/	0.141	6.080	0.468	9.357	
P	/	0.889	0.000	0.641	0.000	

2.4 护理满意度

如表 4 所示，对照组和观察组护理总满意度水平相比，观察组更高，P < 0.05。

表 4 护理满意度 [n (%)]

组名	例数 (n)	总满意度			
		很满意	一般满意	不太满意	总满意度
对照组	40	13 (32.50)	18 (45.00)	9 (22.50)	31 (77.50)
观察组	40	22 (55.00)	16 (40.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
X <sup>2</sup>	/	/	/	/	5.165
P	/	/	/	/	0.023

3 讨论

被动活动慢慢过渡到主动活动；⑨心理干预。和患者以及患者家属详细说明手术情况，减轻患者担心、焦虑等情绪，多和患者交流，强化康复信念。

1.3 观察指标

(1) 对比术后恢复情况。包括肠鸣音恢复、第一次排气、第一次排便、清醒时间以及住院时间。

(2) 统计术后并发症情况。包括压疮、肺部感染等。

(3) 评估患者入院时和出院时的神经功能缺损情况、生活质量情况。采用《美国国立卫生院神经功能缺损评分表》<sup>[2]</sup>评估神经功能缺损情况，0-42 分，得分越高，表示神经功能缺损越严重。采用《世界卫生组织生活质量测定量表表》<sup>[3]</sup>评估生活质量，0-100 分，得分越高，表示生活质量越好。

(4) 对比两组护理满意度。采用科室自制量表评估，分为很满意、一般满意、不太满意，100%-不太满意率=总满意度。

1.4 统计学方法

将文中数据输入统计学软件中分析 (软件版本: SPSS25.0), 用“ $\bar{x} \pm s$ ”来表示计量资料 (符合正态分布), 用“[n (%)]”来表示计数资料, 分别进行独立样本 t 检验、X<sup>2</sup> 检验, 若得出 P < 0.05, 说明对比的数据存在统计学意义。

2 结果

2.1 术后恢复情况

如表 1 所示, 观察组患者术后肠鸣音恢复、第一次排气和排便以及清醒、住院时间都比对照组短, P < 0.05。

重型颅脑损伤是颅脑损伤类型中比较严重的一种, 需要尽快清理创面, 并将颅内血肿清除, 控制病情发展。重型颅脑损伤的死亡率非常高, 一般在 30~50% 左右<sup>[4]</sup>, 手术治疗后, 患者因脑神经代谢和脑部血液循环状态受到影响, 会持续昏迷, 具体昏迷时间因人而异, 需要加术后护理, 以缩短昏迷时间, 提高神经功能。

常规护理将对症处理作为重点, 可能会发生术前准备不充分、干预不及时或者衔接不畅等问题, 整体效果一般。基于加速康复外科理念的围手术期护理遵循早期、规范、整体、针对性原则, 对护理模式、方法持续优化改进, 促进患者早期康复, 该护理模式以循证医学为基础, 整合并优化各项已经被证实有效的护理措施, 全程贯彻以人为本现代化护理理念<sup>[5]</sup>, 应用在重型颅脑损伤患者的围手术期, 在术前做好病情监测、呼吸道护理以及静脉通道、镇痛护理, 术中加强保暖, 控制补液量, 术后一系列科学的护理措施更有利于患者恢复。文中结果数据显示, 观察组患者术后恢复时间更短, 并发症发生率更低, 出院时的神经功能缺损评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 对比两组的护理满意度水平, 观察组更高。

由此可见, 基于加速康复外科理念的围手术期护理有利于患者康复, 患者更加满意。

参考文献:

- [1] 解娟, 李锦平, 张伟. 基于加速康复外科理念的围手术期护理对重型颅脑损伤患者术后恢复的影响[J]. 临床与病理杂志, 2023, 43(4): 810-818.
- [2] 郭清保, 史正华, 常涛, 等. 加速康复外科理念对中型颅脑损伤患者预后及并发症的影响[J]. 加速康复外科杂志, 2020, 3(1): 9-13.
- [3] 陈彩娣, 李绍榕, 岑玉霞. 促醒护理对颅脑损伤手术患者术后清醒时间及神经功能的影响[J]. 当代护士 (下旬刊), 2022, 29(9): 46-49.
- [4] 陈丽菊. 重型颅脑损伤患者采取早期护理干预对下肢深静脉血栓形成的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(A3): 119-120.
- [5] 张萍, 卢翠, 祝玉. 以循证理论为基础的针对性护理干预在重度颅脑损伤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(1): 162-164.