

颅内血肿清除加去骨瓣减压术的术后护理方法及效果分析

周春平, 陈香枝

(平顶山市第二人民医院 神经外科, 河南 平顶山 467000)

摘要:目的:观察分析采用颅内血肿清除方法联合骨瓣减压方法手术及护理的临床效果。方法:纳入2019-02~2020-02我院收治的需要接受颅内血肿清除方法联合骨瓣减压手术的70例颅脑损伤病人,平均为观察(35例)与对照(35例)两组,分别采用综合护理干预与常规干预方法,对比效果。结果:观察组病人的治疗总有效率和护理满意度与对照组比较而言更高;并发症发生率、干预后抑郁与焦虑、强迫评分更低,差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:颅脑损伤病人在开展颅内血肿清除联合骨瓣减压手术之后开展综合护理干预的方法,帮助促进综合治疗效率与满意度提升,减少不良反应发生率的发生,促进病人治疗质量的提升。可以广泛应用于临床疾病治疗当中。

关键词: 颅内血肿清除;去骨瓣减压术;术后护理

中图分类号:R473.6

文献标识码: B

文章编号:1673-9388(2021)02-0137-04

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2021)02-0137-04

在神经外科当中颅脑损伤是十分常见的一种情况,不少是直接暴力或者间接暴力导致的,致残率比较高。临床上一一般会采用去骨瓣减压手术和颅内血肿清除手术治疗颅脑损伤病人,通过质量帮助让颅内压降低,促进血肿的清除,减少脑组织损伤的发生率。这需要病人在接受手术治疗之外,采取良好的护理干预措施,帮助病人临床治疗的改善^[1]。研究内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入时间范围与对象范围为2019-02~2020-02月我院收治的需要接受颅内血肿清除方法联合骨瓣减压手术的70例颅脑损伤病人。(1)纳入标准:病人无心肺等器质性障碍;精神正常;签署知情同意书。(2)排除标准:病人患有心肺肝肾功能不全症状;凝血功能异常病人以及自身免疫疾病病人。将两组平均分为观察(35例)与对照(35例)两组。观察组男女病人分别有21例和14例;平均年龄为

(44.9 ± 2.3)岁。对照组男女病人分别有20例和15例;平均年龄为(44.7 ± 2.2)岁,病人一般资料差异较小,可比($P > 0.05$)。

1.2 方法

所有脑损伤病人在入院之后,主治医师结合病人自身的实际情况以及检查结果,采用颅内血肿清除方法联合去骨瓣减压术进行治疗。对照组病人开展基础护理,做好伤口换药工作、病情观察工作;实验组病人需要在基础护理同时开展其他综合护理干预措施,具体方法如下:

1.2.1 观察病人各项基础指标变化 如心率、体温、颅内压以及血压、意识等。对两侧瞳孔对于光的反应以及瞳孔的大小进行观察。若是出现异常情况,需要及时告诉主治医生同意。若病人出现发热情况,可以采用冰枕或者是冰袋的方式来降温,让病人保持正确的体位休息,使血压水平保持比较平稳的状态。可以帮助促进脑缺氧、脑血肿水平的改善。

1.2.2 心理及健康教育 等到病人的意识恢复之后,要让病人静心修养,缓解不良的负面情绪。让

收稿日期:2020-11-12;修回日期:2021-02-23

作者简介:周春平(1977-),男,平顶山市第二人民医院神经外科主管护师。

家属更多地支持和鼓励病人。还要向病人及家属宣教疾病相关知识,提高他们的护理配合程度。

1.2.3 气道护理方法 若病人的颅脑损伤程度比较严重的话,很容易出现护理障碍,还有可能会伤及到支气管黏膜。所以需要加强对病人的呼吸道护理,将病人的口鼻分泌物及时清除,避免误吸。若病人无法自主排除痰液,可以采用质地柔软吸痰管完成吸痰。对呼吸机管道进行定期检查,确保呼吸机的各个管路都是出于良好的连接状态,同时还需要做好消毒、清洁工作等。另外在切开病人开展吸痰时,每次吸痰的时间控制在15s之内,避免病人出现剧烈的咳嗽,导致颅内压不断增高。如果病人的血氧饱和度小于95%时,应当采用呼吸机来开展辅助呼吸,护理人员应当加大呼吸机管道管理。在实际操作时,避免出现呼吸机管道的脱出、积水以及扭曲等^[2]。

1.2.4 皮肤护理措施 因为颅内血肿清除方法联合骨瓣减压手术治疗后病人的意识恢复速度比较慢,病人卧床的时间也比较长。通常会采用留置导尿的方法,这会导致泌尿系统以及皮肤出现感染的概率增加。所以护理当中一般需要通过软枕等将受压的部位给轻微垫起。若是病情比较稳定,在手术之后可以直接使用气垫床。

1.2.5 营养护理干预 在手术后3天之内,会通过鼻饲的方式来进行营养支持,让输注量以及速度得到良好控制。等到病人意识到正常水平,出现吞咽反射之后,可以采用经口喂食的方法。需要选择营养,容易消化以及清淡的食物,喂食当中不能太急促,不能呛入到病人的气道当中。按照个人的具体差别,饮食量从小剂量开始,观察病人,无不良反应出现之后,逐渐增加饮食量。每次在鼻饲之前,需要对胃管进行检查,观察期是否出现脱管情况^[3]。若病人在进食之后出现腹胀情况,可以降低鼻饲量或者是让鼻饲间隔的时间延长,在鼻饲食物前后,注入少量的温开水进行冲洗,避免鼻饲管出现阻塞。

1.2.6 五官护理对策分析 颅内血肿清除术之后病人会出现其他头面部外伤情况,在术后开展护理过程中,必须要注意保护好病人其他面部出现的损伤情况。对于颅底骨折或者是昏迷所导致的周围性面部神经瘫痪病人,因为眼睑闭合不全,角膜感觉

会减退,角膜暴露容易干燥或者坏死,也可能会引起角膜溃疡的发生,若情况严重,病人可能会直接失明。所以应当让病人戴上眼罩,眼部也可以涂红霉素软膏的方法完成处理。若是存在脑脊液耳漏或者是鼻漏的情况,需要把血迹擦干净之后,在耳道外部放置消毒纱布或者是棉球等,不能使用水来冲洗,也不能够采用棉球堵塞或者纱条等^[4,5]。在浸湿之后需要及时更换纱布或棉球,做好观察和记录工作。若病人在并发脑脊液漏长时间未得到治愈的,可以选择手术的方式来修补漏口。口腔护理也需要做好将口腔以及鼻咽部的分泌物和血液等清洗干净,每日可以选择使用呋喃西林液以及双氧水来进行清洗,浓度分别为0.1%和3%,每天清洗2次就可以。对于张口呼吸病人,在嘴唇上覆盖盐水纱布,让其保持湿润的状态,长期使用多种抗生素,可能会让病人口腔被霉菌感染,在发现之后可以使用制霉菌素液清洗,每天清洗3次到4次左右。

1.3 评判指标

本研究当中使用到的护理效果评价指标分别是:治疗总有效率,护理满意度以及不良反应的发生率。(1)其中治疗总有效率^[6]:①病人的颅内血肿情况明显好转,各项身体指标也恢复正常,此为显效;②病人颅内血肿情况有一定改变,身体指标有所改善,此为有效;③病人颅内血肿情况未发生明显改善,甚至有加重情况,此为无效;(2)护理满意度统计结果。病人在住院当天,需要向他们发放专门的满意度调查问卷,总满意度评分为100分,分数越高表示病人对护理的效果满意度越高;(3)干预后抑郁与焦虑、强迫评分对比。

1.4 统计学方法

研究采用SSPS 20.0统计软件,计数用率表示行 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行t检验, $P < 0.05$ 表

表1 总有效率统计结果

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	35	18	16	1	34(97.1)
对照组	35	12	17	6	29(82.9)
χ^2 值	-	5.997	0.562	5.245	5.245
P值	-	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

表2 满意度评分统计结果

组别	n	满意度评分
观察组	35	96.1 ± 1.3
对照组	35	85.7 ± 1.6
t值	-	9.854
P值	-	<0.05

表3 不良反应发生统计结果

组别	n	压疮	肺部感染	静脉血栓	总发生率
观察组	35	1	0	1	2(5.71)
对照组	35	2	2	2	6(17.1)
χ ² 值	-	0.562	1.122	0.562	4.973
P值	-	0.05	>0.05	>0.05	<0.05

表4 干预后抑郁、强迫及焦虑评分

组别	n	抑郁	焦虑	强迫
观察组	35	1.13 ± 0.82	1.15 ± 0.31	1.44 ± 0.32
对照组	35	1.90 ± 0.51	1.73 ± 0.52	1.79 ± 0.33
t值		3.524	2.875	2.542
P值		<0.05	<0.05	<0.05

示两组数据具有统计意义。

2 结果

2.1 总有效率

总有效率统计数据中能发现观察组病人与对照组病人分别为97.1%和82.9%,观察组总有效率更高,和对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$)(见表1)。

2.2 满意度评分结果

满意度评分的统计结果中能看出观察组与对照组满意度评分分别为(96.1 ± 1.3)分和(85.7 ± 1.6)分,两组满意度评分差异显著,有统计学意义

($P < 0.05$)(见表2)。

2.3 不良反应发生统计结果

不良反应发生率的统计数据中能发现观察组压疮、肺部感染以及静脉血栓单独指标的发生情况和对照组相比差异比较小,总发生率对照组更高,和观察组差别比较大,具有统计学意义($P < 0.05$)(见表3)。

2.4 干预后抑郁和焦虑、强迫评分

两组病人干预后抑郁与焦虑、强迫评分对比结果中能够发现观察组的这几项评分都要比对照组病人更低,差异显著具有统计学意义($P < 0.05$)(见表4)。

3 讨论

颅脑损伤主要是因为受到外界暴力导致头部出现的损伤,会涉及到很多的内容物,比如脑组织、头皮以及颅骨等颅腔当中的内容物^[7-9]。现代的交通十分发达,虽然人们的安全意识不断提升,但仍然会导致颅脑损伤的发生率增加^[10]。常见的原因有棍棒打击头部或者头部撞击到硬物上直接作用;外力接触到身体的其他部位,然后传导使外力到达头部,比如人从高处坠落之后,足部或者是臀部着地,外力会传送到颅底这种间接作用。还有其他的原因,比如房屋倒塌、火器伤以及爆炸、交通事故等都可能成为颅脑损伤的重要原因,也有的时候因为产钳或者是难产导致婴儿发生颅脑损伤的情况。颅脑损伤也会导致很高的死亡率与致残率,颅脑损伤病人也成为了当前神经外科当中数量比较多的病人群体,是年龄在40岁之下的人群最主要的致残原因。颅脑损伤是可以进行不同的分类的,传统分类中包含了颅脑损伤、单纯脑伤以及单纯颅伤等^[11-14]。新的分类方法当中可以把颅脑损伤划分为局限病变以及弥漫病变等。在病人发生颅脑损伤疾病之后,很多病人会出现恶心呕吐、头痛或者是抽搐、意识障碍等症状。括约肌障碍,病人可能会出现大小便失控情况;瞳孔是脑损伤程度观察的重要依据和判定指标,在早期阶段,病人的瞳孔会散大,光反应消失。随之病人的脑疝情况不断加重。生命体征也会发生变化,比如血压、脉搏呼吸以及体温等都会变化,这也是急性颅脑损伤当中纳入观

察的重要指标^[15]。病人也可能会产生睡眠障碍、焦虑、言语减少、长期头痛、不容易交流,甚至会出现暴力倾向等。颅脑损伤的发病率在创伤疾病中居于首位,或者是仅仅排在四肢骨折之后。在全身各个部分创伤当中,占比大约为9%到21%之间。颅脑损伤疾病男性发病率高于女性。

通常情况下,颅脑损伤病人由于其受伤部位为脑部会造成病情紧急且严重,同时增加手术治疗的难度。目前临床上采用颅内血肿清除手术联合骨瓣减压手术,在治疗颅脑损伤疾病病人当中都有着比较好的效果,而且使用范围比较广泛,对于病人正常的脑组织可以起到比较好的保护作用,避免出现二次损伤问题,在手术之后病人的康复过程当中花费的时间比较长。病人很容易在手术之后受到各种因素的影响,比如环境、自身情况以及手术创伤等,很容易导致病人出现不良反应,对于手术最终效果以及康复的速度产生不利影响。在现阶段,除了让病人接受常规护理干预之外,从病人皮肤护理、气道、营养指导、精神及心理等方面采取综合护理干预措施,同时也要让病人和家属接受专门的营养支持以及健康教育活动,促进接受手术的病人所接受的综合护理更加完善和全面。为病人开展综合护理模式可有效减少相关并发症、缩短康复时间,对改善护患关系也有一定帮助。

本次研究发现,在颅脑损伤病人接受颅内血肿清除方法联合去骨瓣减压手术治疗之后,采用综合护理干预的方式和传统基础护理相比,效果更加显著。比如观察组病人的治疗总有效率,满意度评分都要比对照组病人更高,发生不良反应的总概率、干预后抑郁与焦虑、强迫评分低于对照组。这些指标上存在的差异,都说明了颅脑损伤病人在接收这两种方式联合治疗之后,需要在接受基础治疗的同时开展综合护理干预措施,包括呼吸道护理、基础指标观察护理、心理及健康教育、皮肤护理及营养护理等。

综上所述,颅脑损伤病人在开展颅内血肿清除联合骨瓣减压手术之后开展综合护理干预的方法,帮助促进综合治疗效率与满意度提升,减少不良反应发生率的发生,促进病人治疗质量的提升。可以广泛应用于临床疾病治疗当中。

参考文献

- [1]闫琛. 颅内血肿清除加去骨瓣减压术的术后护理效果观察[J]. 现代医用影像学, 2019;028(001):202-203
- [2]管志强. 急性期高血压脑出血患者经微创颅内血肿清除术和去骨瓣减压血肿清除术治疗的效果观察[J]. 中国社区医师, 2018;34(24):23-24
- [3]易超亮, 易磊, 毛放华. 高血压脑出血手术中去骨瓣减压术的应用研究[J]. 饮食保健, 2019;6(41):11-14
- [4]赵雷真. 小骨窗微创颅内血肿清除术治疗脑出血临床疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2018;445(03):44-46
- [5]刘彦刚. 早期微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效分析[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019;006(006):154
- [6]纪博武. 早期康复护理对颅内血肿清除术患者术后并发症和生活能力的影响[J]. 健康周刊, 2018;003(003):135-136
- [7]刘娟娟. 颅内血肿清除术后合并气管切开病人的护理[J]. 糖尿病天地·教育(下旬), 2018;015(005):180
- [8]时金昭, 刘银龙, 桑春生, 等. 标准去骨瓣减压术在创伤性颅脑损伤治疗中的应用[J]. 国际外科学杂志, 2019;46(7):486-490
- [9]孙阳, 金薇薇, 高显峰, 等. 阶梯减压下去骨瓣减压术对重度颅脑损伤患者术后转归的影响[J]. 中华神经创伤外科电子杂志, 2018;4(04):27-30
- [10]裴昶, 李渊, 郭辰, 等. 微创颅内血肿清除术在脑出血患者治疗中的应用效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2019;12(11):155-156
- [11]Tao T, Guoliang H. Effects of endoscopic assisted hematoma clearance plus bone flap decompression on cellular immunity and nerve function after intracerebral hemorrhage[J]. Shaanxi Medical Journal, 2018;12(01):15-16
- [12]李涛, 申哲, 赵亚超, 等. 脑室外引流术在重型颅脑损伤合并脑疝治疗中的意义[J]. 中国临床神经外科杂志, 2019;6(07):45-49
- [13]周健, 宋世伟. 小骨窗开颅行颅内血肿清除术对高血压脑出血患者的临床应用价值分析[J]. 人人健康, 2019(6):26-28
- [14]杨晶晶, 吕娜. 观察微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效[J]. 医药前沿, 2018;008(009):136-137
- [15]Shengquan C, Jian L, Zuqiang H. Effect of predictive balanced bilateral bone flap decompression combined with epidural hematoma removal in focus areas on severe contrecoup brain injury[C]// Medical Forum. 2019