

0.05)。见表 3。

表 3 两组手术知识认知、术前配合度比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术知识认知	术前配合度
对照组	52	82.52± 4.24	86.52± 3.51
中医护理组	52	97.51± 4.23	97.41± 2.13
P		0.000	0.000

3 讨论

手术是一种巨大的身心应激源, 可给患者带来生理和心理上的应激, 因此多数手术患者术前存在焦虑情绪。虽然术前医护人员对患者和家属进行沟通谈话可一定程度上减轻患者心理压力, 但在手术真正实施之前, 多数患者仍存在紧张、失眠、恐惧情绪^[3-4]。

中医认为, 情志异常可导致脏腑内伤, 导致气机紊乱和脏腑功能失调, 导致病情加重。通过术前情志护理, 可在访视过程中做好健康教育, 积极消除患者内心疑惑, 对患者解释手术必要性和预后, 使其树立手术信心。并通过恰当的语言, 给予一定的鼓励和安慰等, 帮助患者树立正确心态, 使其积极配合手术^[5-6]。另外, 术前心理疏导对缓解术前焦虑情绪效果确切。通过心理疏导, 可减轻患者负性情绪, 使其更好地了解手术方法和实施过程, 并从成功案例中获取治疗信心。除此之外, 焦虑的发生和肝郁化火证有一定关系。耳穴为全身系统组织的缩影, 可对神经、体液、内分泌等进行调整, 达到调整气血和治疗疾病的目的。耳穴压豆是根据中医经络理论, 通过对耳廓穴位进行刺激达到预防疾病目的的一种治疗方法, 具有操作简单、见效快和无不良反应等特点。

手术前给予耳穴压豆护理, 可达到镇静安神、调节阴阳平衡等作用^[7-8]。

本研究中, 对照组采用常规手术室术前护理, 中医护理组在手术室术前护理基础上加用中医情志护理联合耳穴压豆法。结果显示, 中医护理组术前护理满意水平高于对照组 ($P < 0.05$); 中医护理组手术知识认知、术前配合度高于对照组 ($P < 0.05$); 干预前两组焦虑自评量表评分相近 ($P > 0.05$), 干预后中医护理组焦虑自评量表评分低于对照组 ($P < 0.05$)。综上所述, 中医情志护理联合耳穴压豆法在手术室术前护理中的应用效果确切, 可提高患者手术认知和术前配合度, 缓解术前焦虑情绪, 为后续手术开展和术后康复创造条件, 提高患者满意度。

参考文献

- [1]刘秀芬. 手术室中医护理在小儿四肢骨折中的应用效果研究[J]. 中国保健营养, 2016, 26(4): 222-223
- [2]周环玉, 黄昕亮, 周宇, 等. 中西医结合治疗儿童四肢骨折 55 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(23): 52-53
- [3]韦武燕. 小儿骨折的中医辨证施护体会[J]. 中国中医急症, 2013, 22(6): 1079-1081
- [4]王望红. 中医护理技术对粘连型肩周炎患者术后疼痛的影响[J]. 心理医生, 2016, 22(19): 228-229
- [5]彭祎, 宋箱, 陶江涛, 等. 中医针灸结合中药热敷治疗颈肩腰腿疼痛的短期疗效[J]. 中医临床研究, 2015, 7(19): 29-31
- [6]张胜利. 分析中医针灸联合中药热敷治疗颈肩腰腿疼痛的短期疗效[J]. 中医临床研究, 2016, 8(9): 110-111
- [7]张越. 如何在基础护理操作中体现人文关怀[J]. 光明中医, 2016, 31(3): 437-439
- [8]赵璐. 中医特色护理对外科患者主观能动性的影响[J]. 光明中医, 2016, 31(11): 1656-1657

(收稿日期: 2017-09-27)

呼唤式护理联合肠内营养支持对重型颅脑损伤致昏迷的研究

王丽洁

(河南省洛阳市第一人民医院 洛阳 471000)

摘要:目的: 探讨呼唤式护理干预联合肠内营养支持应用于重型颅脑损伤致昏迷患者的临床效果。方法: 选取 2014 年 12 月~2017 年 1 月洛阳市第一人民医院收治的重型颅脑损伤致昏迷患者 128 例, 随机分为对照组和研究组各 64 例。对照组实施常规护理联合肠外营养支持, 研究组实施呼唤式护理联合肠内营养支持。比较两组患者 GCS 评分, 血清白蛋白、总蛋白及血红蛋白的含量, 护理满意度及并发症发生率。结果: 出院时, 研究组 GCS 评分及血清白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量均高于对照组, 并发症发生率低于对照组, 护理满意度明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 呼唤式护理干预联合肠内营养支持应用于重型颅脑损伤致昏迷患者可有效改善其昏迷状态及营养状况, 降低并发症发生率, 有利于患者康复, 提高护理满意度, 缓解家属焦虑等负性情绪, 减少住院费用。

关键词: 重型颅脑损伤; 昏迷; 呼唤式护理; 肠内营养

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.091

颅脑损伤是暴力作用于头部引起的损伤, 后果严重且预后不佳, 严重者可危及生命。重型颅脑损伤患者死亡率较高, 由于持续昏迷无法经口进食, 易

出现负氮平衡、低血糖等继发表现, 影响康复^[1]。因此营养支持对于患者来说非常重要, 临床常用的营养支持方式主要包括肠内营养与肠外营养, 同时良

好的护理干预也有助于提高临床疗效^[2]。本文旨在探讨呼唤式护理干预联合肠内营养支持应用于重型颅脑损伤致昏迷患者的效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 12 月~2017 年 1 月洛阳市第一人民医院收治的重型颅脑损伤致昏迷患者 128 例,随机分为对照组和研究组各 64 例。对照组男 38 例,女 26 例;年龄 36~69 岁,平均年龄(48.5±8.4)岁;损伤类型:开放性损伤 8 例,闭合性损伤 56 例;受伤原因:车祸 31 例,高空坠落 20 例,刀砍 13 例;硬膜外血肿 30 例,硬膜内血肿 24 例,脑内血肿 10 例;受伤至入院时间 2~6 h,平均时间(4.1±0.6)h。研究组男 42 例,女 22 例;年龄 34~68 岁,平均年龄(48.7±8.2)岁;损伤类型:开放性损伤 10 例,闭合性损伤 54 例;受伤原因:车祸 29 例,高空坠落 23 例,刀砍 12 例;硬膜外血肿 27 例,硬膜内血肿 26 例,脑内血肿 11 例;受伤至入院时间 2~5 h,平均时间(4.0±0.5)h。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均有明确的头部伤;格拉斯哥昏迷(GCS)评分 ≤ 8 分;排除心肝肾等重要器官损伤者,受伤前有重要器官器质性病变、听觉器官及传导受损严重者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 两组患者在急性期合理摆放体位,并定时变换。对照组给予肠外营养支持联合常规护理干预。(1)肠外营养:以 146.3 kJ/kg 为标准并建立静脉通道,能量由葡萄糖和脂肪乳组成,比例为 1.2:1,蛋白质通过 8.5% 复方氨基酸(国药准字 H20057839)补充,并给予适量维生素、微量元素,剂量为 0.25 g/(kg·d),将营养物质配置成全营养液,装入 3 L 聚乙烯袋中进行静脉滴注。(2)常规护理:密切监测患者生命体征,定时翻身,促进排痰,保持呼吸道通畅。

1.2.2 研究组 给予肠内营养支持联合呼唤式护理干预。(1)肠内营养:受伤后 24 h 插入胃管,将患者头部抬高 30°,无明显胃潴留后给予小剂量流质饮食,48 h 后给予肠内营养。将肠内营养混悬液(国药准字 H20010284)以输入泵 50 ml/h 的速度缓慢输注,起始剂量为 300~500 ml/d,以 250 ml/d 的剂量递增,第 7 天左右进行全剂量输入。(2)呼唤式护理干预如下,姓名呼唤:护士进行护理操作时,呼唤患者姓名,并告知其护理的目的及意义,像对待清醒患者一样,如翻身拍背时,告诉患者是为促进排痰、减少呼吸系统感染等;亲情呼唤:指导患者家属进行亲情

呼唤,让患者最亲密、最喜欢的亲人轻唤患者昵称,向患者讲述开心的事情,鼓励患者,告诉患者家人的支持,2 次/d;音乐呼唤:播放患者受伤前喜欢的音乐,音量适中,避免声音过大影响患者身心健康,30 min/次,4 次/d。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者入院及出院时 GCS 评分变化,分值越高表明患者状态越好;(2)比较两组血清白蛋白、总蛋白及血红蛋白的含量;(3)比较两组并发症情况;(4)比较两组护理满意度情况,采用洛阳市第一人民医院自制护理满意度调查表,总分 100 分, >70 分为满意。

1.4 统计学分析 使用 SPSS21.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组入院及出院时 GCS 评分比较 入院时,两组 GCS 评分比较无明显差异, $P>0.05$;出院时,两组 GCS 评分均有所提高,且研究组明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组入院及出院时 GCS 评分变化(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	入院时	出院时
对照组	64	5.72±1.12	10.43±1.92*
研究组	64	5.63±1.31	13.54±1.68**

注:与入院时比较,* $P<0.05$;出院时,与对照组出院时比较,** $P<0.05$ 。

2.2 两组入院及出院时血清白蛋白、总蛋白及血红蛋白含量比较 入院时,两组血清白蛋白、总蛋白及血红蛋白含量比较无显著性差异, $P>0.05$;出院时,两组血清白蛋白、总蛋白及血红蛋白含量均有所改善,且研究组明显优于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组血清白蛋白、总蛋白及血红蛋白含量比较(g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	白蛋白	总蛋白	血红蛋白
对照组	64	入院时	28.89±2.93	53.87±3.32	103.82±10.72
		出院时	30.25±3.75*	58.85±4.23*	108.24±11.65*
研究组	64	入院时	28.12±2.54	53.94±3.74	103.45±9.87
		出院时	34.98±3.88**	62.87±4.41**	121.65±12.12**

注:与入院时比较,* $P<0.05$;出院时,与对照组比较,** $P<0.05$ 。

2.3 两组并发症发生率比较 对照组患者出现应激性溃疡 10 例,便秘 8 例,上消化道出血 7 例,并发症发生率为 36.06%(25/64);研究组患者出现应激性溃疡 8 例,并发症发生率为 12.50%(8/64)。研究组并发症发生率明显低于对照组, $P<0.05$ 。

2.4 两组护理满意度比较 研究组有 61 例患者对护理服务满意,护理满意度为 95.31%(61/64);对照组有 54 例患者对护理服务满意,护理满意度为 84.38%(54/64)。研究组护理满意度明显高于对照组, $P<0.05$ 。

3 讨论

重型颅脑损伤患者病情变化快、致死率高,治疗

和护理是研究的重点方向。由于患者长期处于昏迷状态,神经内分泌和免疫功能易出现障碍,导致较高的代谢状态,且应激反应可导致体内大量蛋白质分解,从而出现代谢紊乱、营养不良等多种并发症^[2]。重型颅脑损伤患者无法自主进食,因此给予早期营养支持具有重要意义。临床上关于营养支持有多种方式,一般主要给予肠外营养,但随着经验的积累及医学技术的进步,肠内营养的应用逐渐广泛。

肠内营养是通过鼻胃管、鼻肠管及胃肠造瘘等方式向患者输入营养物质,可有效改善胃部血液循环,刺激胃黏膜分泌激素,保护胃肠黏膜结构完整,有助于胃肠功能快速恢复,进而改善患者营养状况,降低肠外营养引起的并发症几率^[3]。此外,常规护理只是针对疾病进行的基础护理,而呼唤式护理是通过语言、音乐等刺激患者神经,促进患者康复的一种新型护理模式^[4]。重型颅脑损伤患者虽处于昏迷状态中,但可感到外界的各种刺激,中枢神经细胞有较大的可塑性,护士和家属与患者不断进行交流,可调动细胞的兴奋性,重建神经功能网络,刺激患者苏醒。

本研究结果显示,出院时,研究组 GCS 评分及血清白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量均高于对照组,并发症发生率明显低于对照组,护理满意度明显高于对照组 ($P < 0.05$)。说明呼唤式护理干预联合肠内营养支持治疗重型颅脑损伤致昏迷效果显著,有利于疾病的转归和预后。综上所述,呼唤式护理干预联合肠内营养支持应用于重型颅脑损伤致昏迷患者可有效改善其昏迷状态及营养状况,降低并发症发生率,提高护理满意度,减轻家属焦虑情绪,减少住院费用,有利于患者康复,值得临床应用。

参考文献

[1]包改辉,许健健.住院开放性颅脑损伤患者的患病状况调查及预后因素[J].中国老年学杂志,2016,36(7):1665-1667

[2]过群,高伟,张家留,等.不同营养支持方式对重型颅脑损伤病人预后的影响[J].肠外与肠内营养,2014,21(4):226-227,232

[3]董发达,郝解贺,万大海,等.早期肠内营养支持对重度颅脑损伤患者胃肠道作用的研究[J].中国医药指南,2011,9(5):136-137

[4]周芬.呼唤式护理干预对颅脑损伤致昏迷患者的影响研究[J].中国社区医师,2017,33(1):118-119

(收稿日期: 2017-10-17)

对胸腰椎骨折行椎弓根钉内固定术的术中配合及护理体会

黄金娣

(厦门大学附属第一医院麻醉科 福建厦门 361000)

摘要:目的:探讨椎弓根钉内固定术治疗胸腰椎骨折患者的术中配合及护理配合。方法:对我院 56 例胸腰椎骨折患者术前、术中、术后实施严格的护理和无菌操作,观察临床效果,并随访 3~24 个月。结果:56 例患者均安全度过围术期,未发生死亡或神经损伤严重的不良事件。经 X 光片检查显示患者骨折处均愈合,伤椎恢复效果极佳。患者术后未出现感染、内固定断裂等并发症。患者及家属对护理满意度较高。结论:充分的术前准备、熟练的器械运用、默契的操作配合、严格的无菌操作及术中管理,加上扎实的理论知识,是手术成功的关键,可以有效保障手术效果,减少并发症,确保护理满意度。

关键词:胸腰椎骨折;椎弓根钉内固定;术中配合;护理体会

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.092

随着交通事故和建筑行业事故频发,胸腰椎骨折发病率有所上升。胸腰椎骨折患者病情一般较严重、复杂,致残率高。这种骨折属于多平面不稳,其暴力一般由轴向压缩、剪力、屈曲、旋转力等综合构成^[1]。胸腰椎骨折常出现骨折脱位和韧带损伤等,并发症较多,患者生活质量易受严重影响^[2]。临床上治疗胸腰椎骨折的主要方法是椎弓根钉内固定术,但是这种手术风险大。手术成功的关键除熟练掌握正确的手术方法及无菌操作外,对患者实施有效的护理干预,防止术后并发症发生,亦尤其重要。我院对 56 例胸腰椎骨折患者采取术中配合和有效的护理干预,取得了很好的临床疗效。现将结果报告如下:

1 资料方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 7 月~2016 年 7 月我

院收治的胸腰椎骨折患者 56 例为研究对象。其中男 34 例,女 22 例;年龄 22~63 岁,平均(41.4± 7.3)岁。骨折原因及部位:高处坠落伤 13 例,交通事故伤 28 例,重物压伤 12 例,其他损伤 3 例;骨折损伤节段:L1 28 例,L2 16 例,T12 8 例,T11 4 例。对所有患者实施椎弓根钉内固定术治疗,手术时间为伤后 6 h~10 d,平均(3.4± 0.8)d。术前使用 X 线片对损伤部位进行检查,采用 CT 扫描对骨折类型、骨折块移位状况进行判断。

1.2 护理方法

1.2.1 术前准备 手术前护理人员应到病房探视患者,掌握患者的身体状况和病情。对手术产生紧张与恐惧感者,针对患者的心理特点,耐心地向患者讲解治疗方法、手术重要性以及成功的案例,讲解手术相