

中西医护理早期干预对神经外科重症患者便秘的影响

吴竹 王欢 陈然然 蒋苏雪 杨丽 张海英[#]

(苏州大学附属第一医院神经外科 江苏苏州 215000)

摘要:目的:探讨采用中西医护理干预神经外科重症便秘患者的疗效。方法:选取医院 2019 年 7 月~2020 年 6 月收治的神经外科重症患者(格拉斯哥昏迷评分 ≤ 13 分)226 例为研究对象,采用简单随机方法分对照组 110 例、观察组 116 例。对照组采用神经外科颅脑损伤常规护理措施,观察组在对照组护理基础上采用中西医护理措施有针对性对颅脑损伤意识障碍患者便秘进行护理干预。分析两组护理后便秘发生情况、护理前后生活质量评分以及护理满意度。结果:观察组护理后便秘发生率低于对照组($P<0.05$)。两组护理后生活质量评分较护理前提高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。结论:采用中西医护理干预神经外科重症便秘患者,可降低患者便秘发生率,提高患者生活质量,提高护理满意度。

关键词:神经外科;便秘;中西医护理

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.073

神经外科重症患者因自身意识障碍,肢体活动障碍,日常排便环境改变,相关药物的使用,以及各种原因导致禁食时间过长或营养摄入不足,便秘发生率上升^[1]。便秘作为消化系统疾病,是颅脑损伤常见并发症之一,患者主要症状为难以排便、排便频率低、粪便干硬^[2]。其中难以排便主要指粪便难以排出、过程费力、费时,无法将粪便排干净,或者须外界的手法辅助;排便频率低大多为一星期排便次数不足 3 次。高血压患者若发生便秘,用力排便会增加心脏收缩力,加快心跳,颅内压升高,导致血管破裂或堵塞,进而出现脑栓塞或脑出血^[3]。尤其是老年患者危害更大,影响糖、脂代谢,加速动脉粥样硬化,诱发心源性猝死^[4]。我院采用中西医护理干预神经外科重症便秘患者,取得了良好的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取苏州大学附属第一医院 2019 年 7 月~2020 年 6 月收治的颅脑疾病意识障碍患者 226 例为研究对象。其中女 97 例,男 129 例;年龄 33~87 岁。将患者随机分为对照组 110 例和观察组 116 例,两组患者性别、年龄、便秘时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:颅脑疾病意识障碍诊断使用格拉斯哥昏迷评分法(GCS)^[5]从患者的意识障碍程度、睁眼等方面对其实施综合评估,GCS ≤ 13 分患者符合便秘诊断标准,便秘是指正常的排便形态发生变化,排便频次降低,粪便过硬、过干,且排便困难、不通畅^[6]。患者相邻两次的排便间隔天数超过 3 d,或排便时间间隔比过往的习惯长至少 1 d 即视为并发便秘。排便时间每次大于 3 d 的患者为该研究的便秘病例患者。住院天数 >3 d。排除标准:入院有失语、气管切开、气管插管、眼部疾病、肢体偏瘫的清醒患者;肠道器质性疾病患者。

1.3 干预方法 对照组采用神经外科颅脑损伤常

规护理措施,密切观察患者的生命体征,并针对性实施饮食护理、体位安置、气道管理等。干预 1 个月。观察组在对照组基础上,采用中西医护理措施有针对性对颅脑损伤意识障碍患者便秘进行护理干预。成立质量管理小组,组长为护士长,组员为主管护师、护师、护士各 1 名,共 4 人。收集符合条件的相关病例患者便秘发生情况,输入便秘等关键词在知网、维普、万方、SCI 等数据库查询文献,评估收集资料的实用性及可靠性,提出如何防治便秘发生的相关问题,制定新的护理方式,进行质量持续改进。(1)健康教育:患者入院后由责任护士(N3 层级)收集病情、饮食生活习惯、听诊肠鸣音、既往便秘情况,进行综合护理评估。每日查看患者大便记录,早晚对陪护人员宣教 1 次,内容为便秘的危害性及防治方法。科室健康教育质控人员对入院患者分发神经外科便秘防治宣教卡。每季度对科室护士进行培训考核,内容为知晓颅脑损伤患者便秘发生率的目标值,掌握便秘并发症的危害性。便秘护理质量持续改进管理小组每月统计纳入人数及发生人数,计算出发生率,对不同患者进行个体原因分析,制定对策并监管具体实施情况。(2)饮食护理:入院后 24~48 h 内根据病情,选择合适的肠内营养途径及肠内营养液。使用肠内营养泵注意控制输入量,初始速度为 25 ml/h,每 4 小时评估患者胃肠道耐受情况;根据输注途径,72 h 内若无不适逐渐增至 80~120 ml/h。在距鼻孔 40~120 cm 处放置输液恒温器加热。鼻饲患者 1 周内使患者达到 $>70\%$ 营养所需能量目标值;无特殊禁忌每日予鼻饲温水 1 500 ml 左右,尤其是每日首次鼻饲前予鼻饲温水 200 ml,有利于刺激肠蠕动产生便意。由于疾病原因,早期若不能胃肠营养,参照指南提供 25 kcal/(kg $\cdot$ d)热卡,糖脂比为 1:1,热氮比为 1:100,选择 TPN 给予静脉营养。(3)早期床上运动护理:颅脑疾病导致患者肢体运动障碍,运动量及

[#] 通信作者:张海英,E-mail:zhanghaiying@suda.edu.cn

肠蠕动次数减少,床上排便不适及腹压下降等,导致排便次数减少。无禁忌证者将床头抬高 $\geq 30^{\circ}$,有颈部、胸部骨折患者遵医嘱适当降低床头高度可增加腹压。采用被动直腿抬高法、双下肢被动屈曲法、温水足浴等可增加肠蠕动。具体为每日晚餐后 1 h 进行,20 min/次,体位半卧位。因早餐后人的“胃-结肠反射”最强,在早餐后按时刺激排便,最易引起排便,故于每日早餐后 30 min 进行,10~15 min/次。腹部按摩方法为:患者取仰卧位,屈曲两膝,放松腹部,操作人员位于患者的右手边,重叠双手(将右手放在上部,左手放在下部)放置于右下腹部位置,以掌根和大鱼际肌为着力点,顺着升、横、降、乙状结肠的方向,重复地进行按摩推展,让腹部往下陷 1 cm 左右,从浅到深,至出现肠蠕动为止。(4)药物护理:神经外科危重患者常用抗癫痫药、镇静药、止血药等,如德巴金、右美托咪定,均会不同程度抑制肠蠕动,可根据病情适当减量或者使用其他药物代替。床位护士对便秘 3 d 以上患者,每日评估患者肠内营养摄入量、排便、肠鸣音等情况,遵医嘱用药,如肛塞制剂开塞露;口服润滑剂麻油;改善肠道环境制剂番泻叶、麻仁丸(南京同仁堂)、便塞停、益生菌;调整肠道渗透压口服甘露醇。服药后定时检测电解质及激素,防止药物引起的电解质及内分泌系统紊乱,从而导致意识障碍发生。中老年患者基础体质较弱,更应加强巡视解便后的生命体征情况,防止便秘解除后解便量大而导致全身内环境紊乱。据报道,患者口服缓泻剂后,易发生失禁性皮炎,应密切关注患者大便的色质量,及早干预,降低失禁性皮炎的发生率^[7]。(5)中医穴位治疗护理:对于 3 d 以上未解大便患者,选取中药大黄加蜂蜜调成糊状贴于神阙穴。合谷穴归属阳明大肠经,主要发挥治疗腹痛、便秘等作用。按摩可将经络疏通,改善肠道功能。方法:不离皮肤表面,用拇指连续旋转回环按压合谷穴。从小到大用力,再从大到小,持续、均匀、轻柔地旋转,8 min 后按揉对侧合谷穴。针灸疗法,请中医科会诊,针刺募穴配合电针能减少便秘发生率。(6)低压保留灌肠护理:首选开塞露(每克含主要成分甘油 0.528~0.583 g)40 ml 塞肛治疗。据文献报道,开塞露纳肛法约对半数患者无效。曹薇等^[8]的实验结果认为开塞露肛塞灌肠治疗效果良好。本研究方法为:无禁忌证前提下,协助患者左侧卧位,用 50 ml 注射器抽吸 40 ml 开塞露或根据医生建议的使用剂量,前端使用吸痰管(规格为 4.0 mm $\times$ 550 mm),排除气体,前端打出 2~3 ml 用纱布湿润前端,慢慢地插入

肛门 15 cm,边插管边缓慢将开塞露推注结束,维持 5 min 左右,再缓慢拔出吸痰管,轻轻地按揉肛门周围,加快开塞露的吸收,避免过度用力导致药液未吸收从肛门排出,肛门周围的皮肤采用卫生纸擦净。协助患者摆放功能位,尽量让开塞露保留在体内 15 min 左右再排便。开塞露具有较强的吸水性,常常会导致肠壁干燥,进一步造成习惯性便秘产生,造成一定程度的依赖。石蜡油能够发挥润滑作用,避免干燥的大便在解便期间进一步损伤肠道,从而防止肠道出现感染。干预 1 个月。

1.4 观察指标 (1)对比两组患者便秘发生率;(2)生活质量评分:采用 SF-36 量表评价护理前后患者的生活质量,量表有躯体疼痛、生理功能等 8 项内容,总分为 800 分,评分越高代表患者生活质量越好;(3)护理满意度:采用自制的护理满意度调查表评估护理前后患者的满意度,包括非常满意、满意和不满意。总满意=非常满意+满意。

1.5 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件处理数据。计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组便秘发生情况比较 护理后,观察组便秘发生率低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组便秘发生情况比较			
组别	<i>n</i>	便秘(例)	发生率(%)
对照组	110	67	60.91
观察组	116	37	31.90
χ^2			19.131
<i>P</i>			<0.05

2.2 两组生活质量评分比较 护理干预前,两组 SF-36 评分比较无显著性差异($P>0.05$);护理干预后,两组 SF-36 评分较护理前明显提高($P<0.05$),且观察组 SF-36 评分明显高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组生活质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	<i>n</i>	护理前	护理后
对照组	110	372.45 $\pm$ 45.26	464.71 $\pm$ 51.14
观察组	116	372.96 $\pm$ 45.74	524.16 $\pm$ 63.83
<i>t</i>		0.251	4.949
<i>P</i>		>0.05	<0.05

2.3 两组护理满意度比较 观察组护理满意度明显高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组护理满意度比较					
组别	<i>n</i>	非常满意(例)	满意(例)	不满意(例)	总满意[例(%)]
对照组	110	31	45	34	76(69.09)
观察组	116	36	60	20	96(82.76)
χ^2					5.800
<i>P</i>					<0.05

3 讨论

神经外科重症患者由于体位、药物、饮食等因素,常导致便秘发生。临床护士有效干预,可使患者便秘发生率下降,患者意识转为清醒时间缩短,死亡率下降。及早干预可有效降低便秘发生率,缩短住院时间,减少费用。冯冉冉^[9]对 30 例神经外科疾病患者采用甘油合剂 50 ml 与液体石蜡油 20 ml 加入生理盐水中配制成 40℃ 混合液体进行灌肠,效果显著,无不良反应。但是由于患者个体原因,老龄化比较严重,患者便秘通过药物治疗后,解便导致颅内再出血发生以致死亡也时有发生,还容易发生失禁性皮炎。在众多药物治疗方案中,究竟使用哪种药物能达到最佳效果,快速缓解便秘症状,同时刺激作用小,能避免脑血管等疾病发生,有待临床观察总结。临床护理时应应对患者及其家属进行健康教育,从而加快患者康复速度,进一步提高患者生活质量。

本研究对重症神经外科患者实施中西医护理干预,结果发现观察组便秘发生率较对照组下降明显($P<0.05$),提示给予中西医护理干预能够降低便秘发生率。护理前两组 SF-36 评分无显著性差异($P>0.05$);护理干预后两组 SF-36 评分较护理前明显提高($P<0.05$),且观察组 SF-36 评分明显高于对照组($P<0.05$),提示给予科学的护理措施能够改善重症患者的生活质量。观察组满意度较对照组提高($P<0.05$),提示科学的护理措施可提高患者满意度。其

原因可能是中西医护理措施有针对性对颅脑损伤意识障碍患者便秘进行护理干预,通过健康教育、制定科学的饮食计划、早期床上运动干预、药物护理、中医穴位治疗、低压保留灌肠等方式降低了便秘发生率,从而提高了护理满意度。

综上所述,便秘是神经外科重症患者的常见并发症,严重便秘影响患者生活水平质量和治疗效果以及预后。采用中西医护理干预神经外科重症便秘患者,可降低患者便秘发生率,提高患者生活质量,提高护理满意度。

参考文献

[1]张家妍,李丽.ICU 颅脑损伤术后患者便秘风险预测模型的构建[J].临床与病理杂志,2018,38(2):329-334.
[2]姚娟,徐彩梅,祝秋萍,等.脑卒中患者便秘的中西医防治进展[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(4):67-70.
[3]许燕青,刘传永,肖芳,等.脑卒中患者便秘的原因分析及护理进展[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(26):50-51.
[4]吕恒刚,宋云平,郭萃.便秘的危害及预防[J].解放军预防医学杂志,2019,37(8):198.
[5]何江弘,杨艺,夏小雨,等.《2018 年版美国意识障碍实践指南》解读[J].临床神经外科杂志,2020,17(1):4-7.
[6]方秀才.罗马 IV 诊断标准在慢性便秘诊断中的应用[J].中华胃肠外科杂志,2016,19(12):1321-1323.
[7]岑德宁,黎伟珍.护理干预对老年脑血管疾病患者便秘的影响[J].中国中医药咨讯,2010,2(12):8.
[8]曹薇,王春丽.开塞露肛管灌肠治疗老年认知障碍患者便秘的效果观察[J].医药前沿,2019,9(29):40-41.
[9]冯冉冉.甘油合剂与液体石蜡油在临床灌肠中的应用[J].当代护士(下旬刊),2015,23(4):141.

(收稿日期:2019-09-29)

临床护理路径模式在脑动脉瘤介入栓塞手术中的应用

高会华

(河南省濮阳市油田总医院介入手术室 濮阳 457001)

摘要:目的:分析临床护理路径模式在脑动脉瘤介入栓塞手术中的应用效果。方法:选取 2015 年 10 月~2020 年 1 月治疗的 50 例脑动脉瘤介入栓塞手术患者,2015 年 10 月~2017 年 11 月治疗的 25 例患者为常规组,予以常规围术期护理,2017 年 12 月~2020 年 1 月治疗的 25 例患者为 CNP 组,予以临床护理路径模式干预,比较两组知识掌握率、并发症发生率、干预前后不良心理状态、服务质量。结果:CNP 组知识掌握率高于常规组($P<0.05$);CNP 组并发症发生率低于常规组($P<0.05$);干预后 CNP 组不良心理状态评分低于常规组($P<0.05$);CNP 组服务质量评分高于常规组($P<0.05$)。结论:临床护理路径模式应用于脑动脉瘤介入栓塞手术患者,可提高患者知识掌握率,降低并发症发生率,缓解不良心理状态,提高服务质量。

关键词:脑动脉瘤;介入栓塞手术;临床护理路径模式;并发症;知识掌握率;服务质量

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.074

脑动脉瘤是脑血管局部畸形、膨大形成瘤体,属于常见脑血管疾病,病因不明确,目前认为与动脉硬化、高血压、血管炎、心理因素等密切相关。介入栓塞术通过动脉内放置支架、注入栓塞剂的方式治疗脑动脉瘤,虽创伤小,但仍有较高并发症发生风险,而有效护理干预对患者恢复有重要意义^[1-2]。临床护理路径(CNP)是以患者为中心的标准化护理模

式,可提供规范、主动、全面的护理干预,进而提高护理质量,得到临床广泛重视^[3]。本研究探讨 CNP 模式干预在脑动脉瘤介入栓塞手术患者中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月~2020 年 1 月我院治疗的脑动脉瘤介入栓塞手术患者 50 例,2015