

2.2 两组的治疗效果比较 观察组的治愈率为 63.38%，死亡率为 2.82%；对照组的治愈率为 38.03%，死亡率为 11.27%。两组对比差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨 论

急性有机磷中毒机制在于通过抑制胆碱酯酶的活性,造成人体内的乙酰胆碱水平迅速上升,进而造成生物中毒^[5]。中毒患者多病势危急,在抢救阶段如果不能迅速有效地控制病情,可能会造成诸多不良预后,严重时甚至发生死亡^[6]。因此,对急性有机磷农药中毒患者的护理过程要有一个合理、迅速、有效的流程。

本次研究中,通过对比密集化护理和常规护理流程的项目、次数以及护理后的治疗效果,分析密集化护理在急性有机磷农药中毒患者综合治疗效果的影响。(1)患者入院时,要迅速清理患者身体和口腔,避免有机磷农药的接触。(2)要彻底、反复地洗胃并辅助导泻、利尿等处理手段,迅速彻底地清除体内残留农药。(3)输液要保证大剂量持续用药,直至人体表现出“阿托品化”。输液过程中,对患者的皮肤变化、瞳孔大小改变以及体温、心率的变化要密切关注,对阿托品的药理反应和不良反应要及时识别和发现,并报告主治医师。另外,对患者可能表现出的躁动不安,要注意保护,避免患者自我伤害。(4)呼吸功能衰竭是有机磷中毒常见并发症,抢救前要预先准备好呼吸机,随时建立机械通气。(5)对病情较重患者实施 HD+HP 综合治疗时,由于血液灌流所用的肝素量较大,可以预先推注鱼精蛋白 25~50 mg 预防出血。另外,对中毒较深、服毒剂量较大患者,要更换碳肾,保证清洁效果。(6)由于患者口腔

的清洁和插管对患者口腔影响较大,加之阿托品有导致口腔干燥的不良反应,要预防口腔内的感染发生。(7)注意保持患者呼吸道的情况,必要时给予雾化吸入,保护呼吸道黏膜。(8)留置尿管是尿道感染的危险因素,可用呋喃西林稀释液冲洗膀胱,预防感染。(9)心理辅导帮助患者树立起积极的人生观、价值观,劝慰患者配合治疗,提防患者可能再次冲动。

综上所述,对急性有机磷中毒患者实施密集化护理能够合理、迅速、有效地安排护理流程,治疗效果明显,值得临床推广。

参考文献

- [1] 叶素贞. 急性有机磷中毒护理[J]. 医药论坛杂志, 2006, 27(11):124-125.
- [2] 张华. 急性有机磷中毒护理的难点及对策[J]. 中国实用医药, 2010, 5(9):191-192.
- [3] 连改香, 王建秀, 任岚. 急性有机磷中毒中间综合症的抢救与护理[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(6):415-417.
- [4] 周涛红. 急性有机磷中毒护理体会[J]. 中国社区医师:医学专业, 2012, 14(3):318-319.
- [5] 冯敏芳, 边海芳, 傅程瑶. 急性有机磷中毒致中间综合症的急救及护理[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(14):1325-1326.
- [6] 章丽仙, 鲍跃华. 急性有机磷中毒并发呼吸衰竭 19 例的急救及护理[J]. 护理与康复, 2012, 11(4):333-334.

(收稿日期:2013-04-10 修回日期:2013-06-20)

开颅术后颅内压增高护理观察

何 铮(首都医科大学附属北京天坛医院神经外科,北京 100050)

【摘要】 目的 探讨针对颅内压增高护理措施对于开颅术后颅内压增高的效果及患者预后的影响。**方法** 将北京天坛医院行开颅手术伴有颅内压增高的 60 例患者随机分为常规护理组和降压护理组,两组患者均给予降颅压治疗及常规护理措施,降压护理组患者给予有利于颅内压降低的护理措施。对两组患者的颅内压进行监测,比较两组患者的颅内压改变,并采用格拉斯哥预后量表(GOS)评分比较两组患者预后。**结果** 两组患者颅内压均显著下降,降压护理组颅内压降低更明显($P < 0.05$);常规护理组患者 GOS 预后:Ⅰ级 3 例,Ⅱ级 8 例,Ⅲ级 11 例,Ⅳ级 5 例,Ⅴ级 3 例;降压护理组 GOS 预后:Ⅰ级 5 例,Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 6 例,Ⅳ级 4 例,Ⅴ级 1 例。降压护理组Ⅱ级以上比例显著高于常规护理组($P < 0.05$)。**结论** 在常规护理的基础上,给予术后颅内压增高患者一定的降压护理措施能够促进患者颅内压恢复正常,并改善患者预后,值得推广应用。

【关键词】 开颅手术; 颅内压增高; 护理观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2899-02

开颅手术患者术后往往伴有颅内压(ICP)增高,如果不能及时处理,可导致脑疝形成,引起严重后果^[1]。本研究观察了对 ICP 增高的患者实施相应的降压护理,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院自 2010 年 5 月至 2012 年 5 月共有 60 例患者出现开颅术后的 ICP 增高,所有患者均符合以下入组标准:(1)发生颅脑损伤、高血压脑出血等,并需要进行开颅手术操作;(2)术后 ICP>2.0 kPa;(3)入院时格拉斯哥昏迷评分(GCS)小于或等于 8 分;(5)同意进行本研究并签署知情同意书。手术原因:重型颅脑损伤 36 例,其中硬膜外血肿 18 例,硬膜下血肿 10 例,硬膜外并硬膜下血肿 6 例,脑挫裂伤合并脑内血肿 2 例;颅内肿瘤 18 例,脑胶质瘤 12 例,髓母细胞瘤 6 例;高血压脑出血 16 例。将 60 例患者随机分为常规护理组和降压护理组。常规护理组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 21~72

岁,平均(45.3±17.5)岁;降压护理组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄 19~69 岁,平均(44.9±16.7)岁。两组患者在性别、年龄、病情、GCS 评分等方面差异无统计学意义。

1.2 护理方法 常规护理组患者给予常规护理措施^[2-3];降压护理组在给予常规护理的基础,再给予降压护理措施。(1)床头抬高 15°~30°,以促进颅内静脉回流,从而缓解脑水肿,降低 ICP;(2)患者严格卧床休息,保持病房安静、避免刺激患者,防止血压骤升引起 ICP 升高;(3)吸氧治疗,给予患者低流量吸氧,从而防止脑血管扩张并降低脑血流量;(4)呼吸道管理,应用生理盐水、盐酸氨溴索雾化吸入,并及时吸出痰液,吸痰时注意动作轻柔,避免刺激患者及造成黏膜损伤;对于周围型气道梗阻患者,应及时清除黏液及血液或进行气管切开,以解除梗阻;(5)给予膳食纤维饮食及缓泻剂,防止便秘发生;(6)对于发生癫痫的患者,应及时给予抗癫痫药物控制癫痫发作;(7)高热

护理,对于发生中枢性高热的患者,给予冰帽、冰袋等物理降温措施,并将患者体温控制在 34~36℃;(8)防止感染,保持病房空气流通,及时对病房消毒,加强体位护理、口腔护理、会阴部护理、防治压疮、口腔感染、尿路感染^[4]。

1.3 评价指标 对两组患者的 ICP 进行监测,并测量护理前后的 ICP,根据以下标准判断 ICP 程度:正常 ICP 为 0.7~2.0 kPa;ICP 升高,轻度,2.0~2.66 kPa;中度,2.67~5.33 kPa;重度,>5.33 kPa^[5]。采用格拉斯哥预后量表评分(GOS)对两组患者的预后进行评价:I 级,患者恢复良好,可正常生活;II 级,轻度残疾,可独立生活;III 级,日常生活需要照顾者;IV 级,植物生存;V 级,死亡。预后优良率为 II 级以上患者占有所有患者的比例^[6]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS14.0 进行统计学分析,对两组患者预后优良率的比较采用卡方检验,对 ICP 的比较采用 *t* 检验,检验水准设定为 $\alpha=0.05, P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理前后 ICP 的比较 护理前常规护理组平均 ICP 为(3.97±1.65)kPa,护理后为(2.4±1.2)kPa;护理前降压护理组平均 ICP 为(3.95±1.71)kPa,护理后为(1.8±1.3)kPa。两组患者护理前 ICP 差异无统计学意义($P>0.05$),护理后降压护理组 ICP 显著低于常规护理组($P<0.05$)。护理前两组颅内压增高分布差异无统计学意义($P>0.05$),护理后降压护理组 ICP 正常及轻度增高患者比例显著高于常规护理组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者护理前后 ICP 增高程度的比较(n)

组别	n	护理前 ICP 增高程度			护理后 ICP 增高程度		
		轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
常规护理组	30	5	22	3	12	6	1
降压护理组	30	6	21	3	8	3	0

2.2 两组患者预后情况的比较 降压护理组患者预后显著优于常规护理组($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者预后情况的比较

组别	n	GCS 预后分级(n)					预后优良率(%)
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	
常规护理组	30	3	8	11	5	3	36.7
降压护理组	30	5	14	6	4	1	63.3

3 讨 论

开颅术后患者往往伴有 ICP 增高,原因可能包括以下方面:(1)颅脑创伤或高血压脑出血等原发病对颅脑的损伤作用可导致脑水肿的发生,引起 ICP 增高;(2)手术操作对脑组织的刺激,导致脑水肿的加重,从而加重 ICP 增高;(3)手术、创伤等应激原刺激引起脑血管扩张,脑血容量升高,导致 ICP 升高^[7]。而目前临床针对 ICP 升高主要治疗措施包括脱水、利尿、镇静、脑室引流等,但不合理的护理措施可能诱发 ICP 增高。Tume 等^[8]发现雾化吸入、体位改变能够影响患儿的 ICP。李晓清等^[9]发现抬高床头、吸氧、吸痰、镇静、通便后患者 ICP 较操作前明显降低($P<0.01$);鼻饲、膀胱冲洗后显著升高($P<0.05$)。上述结果表明合适的护理措施能够帮助降低患者 ICP,改善患者预后。

本研究降压护理组所采取的护理措施主要包括 ICP 监

测、吸氧、体位护理、呼吸道护理、饮食护理、高热护理、防止感染、抗癫痫、抗感染等^[10]。ICP 监测是颅内高压患者的基本监护措施,对于护理及治疗意义重大。体位护理的作用在于促进脑部静脉回流,降低毛细血管静脉压,从而改善脑水肿,降低 ICP;而抗癫痫、抗感染、抗高热的护理措施目的在于减轻患者的应激刺激,从而降低脑细胞代谢水平,联合吸氧改善缺氧状态,达到减轻脑水肿和降低 ICP 的目的。饮食护理在于维持机体的高代谢需要,帮助患者度过危险期。许海珍等^[11]对 52 例颅脑创伤术后 ICP 增高的患者进行了严密的监测、观察和有效的护理措施,结果存活 46 例,38 例意识清醒,肢体功能恢复,生活自理,5 例意识清醒,但留有偏瘫或部分失语,生活部分自理,3 例卧床不起,死亡 6 例。ICP 增高可明显影响患者预后,持续的颅内高压可导致脑疝发生,严重者可死亡,因此及时有效的降压措施对于改善患者预后意义重大。曹顺华等^[12]对 45 例颅脑损伤患者进行了 ICP 监测及护理,GOS 评分存活 44 例,其中 I 级 22 例,II 级 11 例,III 级 11 例,死亡 1 例。但上述研究均未设置对照组,本组研究中降压护理组 ICP 显著低于常规护理组,且预后显著优于常规护理组。

综上所述,在常规护理的基础上,给予术后 ICP 增高患者一定的降压护理措施能够促进患者 ICP 恢复正常,并改善患者预后,值得推广应用。

参考文献

- [1] 提辉. 颅脑外伤 102 例颅内压增高早期观察与护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(14): 87-88.
- [2] 季霞. 颅内压增高患者的观察与护理[J]. 中国实用医药, 2009, 4(10): 194-195.
- [3] 宋明浩, 李志祥, 马文斌, 等. 重度颅脑损伤术后并发脑梗塞 168 例临床分析[J]. 海南医学, 2011, 22(10): 95-96.
- [4] Noble KA. Traumatic brain injury and increased intracranial pressure[J]. J Perianesth Nurs, 2010, 25(4): 242-248.
- [5] 高来梅. 颅内压增高患者的外科护理体会[J]. 实用医技杂志, 2012, 19(6): 668-669.
- [6] 陶燕平, 王子替. 重型颅脑损伤患者持续颅内压监测的护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(12): 1102-1103.
- [7] Bell L. Nursing care and intracranial pressure monitoring[J]. Am J Crit Care, 2009, 18(4): 338.
- [8] Tume LN, Baines PB, Lisboa PJ. The effect of nursing interventions on the intracranial pressure in paediatric traumatic brain injury[J]. Nurs Crit Care, 2011, 16(2): 77-84.
- [9] 李晓清, 陈兵, 陈立一, 等. 基础护理操作对开颅术后患者颅内压的影响[J]. 护理学杂志, 2006, 21(20): 51-52.
- [10] Inoue K. Caring for the perioperative patient with increased intracranial pressure[J]. AORN J, 2010, 91(4): 511-515.
- [11] 许海珍, 石的红, 赖玉萍, 等. 颅脑创伤患者开颅术后颅内压增高的护理观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(5): 802-803.
- [12] 曹顺华, 姚秋辉, 王东春. 重型颅脑损伤患者颅内压监测及护理体会[J]. 中国全科医学, 2010, 13(14): 1572-1574.