

- [13] 杜天平,李莉.联合入路治疗复杂性髌臼骨折的围手术期观察及护理[J].现代医学,2010,38(6):673-675.
- [14] 李强,刘国辉,杨述华,等.前后联合入路治疗髌臼骨折并中心性脱位[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(4):301-303.

- [15] 闫伟强,张敏,陈元庄.前后联合入路治疗复杂粉碎性髌臼骨折的疗效分析[J].中国骨科临床与基础研究杂志,2012,4(2):141-145.

(收稿日期:2013-08-29 修回日期:2013-10-26)

重型颅脑损伤患者急救阶段护理路径应用研究^{*}

黄伟霞¹,罗孝平^{1△},喻明成²(1.重庆市璧山县人民医院急诊科 402760;2.四川省绵阳市中心医院 医务处 621000)

【摘要】 目的 分析护理路径在重型颅脑损伤患者急救阶段中的实施价值。**方法** 将 110 例重型颅脑损伤患者随机分为对照组和观察组,每组各 55 例患者。对照组患者在急救过程中采用传统的急救流程;观察组患者则在急救过程中采用临床护理路径。比较对照组与观察组患者的抢救所用时间,以及病情稳定患者、发生并发症的患者及死亡患者所占比例。**结果** 观察组患者所用时间,以及病死率和发生并发症的患者所占比例均少于对照组患者,且观察组患者病情稳定的患者所占比例高于对照组患者,各指标组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在重型颅脑损伤患者的急救过程中应用护理路径,能够减少并发症的发生,缩短患者抢救所需时间,降低患者病死率,提高生存率,保证患者的生存质量。

【关键词】 护理路径; 重型颅脑损伤; 急救阶段

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.042 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)04-0528-02

颅脑损伤是因直接或间接外力因素作用于头部而引起的脑组织损伤。重型颅脑损伤的主要临床表现包括恶心、呕吐、癫痫急性发作、头痛、头晕、四肢瘫痪、失语、感觉障碍、偏盲等^[1],临床传统救治方案包括紧急抢救、抗休克、抗感染、清创和手术治疗等。重型颅脑损伤患者的伤势普遍较重,病情变化快并且复杂,如未得到及时救治,极有可能导致多种并发症、后遗症,严重时甚至导致患者死亡,给社会和家庭带来沉重的经济和精神心理负担^[2]。在重型颅脑损伤患者救治过程中,给予患者快速、有效的急救护理,在降低致死致残率、提高患者生存质量、减少和避免并发症的发生等方面具有极为重要的意义。本院根据实际情况,制订了针对重型颅脑损伤患者的护理路径,有效降低了患者病死率,减少了患者家庭及社会的经济负担。现将本院急诊科在重型颅脑损伤患者急救过程中实施的护理路径应用方式和效果总结、分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择璧山县人民医院急诊科 2012 年 1 月至 2013 年 1 月收治的重型颅脑损伤患者 110 例,男 65 例、女 45 例;患者年龄 7~78 岁,平均 44 岁;所有患者均具有不同程度的颅脑外伤史,且入院后均及时进行头颅 CT 检查。随机将 110 例患者分为观察组和对照组,每组各 55 例患者。两组患者年龄分布、性别构成、致伤因素、损伤类型等方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 按常规急救措施对对照组患者进行急救,按急救阶段护理路径对观察组患者进行急救。在救治患者的同时,由专门的护理人员负责填写护理路径记录单及抢救记录单,各项内容填写完成后,由执行护士签名确认^[3]。如果在抢救过程中出现特殊情况,则填写相应的变异项内容,病签名确认。在抢救结束后,对抢救所用时间、病情稳定的患者例数、并发症发生情况及患者死亡情况进行详细记录。颅脑损伤患者急救阶

段护理路径实施措施如下。(1)急救物品及药品的准备。所有急救物品、药品必须始终处于良好的备用状态^[4],包括急诊科配备的必要的通讯设备。在患者病情危重且复杂,需要实施紧急抢救时,及时向上级领导汇报,告知抢救成员在患者到达急诊科之前尽快完成救护准备工作,并及时通知相关科室做好相应的准备。(2)急救现场的处理。对于出现窒息、心搏骤停、大出血等危重情况的患者,应优先处理^[5]。(3)转运救护。如患者情况危重,应及时告知患者家属,并在患者转运途中加强监护,严密观察患者病情,保持呼吸道通畅。若患者在转运途中发生意外情况,应采用就近救治的原则^[6]。(4)急诊救护。急诊科医护人员做好接诊准备工作,详细了解患者的受伤时间和伤情严重情况,尤其需注意对患者意识状况等进行详细了解。护士应协助医生检查患者有无头部以外的损伤。对患者病情进行密切观察,包括生命体征的监测、神志的变化、瞳孔对光反射等内容。急诊科接诊后,应及时对患者进行吸氧治疗,以改善脑组织缺氧状态和预防脑水肿,必要时可实施机械通气^[7]。选择合适的穿刺部位,建立 2 条以上的静脉通道。首先采用生理盐水进行静脉滴注,避免使用糖水,以防止患者因再灌注损伤而加重病情。注意保持患者呼吸道的通畅,避免患者出现舌后坠,或因呕吐物、血块等阻塞咽喉部,从而避免患者在颅内血肿导致颅内压增高的同时,因上述因素加重脑组织的缺血、缺氧状态而加重病情。若患者需留置尿管,则应注意观察尿液的量、颜色、性质。采集患者外周血进行必要的血液指标检测,并在密切监护的情况下进行 CT 及其他检查^[8]。为患者佩戴冰帽以进行物理降温。低温治疗能够减少脑组织的代谢率,提高脑组织对缺氧的耐受性,防止脑水肿的发展。使患者保持头部抬高的体位,从而在防止呕吐物阻塞呼吸道而导致窒息的同时,降低患者颅内压,改善脑部的代谢情况。若患者出现严重的躁动,有可能增加出血量。此时,应根据患者的病情,遵医嘱

^{*} 基金项目:四川省绵阳市卫生局资助项目(201205)。

[△] 通讯作者,E-mail:874783830@qq.com。

给予适量的镇静药物^[9]。为保证躁动患者的安全,可进行合理、正确的约束等保护性措施,例如使用保护带以防止患者坠床等。必要时,应开放急救绿色通道,以便患者得到最及时的救治。

1.3 统计学处理 采用 PEMS3.1 软件进行数据处理和统计学分析。计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha = 0.05, P < 0.05$ 为比较差异具有统计学意义。

2 结 果

对照组患者抢救所用时间为 $(41.37 \pm 17.34) \text{ min}$,多于观察组患者的 $(20.27 \pm 9.23) \text{ min}$,组间比较差异有统计学意义 ($t = 7.970, P < 0.05$)。经急诊抢救处理后,对照组与观察组患者中,病情稳定、出现并发症及死亡患者例数所占比例比较差异均有统计学意义 ($\chi^2 = 4.529, P < 0.05$)。两组患者抢救所用时间及不同疗效患者所占比例见表 1。

表 1 两组患者抢救所用时间及不同疗效患者所占比例					
组别	<i>n</i>	抢救所用时间 (min, $\bar{x} \pm s$)	病情稳定的 患者[n(%)]	出现并发症 的患者[n(%)]	死亡患者 [n(%)]
对照组	55	41.38±17.34	45(81.82)	7(12.73)	3(5.45)
观察组	55	20.27±9.23	36(65.45)	10(18.18)	9(16.36)

3 讨 论

将临床护理路径应用于急性发作性疾病患者的急救过程中,可缩短患者的抢救时间,提高急诊抢救效果和治疗效果^[10]。笔者在临床实践中发现,在重型颅脑损伤患者急救过程中合理运用护理路径,不仅有助于提高医护人员间相互配合的默契程度,更为患者获得及时的抢救赢得了时间。对重型颅脑损伤患者而言,抢救与治疗越及时,患者的生存率越高,后期并发症发生率、病死率、致残率越低,对提高患者的生存质量有极为重要的意义。因此,在重型颅脑损伤患者发病后,应尽快对其进行有效的抢救,从而改善患者的预后。有研究显示,若在脑疝形成超过 2~3 h 后实施急救,患者有可能出现多种后遗症,严重时可导致残疾;若在脑疝形成超过 6 h 后实施急救,则患者抢救成功的机会非常小;说明脑部外伤患者获得急救处理的时间距离创伤时间越长,抢救成功的可能性越小^[11]。

重型颅脑损伤患者急救阶段的临床护理途径是护士在有预见性及一定计划性的前提下,积极主动开展的一系列护理行为,使护士在工作中由被动转向主动,使患者的救治过程能够按照一套完整的、全面的医疗护理计划实施,不仅调动了护理人员的工作积极性,提高了其自律性,更有助于日后更好地开展护理工作^[12]。与此同时,由于患者得到了护理人员的悉心照料,其满意度也会得以大大提高。本研究结果显示,对照组 55 例患者抢救所用时间比观察组平均延长约 20 min。由此可见,在重型颅脑损伤患者急救阶段中实施护理路径具有较高的可行性和必要性,使患者的意外损伤在发展至不可逆阶段之前得到及时救治,为后期的进一步治疗也奠定了良好的基础。在急救阶段以护理路径的要求进行患者护理时,如果出现路径中尚未规定的情况,护理人员必须保持冷静,切忌慌乱,对外伤情况按照常规措施进行处理,并在完成患者急救后对意外情况和所采用的护理措施进行详细记录和分析,从而为护理路径的修

订和完善提供有价值的临床参考。

在重型颅脑损伤各阶段抢救过程中,现场急救应该受到高度的重视,应按照边诊断、边救治、再诊断、再救治的步骤实施抢救,并严格把握就近治疗的原则,避免错失最佳抢救时机^[13]。此外,应该注意发生重型颅脑损伤的三类特殊人群。就意识不清楚的酗酒者而言,由于意识欠清晰,缺乏本能的机体保护反应,且对各种诊治和检查措施的配合性较差,因此,对此类患者的相关检查应尽可能地及时完成。就合并脑萎缩,或为预防心肌梗死、脑梗死而长期服用抗血小板药物的老年患者而言,在颅脑损伤发生后,更易继发颅内出血,且发生迟发性出血的可能性也更大。就婴幼儿而言,由于其大脑发育尚未成熟,且语言表达能力弱,无法对病情进行详细说明;因此,在发生重型颅脑损伤的婴幼儿急救护理过程中,必须严密监测患儿病情的变化,尤其是及时发现和处理脑疝,并尽可能地把握最佳抢救时机^[14]。

参考文献

[1] 杨少萍,黄汇明,梁友容,等. 重型颅脑损伤 87 例的院前急救护理[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2009,12(1):132-133.

[2] 黄文伶,梁平华,彭爱明. 急性重型颅脑损伤 73 例的急救护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(15):65-66.

[3] 刘伟盛,伍方红,余苏琼. 醒脑静注射液对重型颅脑损伤术后患者促醒作用的疗效观察[J]. 中医药导报,2009,15(8):20-22.

[4] 周士芬. 重型颅脑损伤患者的病情观察与护理[J]. 护理实践与研究,2009,6(7):59-61.

[5] Seguen V, Jaffrelo M, Guillard E, et al. From emergency services to neurosurgical intensive care, the role of the nurse in neurosurgery[J]. Soins, 2012, 57(763):38-42.

[6] 刘云. 临床护理路径在颅脑损伤急救中的应用体会[J]. 基层医学论坛,2012,16(9):1213-1214.

[7] 刘倩,靳克英,秦德芳. 影响重型颅脑损伤患者急救质量的观察分析[J]. 重庆医学,2009,38(13):1620-1621.

[8] 张曲娣. 院前急救对重型颅脑损伤患者的影响[J]. 护理研究,2011,25(3):624-625.

[9] Becker C. Nursing care of the brain injury patient on a locked neurobehavioral unit[J]. Rehabil Nurs, 2012, 37(4):171-175.

[10] 何来顺,文桂珍,张灼辉. 护理路径在 AMI 急诊 PCI 治疗中的应用[J]. 现代医院,2011,11(9):86-87.

[11] 黄爱珍,黄永锋. 重型颅脑损伤院前急救体会[J]. 现代中西医结合杂志,2006,15(14):195.

[12] 张淑霞,谢小华. 重型颅脑损伤 102 例院前急救及护理[J]. 齐鲁护理杂志,2008,14(16):6-7.

[13] Bouix J. The nurse and the care of the craniocerebral trauma patient[J]. Rev Infirm, 2011, 40(175):45-50.

[14] 张明,马宝骏,龚翔,等. 急性重型颅脑外伤的院前急救分析研究[J]. 中华全科医学,2010,8(5):649-650.