

# 综合护理在颅脑损伤患者行气管切开术围术期护理中的应用效果

李 琳

陕西省渭南市中心医院耳鼻喉头颈外科, 陕西渭南 714000

**摘要:**目的 研究综合护理在颅脑损伤患者行气管切开术围术期护理中的应用效果。方法 选择 2015 年 6 月至 2018 年 6 月该院收治的 79 例颅脑损伤患者为研究对象,分为对照组 39 例和观察组 40 例,对照组患者进行围术期常规护理,观察组患者在对照组基础上联合采用综合护理。比较两组患者的生活质量评分、治疗期间的并发症发生情况以及护理满意率。结果 干预后观察组各项生活质量评分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗期间观察组的并发症发生率为 7.50%,显著低于对照组的 25.64%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组的护理满意率为 95.00%,显著高于对照组的 79.49%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 对行气管切开术的颅脑损伤患者在围术期采用综合护理,能显著提高患者的生活质量,减少治疗期间的并发症发生情况,且取得了较高的护理满意率,值得在临床推广应用。

**关键词:**综合护理; 颅脑损伤; 气管切开术; 并发症

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)15-2242-03

颅脑损伤是一种常见的外伤,分为头皮损伤、颅骨损伤与脑损伤,三者可同时存在<sup>[1]</sup>。多数患者伤后即出现意识障碍、头痛、呕吐等,严重者会出现昏迷,导致呼吸道梗阻引发急性呼吸功能衰竭,对患者生命造成严重威胁<sup>[2]</sup>。为了吸痰和保持呼吸道顺畅,对该类患者行气管切开术是治疗的关键和有效措施。气管切开后会出现肺部感染、气道内出血、气管套管脱出等问题<sup>[3-4]</sup>。因此,围术期护理工作对提高手术效果、改善预后等意义重大。本研究分析了综合护理在颅脑损伤患者行气管切开术围术期护理中的应用效果,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2015 年 6 月至 2018 年 6 月本院收治的 79 例颅脑损伤患者为研究对象,所有患者入院后均经 CT 检查符合颅脑损伤标准,入院检查后均行气管切开术,患者及家属对本研究知情同意。排除伴有冠心病、糖尿病、高血压等心血管疾病,以及肾功能不全者。将所有患者分为对照组 39 例和观察组 40 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性,见表 1。本研究经本院医学伦理委员会批准。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	n	男/女 (n/n)	平均年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	致伤原因(车祸伤/ 打击伤/跌落伤, n/n/n)
观察组	40	19/21	43.64 ± 8.23	25/6/9
对照组	39	20/19	42.97 ± 8.35	23/8/8
$\chi^2$ 或 t		0.11	0.36	0.42
P		0.734	0.720	0.813

**1.2 方法** 对照组:进行围术期常规护理,包括对患者进行饮食指导,术前健康教育,术后密切关注患者

的各项生命体征以及导管情况。观察组患者在对照组患者的护理基础上联合采用综合护理干预,具体措施如下:(1)成立综合护理干预小组。小组成员由 1 名主治医师、3 名具有相关护理经验的护士和 1 名护士长组成。主治医师向组内护理人员宣传气管切开术的相关知识,对术前准备、术中注意事项以及术后并发症等进行宣讲,初步制订护理方案。(2)归纳总结患者病历资料。小组成员对入院患者的病历资料进行整理记录,了解患者的病情状况、既往病史、职业等,有利于更好地开展护理工作。(3)术前准备。与患者家属交流,了解患者的病情,监测患者的心率、呼吸、血压、血氧饱和度等。清理气管与口腔分泌物,保持呼吸道畅通,建立 1~2 条静脉通道。(4)术中护理。手术过程中密切关注手术进展,监测患者的心率、血压、呼吸、血氧饱和度等的变化,及时清理患者的气管及口腔分泌物,出现异常状况时及时上报主治医师。(5)术后体位护理。患者术后一般采取侧卧位,以利于气管分泌物的排出,协助患者变换体位,防止长时间压迫发生压疮。翻身后轻叩患者的背部有利于痰液的排出。(6)术后心理护理。术后患者由于疼痛,担心日后的发音以及康复情况,会产生焦虑、绝望、抑郁等不良情绪。护理人员应当耐心向患者讲述气管切开术后的恢复过程,多向患者分享治疗成功的案例,鼓励患者配合治疗早日康复,缓解患者的不良心理情绪。(7)术后气管导管护理。每日消毒气管切口,保持气管切开处干燥。固定外套管时应做到松紧度适宜,发现有液体渗出时及时更换避免感染。定期更换内套管,用毛刷刷洗套管内壁后放到消毒液内浸泡,随时抽检内套管标本做微生物培养。外套管术后 1 周气管切开窦道后即可更换消毒,换导管清洗消毒时应防止将棉球纱布遗留在导管内。(8)术后气道护

理。用生理盐水将庆大霉素和糜蛋白酶混合，稀释后用微量注射泵持续滴注进患者气管。

**1.3 观察指标** (1)生活质量:出院前 1 d 利用颅脑损伤患者生活质量量表评价两组患者的生活质量<sup>[5]</sup>,该量表包括思考能力(3 个条目)、独立性(3 个条目)、生活能力(5 个条目)、身体限制(5 个条目)、脑损伤困扰程度(4 个条目),每个条目满分 5 分。(2)并发症发生情况:记录两组患者治疗期间的并发症发生情况。(3)护理满意率:出院前 1 d 由患者及家属对护理满意度进行评价,分为非常满意、满意、不满意,护理满意

率=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

**1.4 统计学处理** 使用 SPSS 19.0 软件分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者生活质量评分比较** 干预后观察组患者各项生活质量评分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

项目	n	思考能力	独立性	生活能力	身体限制	脑损伤困扰程度
观察组	40	9.78±1.56	11.35±2.46	20.79±4.35	18.57±3.46	15.46±3.21
对照组	39	7.24±1.21	8.25±1.53	17.45±3.26	14.25±3.17	10.78±2.34
t		8.07	6.71	3.85	5.78	7.39
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

**2.2 两组患者并发症发生情况比较** 治疗期间观察组患者的并发症发生率为 7.50%,显著低于对照组的 25.64%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 3 两组患者并发症发生情况比较

项目	n	肺部感染(n)	切口感染(n)	颈部气肿(n)	发生率[n(%)]
观察组	40	1	0	2	3(7.50)
对照组	39	4	3	3	10(25.64)
$\chi^2$					4.73
P					0.030

**2.3 两组护理满意率比较** 观察组的护理满意率为 95.00%,显著高于对照组的 79.49%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 4 两组护理满意率比较

项目	n	非常满意(n)	满意(n)	不满意(n)	满意率[n(%)]
观察组	40	31	7	2	38(95.00)
对照组	39	20	11	8	31(79.49)
$\chi^2$					4.30
P					0.038

**3 讨 论**

颅脑损伤患者病情急、病情变化快,且并发症较多,供氧不足、肺部感染、呼吸不畅等都可能致患者死亡<sup>[6]</sup>。在实施气管切开术时,患者自身状况、手术人员的医技水平、术后护理工作等都会对患者的治疗效果产生重大影响<sup>[7]</sup>。因此,加强围术期护理对提升治疗效果意义重大。综合护理干预是一种坚持以人为本、给予患者全面细致护理的护理模式,被广泛应用于各类外科手术护理中<sup>[8]</sup>,并取得了显著的护理

效果。

本研究结果显示观察组患者干预后各项生活质量评分显著高于对照组,观察组患者并发症发生率为 7.50%,显著低于对照组的 25.64%,说明实施综合护理干预能提高治疗效果,促进患者康复,改善患者的生活质量,减少并发症的发生。钟永芳<sup>[9]</sup>将综合护理干预用于重症颅脑损伤昏迷患者气管切开术中,结果表明观察组患者神经功能评分改善优于对照组,且观察组的并发症发生率低、护理满意度高。吴博<sup>[10]</sup>也研究了综合护理应用于重型颅脑损伤患者气管切开术后的护理效果,结果表明干预后观察组的并发症发生率、住院天数和康复天数均显著小于对照组,说明综合护理干预有利于重型颅脑损伤患者气管切开术后的康复,这也与本研究结果一致。分析其原因为观察组采用综合护理干预,医护人员术前提前熟悉患者的基本资料并与患者进行沟通,减少了患者的心理负担,增加了患者的治疗依从性;术后护理既涉及常规护理,又加强了对患者的心理疏导,使得患者在术后康复过程中能以积极、健康的心态面对疾病,因此观察组患者干预后生活质量各项评分高于对照组;术后通过对气管导管进行清洗、消毒、微生物培养等减少了因导管污染引起的感染;通过对患者进行气道护理使痰液稀释便于排出,减轻吸痰的刺激,避免肺部感染的发生。观察组的护理满意率为 95.00%,显著高于对照组的 79.49%,说明综合护理干预不仅取得了显著的效果,也获得了患者及家属的认可。

综上所述,对行气管切开术的颅脑损伤患者在围术期采用综合护理,能显著提高患者的生活质量,减少治疗期间的并发症发生情况,且取得了较高的护理满意率,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 刘明燕. 80 例颅脑损伤患者急诊救治及护理干预观察[J]. 自然科学(全文版), 2016(7):292.  
 [2] 袁媛, 冯杰, 王晓燕. 重度颅脑损伤气管切开术后的护理[J]. 沈阳医学院学报, 2007, 21(1):46-47.  
 [3] 周立英, 王孟云, 黄红蕾. 高血压脑出血行气管切开术期间呼吸道护理[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(31):174.  
 [4] 陈慧. 颅脑损伤患者行气管切开术后综合护理体会[J]. 当代护士(专科版), 2013(8):72-74.  
 [5] 郭越. 循证护理在重型颅脑损伤气管切开术后的应用[J]. 河北医科大学学报, 2014, 35(4):435-437.  
 [6] 刘海丽. 重度颅脑损伤病人的病情观察、并发症及护理[J]. 黑龙江科技信息, 2015(34):37.

[7] 蒋丽君. 手术患者术前恐惧性焦虑心理的影响因素分析及护理干预[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(7):8-10.  
 [8] 赵素敏. 综合护理干预对改善普外科患者情绪状态及生活质量效果评价[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(3):233-235.  
 [9] 钟永芳. 综合护理干预在重症颅脑损伤昏迷患者气管切开术中的应用价值研究[J]. 数理医药学杂志, 2015, 28(4):598-599.  
 [10] 吴博. 综合护理应用于重型颅脑损伤患者气管切开术后的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(82):249-250.

(收稿日期:2018-12-10 修回日期:2019-03-16)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.15.044

## 莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗肝郁脾虚型功能性消化不良患者的效果及对胃肠激素分泌的影响

梁 金

陕西省西安市中医医院医保办, 陕西西安 710021

**摘要:**目的 分析莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗肝郁脾虚型功能性消化不良(FD)患者的临床疗效及对胃肠激素分泌的影响。方法 选取该院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月收治的肝郁脾虚型 FD 患者 135 例作为研究对象,按随机数字表法分为中西医结合组、单纯西药组和单纯中药组,每组 45 例,其中单纯西药组采用莫沙必利片治疗,单纯中药组给予疏肝健脾汤治疗,中西医结合组除了给予莫沙必利片之外联用疏肝健脾汤治疗。连续治疗 4 周后,观察并比较各组治疗前后的中医症状积分、血清胃肠激素的变化情况,记录临床效果和不良反应发生情况。结果 治疗后,中西医结合组患者的临床疗效整体上优于单纯西药组及单纯中药组患者( $P < 0.05$ )。中西医结合组总有效率为 88.89%,单纯西药组为 68.89%,单纯中药组为 75.56%,各组差异有统计学意义( $P < 0.05$ );中西医结合组不良反应发生率为 13.33%,单纯西药组为 11.11%,单纯中药组为 8.89%,各组差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。各组治疗前中医症状积分和胃肠激素水平比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后各组中医症状积分和胃肠激素水平均有改善,且中西医结合组的中医症状积分和胃肠激素水平明显优于单纯西药组及单纯中药组( $P < 0.05$ ),而单纯西药组与单纯中药组患者组间比较中医症状积分和胃肠激素水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗肝郁脾虚型 FD 患者临床效果显著,可调节胃肠激素分泌,明显改善中医症状,用药安全性较好。

**关键词:**莫沙必利片; 疏肝健脾汤; 肝郁脾虚; 功能性消化不良; 胃肠激素

**中图分类号:**R573.9

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-9455(2019)15-2244-03

功能性消化不良(FD)是难治的非器质性病变的消化道疾病,在临床上较为常见,临床表现复杂多样<sup>[1-2]</sup>,现阶段临床上缺乏特异性治疗方法,一般以缓解症状为目标,主要给予促胃肠动力、抑酸药物、抗抑郁等对症治疗<sup>[3-4]</sup>。在祖国医学中,认为本病以肝郁脾虚型为主,主要病机是肝气郁结、胃失和降、脾脏运化功能虚弱,治以疏肝健脾、抑木扶土为原则。为此,本研究观察了莫沙必利片联用疏肝健脾汤治疗 FD 患者的疗效,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2017 年 1 月至 2018 年 12 月收治的肝郁脾虚型 FD 患者 135 例作为研究对象。西医诊断标准参照《功能性胃肠病罗马 III 诊断标

准》<sup>[5]</sup>;中医诊断参照《中药新药临床指导研究原则》<sup>[6]</sup>中有关肝郁脾虚型 FD 的诊断标准,临床症状表现为胃脘部不适、或伴烧灼感、上腹痛、喜叹气、食欲差、反酸、面色萎黄、口干口苦或有口臭、舌质淡、可伴齿痕、苔黄白腻,脉弦弱。纳入标准:(1)确诊为肝郁脾虚型 FD;(2)1 个月内未给予抑酸等有关药物治疗;(3)患者有良好依从性,配合中药汤剂口服。排除标准:(1)消化道溃疡或出血者;(2)有腹部手术史者;(3)胃黏膜有重度异型增生者;(4)肠道梗阻者;(5)妊娠期及哺乳期妇女;(6)合并肿瘤、血液系统、免疫系统疾病者;(7)精神系统疾病者;(8)过敏体质者。

所有 FD 患者按随机数字表法分为中西医结合组、单纯西药组和单纯中药组,每组 45 例。其中中西