

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 02. 018

唤醒状态下手术切除脑功能区胶质瘤围术期 标准化护理流程的应用效果观察^{*}

施 斌,王 婵,黄淑珍[△]

南昌大学第一附属医院手术室,江西南昌 330006

摘 要:**目的** 探究唤醒状态下手术切除脑功能区胶质瘤围术期标准化护理流程的应用效果。**方法** 以该院 2015 年 2 月至 2018 年 10 月收治的 80 例全身麻醉术中唤醒状态下行脑功能区胶质瘤手术患者作为研究对象,按住院号尾数单双号分组,分为观察组(标准化护理流程)和对照组(常规护理),每组各 40 例。探讨实施不同护理方法的应用效果。**结果** 观察组患者护理后汉密尔顿量表评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者护理后常识-记忆力-注意力测验法评分、日常生活活动能力量表(Barthel 指数)均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者护理满意度(97.50%)明显高于对照组(82.50%),差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者并发症发生率(2.50%)明显低于对照组(15.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 将标准化护理流程应用于唤醒状态下脑功能区胶质瘤手术患者,可明显减少并发症发生,改善患者焦虑情绪、认知能力及生活质量,提升护理满意度,值得临床推广应用。

关键词: 标准化护理流程; 脑功能区胶质瘤; 唤醒麻醉; 围术期; 术后并发症

中图法分类号:R739.41 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)02-0206-04

脑胶质瘤患者围术期给予严密病情观察和科学护理,对提高手术成功率和加快患者术后康复较为重要。唤醒状态下手术切除脑功能区胶质瘤,可实现最大限度切除肿瘤,全身麻醉患者术中唤醒,能有效保护脑神经功能^[1-3]。唤醒麻醉是指患者在麻醉状态下被唤醒,让其按照要求回答问题,问题包括文字语言或图画辨认等,与此同时,通过神经诱发电位,对患者脑功能区组织进行定标,以此来界定病变的切除范围并切除病变组织,以期最大限度保护脑功能和最大限度切除肿瘤^[4-5]。为了使患者更好地配合围术期治疗,本研究采用标准化护理流程,为临床护理方案提

供借鉴,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 2 月至 2018 年 10 月收治的 80 例全身麻醉术中唤醒状态下脑功能区胶质瘤手术患者作为研究对象,以住院号尾数单双号将其分为观察组和对照组,每组各 40 例。两组患者性别、年龄、国际肺癌研究协会/美国胸科学会/欧洲呼吸学会国际多学科肺腺癌分类分级评分系统分级、文化程度等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。所有患者均已签署知情同意书,本研究经过本院伦理委员会批准。

表 1 两组患者一般资料比较($n=40$)

组别	<i>n</i>	男/女(<i>n</i> / <i>n</i>)	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	分级(Ⅱ级/Ⅲ级, <i>n</i> / <i>n</i>)	文化程度(大专以下/大专及以上, <i>n</i> / <i>n</i>)
观察组	40	23/17	41.68±4.54	28/12	14/26
对照组	40	22/18	41.72±4.47	26/14	13/27
χ^2/t		0.051	0.040	0.228	0.056
<i>P</i>		0.822	0.968	0.633	0.813

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准^[6] (1)资料完整者;(2)术前神志清楚、无神经功能缺损者;(3)所有患者均经 MRI 确诊为脑胶质瘤,患者有头晕头痛、运动性失语、偏瘫或者单侧偏瘫,或者半侧感觉减退。

1.2.2 排除标准^[7] (1)严重肝肾功能异常者;(2)

具有精神意识障碍的患者;(3)中途退出/转院者或不愿参加本研究且不合作者。

1.3 方法

1.3.1 观察组 观察组患者给予标准化护理流程。(1)术前护理。①术前对患者进行常规护理:护理人员于术前详细询问患者病史、身体状况、心理状态等。

^{*} 基金项目:江西省卫生和计划生育委员会科研支撑项目(20155086)。

[△] 通信作者,E-mail:1463298412@qq.com。

对患者行血常规、肝功能、心电图等常规检查,详细记录并观察各项检查结果的相应数值,如发现异常应及时报告医生,并采取积极处理措施。如发现患者存在药物过敏史或近期有哮喘、心肌梗死发作等症状时,应及时报告医生,对手术时间进行合理安排。如患者伴有冠心病、高血压等,应对患者行相应的心电图检查和血压测量。②病情观察与护理:由于患者肿瘤较大,瘤体沿侧裂两边生长,体积约 $6\text{ cm} \times 5\text{ cm} \times 4\text{ cm}$,压迫大脑中静脉和大脑下静脉,引起回流障碍,脑水肿反应严重,易发生脑疝,故护士应严密观察患者瞳孔、意识、生命体征的变化情况,发现异常及时与医生联系,给予紧急处理。③营养支持:由于患者消瘦,营养不良,加之全身抵抗力低下,对手术的耐受力差,应遵医嘱给予三合一营养液(脂肪乳、氨基酸、葡萄糖注射液 $1\ 440\text{ mL}$)静脉输入,补充营养,为术后恢复奠定基础。(2)术中护理。①体位护理:在麻醉唤醒初期,患者意识不清,体位不适或其他不适因素都可能导致躁动,因此,在手术开始前必须全面考虑患者的感受,为患者创造一个舒适、安全的体位。首先,在摆放体位时要将患者的肢体摆至功能位,同时尽量提高患者体位的舒适度。其次,为防止患者术中躁动而发生坠床、污染无菌区等意外情况,还需妥善固定和约束患者。约束带松紧要适宜,不能过紧,以免影响患者肢体血供,以及在唤醒过程中与手术人员的互动。②唤醒过程中的护理:在术前访视时护士要提前与患者进行沟通,将术中所用到的图片和问题与患者反复交流;在唤醒过程中,护士要反复耐心地与患者交流,让患者重复护士的语言和简单的肢体动作,辨别图片内容,每次回答问题的时间间隔 6 s ;准备一可用灯光,用于患者清醒后看图说话时照明;多准备一套吸引器,以防止患者唤醒过程中分泌物过多或发生呕吐引起误吸的可能;唤醒过程中行皮层诱发电位,有可能致患者发生痉挛,为及时应对这种突发状况,洗手护士应提前准备好冷盐水,发作时遵医嘱用冷盐水冲洗脑部表面即可缓解。(3)术后护理。①常规护理措施:术后护送患者回到病房,将患者床头抬高 $10^\circ \sim 30^\circ$,防止颅内压升高。麻醉清醒 8 h 后嘱咐患者少量饮水,次日进行流质饮食。对患者行吸氧、心电监护、口腔等常规护理。密切观察患者切口引流液流速、颜色等。②病情观察与护理:严密观察患者意识、瞳孔、脉搏、呼吸、血压的动态变化,尤其是瞳孔的观察尤为重要,部分肿瘤发生脑疝的类型是小脑幕切迹疝,发现瞳孔异常时,应立即报告医生,给予相应处理。持续心电监测,观察血氧饱和度,保持呼吸道通畅,及时吸痰,并持续吸氧。观察患者肢体活动度,设专人守护。③伤口及引流管的观察和护理:严密观察切口处有无出血渗液情况,随时保持引流管通畅,防止引流管扭曲折叠并妥善固定,防止脱离,仔细观察引流液

的颜色及量,发现异常及时报告医生。④心理护理:护理人员应于患者术后清醒后与其进行简单交流,及时告诉患者手术成功的消息,让患者不良情绪得以缓解、消除。⑤并发症护理:确保患者呼吸通畅;隔 4 h 测量患者体温,为患者进行严格的口腔护理,叮嘱患者多喝水,确保不出现高热情况,高度关注患者头部引流情况。发热的护理:血性脑脊液可刺激脑组织,引起脑血管痉挛,蛛网膜下腔粘连,引起术后发热。当患者发热时应给予温水擦浴、双腋下夹冰块等物理降温,如效果欠佳时,遵医嘱给予复方氨林巴比妥注射液 2 mL 肌肉注射,配合乙醇擦浴,按时应用抗菌药物,医生在为患者行腰椎穿刺术时,同时给予鞘内注射适量抗菌药物。运动性失语的护理:若患者术后伴有运动性失语,语言表达困难,伴语言缺失时,护士应多与患者讲话,让患者尽量用语言表达自己的心理需求。先做好口型发音示范,指导先发容易发音的字,或用咳嗽、吹纸的方法诱导发音,然后让患者讲单字。待患者能清楚地说出单字时,再说双音词,最后指导患者学讲短语、短句及长句。在患者发音时,让其通过镜子观察自己发音时的口型,纠正发音时的错误或通过录音机将自己的发音与正确的发音进行比较并纠正。癫痫的预防:有效预防和控制癫痫可避免加重脑水肿,定时定量予以丙戊酸钠胃内注入,向患者家属进行健康宣教,不得自行减药或停药,这样才能有效控制发作,若发作已完全控制,减药时要逐渐减量,不可骤停。

1.3.2 对照组 对照组患者给予常规护理。确保病房干净、卫生、通风、安静,叮嘱患者要多饮水、卧床休息,少量多餐,饮食以清淡、易消化食物为主。根据患者情况指导其进行适当的恢复性训练,向其讲解疾病恢复相关知识。

1.4 观察指标 (1)采用汉密尔顿量表(HAMA)、常识-记忆力-注意力测验法(IMCT)及日常生活活动力量表(Barthel 指数)于护理前后评定患者焦虑情绪、认知能力及生活质量,HAMA 分界值为 14 分,分值越高表示焦虑越严重,超过 21 分,肯定有明显的焦虑^[8];IMCT 总分为 36 分,分值越高表示认知能力越强^[9];Barthel 指数记分为 $0 \sim 100$ 分,分数越高表示日常生活能力越佳^[10]。(2)对研究对象满意度进行调查,采用医院自制的满意度量表完成,分为非常满意、基本满意和不满意。统计研究对象高热、切口感染、癫痫等术后并发症发生情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析处理,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 χ^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 HAMA、IMCT 评分及 Barthel 指数

比较 见表 2。两组患者护理前 HAMA、IMCT 评分及 Barthel 指数比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);两组患者护理后 HAMA 评分均低于护理前,Barthel 指数均高于护理前,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者护理后 HAMA 评分低于对照组,IMCT 评分、Barthel 指数高于对照组,差异均有统计学意义($t=19.693、7.878、8.807, P<0.05$)。

表 2 两组患者 HAMA、IMCT 评分及 Barthel 指数比较($n=40, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	HAMA 评分	IMCT 评分	Barthel 指数
观察组	护理前	19.37±1.23	24.43±2.25	42.24±3.63
	护理后	12.04±0.11	24.35±2.52	81.67±8.52
	t	37.540	0.150	26.927
P		<0.001	0.881	<0.001
	对照组 护理前	19.41±1.25	24.51±2.29	42.31±3.57
	护理后	15.49±0.15	20.24±2.13	66.73±6.52
t		117.304	8.635	20.777
	P	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者护理满意度及并发症比较 见表 3。观察组患者护理满意度(97.50%)明显高于对照组(82.50%),差异有统计学意义($\chi^2=5.000, P=0.025$);观察组患者并发症发生率(2.50%)明显低于对照组(15.00%),差异有统计学意义($\chi^2=3.914, P=0.048$)。

表 3 两组患者护理满意度及并发症比较[$n(\%)$]

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	满意合计	并发症
观察组	40	18(45.00)	21(52.50)	1(2.50)	39(97.50)	1(2.50)
对照组	40	13(32.50)	20(50.00)	7(17.50)	33(82.50)	6(15.00)

3 讨 论

额叶胶质瘤是神经外科发生率较高的一种恶性肿瘤,额叶胶质瘤切除术是当前临床针对本病的主要治疗手段,但大量临床实践证实,术后患者会表现出明显的记忆力减退、认知功能障碍、意识模糊等现象^[11-12]。

手术切除是临床上治疗脑功能区胶质瘤的主要手段,但由于手术风险较高,术后易出现颅内出血、肢体功能障碍等严重并发症,所以在手术期间需要做好护理指导^[13]。常规护理是以疾病护理为中心,缺乏全面、系统、高质量的综合性护理方案,导致护理质量不高、患者满意度较低,容易发生护患纠纷^[14]。孙蔚宇等^[15]研究表明,对全身麻醉术中唤醒状态下脑功能区胶质瘤手术患者采取标准化护理流程后,可明显提升护理满意度。本研究结果表明,观察组患者护理满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),与上述研究结果相符。本研究结果显示,观察组患者并

发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者护理后 HAMA 评分低于对照组,IMCT 评分、Barthel 指数高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。分析原因:脑胶质瘤是一种病情严重且复杂的疾病,手术难度较大,创伤较严重,对患者身心均会造成较大创伤。唤醒麻醉下行胶质瘤切除术是一个过程复杂、难度较高的手术,其唤醒再麻醉过程是手术的重点也是难点,患者功能区域的判断、唤醒初期的躁动及再次麻醉所出现的各种问题都是护理中必须要面对和解决的。术前、术后对患者采取积极的护理措施,可有效提高临床治疗效果,改善患者预后。只有提高护理人员的专业素养,熟练手术过程和设备的应用,加强与医生、麻醉师之间的配合,妥善处理术中出现的各种突发状况,才能提高手术成功率,达到手术预期目标。针对术中唤醒及胶质瘤疾病特征制订相关的护理措施,能够减少手术对患者产生的应激反应。本研究分别从术前、术中、术后着手制订标准化护理流程,术前护理中做好常规护理,详细了解患者情况,并给予相应处理;做好病情观察,为手术的顺利实施提供保障;给予相应的营养支持,为术后恢复奠定基础。术中护理重点在于术中患者体位的护理,为唤醒提供有力保障;唤醒过程中应做好相应护理。术后护理重点在于病情观察及并发症预防,适当给予必要的心理支持,使患者不良情绪得以缓解、消除。

综上所述,对全身麻醉术中唤醒状态下脑功能区胶质瘤手术患者采取标准化护理流程,可明显改善患者焦虑情绪、认知能力及生活质量,减少并发症发生率,提升护理满意度,可在临床推广应用。

参考文献

[1] 樊庆荣,王恩任,张列,等.显微手术治疗脑胶质瘤的临床疗效探讨[J]. 检验医学与临床,2015,12(14):2068-2069.

[2] 王可杰,徐善才.脑功能区胶质瘤切除术后病人健康行为与家庭功能的相关性研究[J]. 护理研究,2016,30(33):4149-4152.

[3] 魏梦妮.高级别岛叶胶质瘤患者的围术期护理[J]. 护理学杂志,2016,31(24):43-44.

[4] 刘印,李雪.脑胶质瘤患者术后不同时间段生存质量及相关影响因素分析[J]. 中国卫生统计,2018,35(5):765-768.

[5] 张玉琴,屈清荣,王荟苹,等.中晚期妊娠合并脑胶质瘤患者的围术期护理[J]. 护理学杂志,2016,31(10):43-45.

[6] RAJU E N, KUECHLER J, BEHLING S, et al. Maintenance of stemlike glioma cells and microglia in an organotypic glioma slice model[J]. Neurosurgery, 2015, 77(4): 629-643.

[7] 陈日玉,罗佩,刘琪,等.脑胶质瘤术后早期癫痫发作 36 例护理体会[J]. 西南国防医药,2018,28(1):74-75.

[8] PAN W, LI G, YANG X, et al. Revealing the potential

- pathogenesis of glioma by utilizing a glioma associated protein-protein interaction network [J]. Pathol Oncol Res, 2015, 21(2):455-462.
- [9] 刘燕舞, 黄健. 全程无缝隙护理模式对提高胶质瘤术后患者生活质量的作用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(3):141-142.
- [10] YU Z, XIE G, ZHOU G, et al. NVP-BEZ235, a novel dual PI3K-mTOR inhibitor displays anti-glioma activity and reduces chemoresistance to temozolomide in human glioma cells[J]. Cancer Lett, 2015, 367(1):58-68.
- [11] 蔡卫新, 尹志科. 胶质瘤患者生活质量及护理干预的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(36):4345-4348.
- [12] TANG G, WU J, XIAO G, et al. miR-203 sensitizes glioma cells to temozolomide and inhibits glioma cell invasion by targeting E2F3[J]. Mol Med Rep, 2015, 11(4):2838-2844.
- [13] 邱怡, 刘海萍, 万政强, 等. 脑胶质瘤患者术后放射治疗的护理[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(22):136-137.
- [14] SHI L, FEI X, SUN, G, et al. Hypothermia stimulates glioma stem spheres to spontaneously dedifferentiate adjacent non-stem glioma cells[J]. Cell Mol Neurobiol, 2015, 35(2):217-230.
- [15] 孙蔚宇, 张晴, 王蓓, 等. 唤醒状态下手术切除脑功能区胶质瘤围手术期标准化护理流程应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2018, 23(12):816-818.
- (收稿日期:2019-04-28 修回日期:2019-08-16)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.02.019

不同学历女性护理人员遭遇性骚扰情况调查及预防救济机制研究*

杨 雪, 林 萍, 易学风, 刘 珊

西南医科大学附属中医医院心脑血管内科, 四川泸州 646000

摘 要:目的 探讨不同学历女性护理人员遭遇性骚扰情况调查及预防救济机制。方法 采用问卷调查方式随机选取该院 200 名女性护理人员进行问卷调查, 发放问卷 200 份, 回收 192 份, 回收率为 96.00%, 其中本科学历 107 名(本科组), 专科学历 85 名(专科组), 询问其遭遇性骚扰情况, 并进行相关应对预防救济机制研究。结果 两组护理人员年龄、护龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 综合 192 份调查问卷, 专科学历女性护理人员遭遇性骚扰比例为 81.18%, 本科学历女性护理人员遭遇性骚扰比例为 28.97%, 专科组护理人员遭遇性骚扰情况明显高于本科组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 通过对两组女性护理人员进行访谈, 性骚扰的形式主要以动作手势为主, 被盯视的人员少于短信和语言骚扰, 两组在遭遇性骚扰形式方面差异无统计学意义($P>0.05$); 两组护理人员在遭遇性骚扰后未理睬、告诉同伴及给予斥责警告方式比例方面差异均无统计学意义($P>0.05$), 但本科组护理人员在遭遇性骚扰后告诉护士长或主任的比例明显高于专科组, 专科组护理人员在遭遇性骚扰后告诉家人的比例明显高于本科组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 通过对遭遇性骚扰的 31 名本科组及 69 名专科组女性护理人员进行访谈, 性骚扰群体主要为患者及患者陪护家属, 分别占 43.00%、32.00%, 明显高于来自管理者及探视人员的性骚扰。结论 临床约 52% 的女性护理人员遭遇来自患者及患者陪护家属的性骚扰, 专科学历女性护理人员遭遇性骚扰的情况明显高于本科学历护理人员, 为改善此现象, 护理人员需加强自我保护, 医院管理者应制订和采取一定预防救济机制, 为女性护理人员提供一个健康的临床工作环境。

关键词:女性; 护理人员; 性骚扰; 预防; 救济机制

中图法分类号:R192; R473

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)02-0209-03

随着临床工作的不断推广, 临床护理人员数量呈直线上升趋势, 尤其女性护理人员较多^[1]。据相关文献报道, 我国临床女性护理人员遭遇性骚扰的频率逐年升高, 已经成为一个较为严重的社会问题^[2], 因此, 性骚扰事件应引起社会的关注。我国将性骚扰行为认定为侵犯受害人自主权的行为, 《中华人民共和国妇女权益保障法》中已经规定: 禁止对妇女实施性骚扰, 并将性骚扰列为违法行为, 女性护理人员完全可以依法维权。性骚扰主要是使被骚扰的一方感到难

堪和不适, 一般认为性骚扰包括语言和身体方面的接触, 主要指对异性作出的异常行为^[3]。本文对本院 200 名女性护理人员遭遇性骚扰的情况进行问卷调查, 并开展预防和救济机制研究, 以预防救济责任作为主体, 进而建立预防惩处机制, 最大限度维护本院女性护理人员的权益, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 200 名女性护理人员进行问卷调查, 发放调查问卷 200 份, 回收调查问卷 192

* 基金项目: 四川省性社会学与性教育研究中心计划(SXJYB1713)。