

重型颅脑损伤病人继发压疮的护理干预

田圳坤 张美霞 谢 莉 普亚晶 李永平 邱文娟 田耿家

**【摘要】目的** 总结重型颅脑损伤病人的压疮护理经验。**方法** 回顾性分析 2015 年 1 月至 2018 年 1 月 132 例重型颅脑损伤的临床资料。根据压疮分类,进行个体化护理干预。**结果** 住院期间压疮 11 例,发生率为 8.3%(11/132),均为合并糖尿病或营养不良病人,其中老年 6 例,中青年 2 例;小面积压疮 8 例,重度压疮 3 例;住院时间 10~46 d,无因压疮死亡病人。**结论** 重型颅脑损伤由于意识障碍、肢体功能障碍等容易出现压疮;根据压疮分类,进行个体化护理干预,可取得良好效果。

**【关键词】** 重型颅脑损伤;压疮;护理

**【文章编号】** 1009-153X(2019)02-0115-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1<sup>+</sup>5; R 473.6

重型颅脑损伤是神经外科常见的重症,常合并意识障碍、肢体活动障碍、多系统疾病等,是并发压疮的高危人群<sup>[1]</sup>。压疮的有效治疗与积极正确的护理密切相关。根据病人病情及压疮的临床分类<sup>[2]</sup>,采取适当护理措施,对降低并发症发生率、促进病人康复具有重要意义<sup>[3]</sup>。本文探讨重型颅脑损伤病人的压疮护理干预措施,为临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2018 年 1 月收治的重型颅脑损伤 132 例,其中开放性颅脑损伤 53 例,颅内血肿 46 例,弥漫性轴索损伤 20 例,脑干损伤 13 例;单纯颅脑损伤 71 例,合并肢体及躯干损伤 61 例;老年病人(>60 岁)48 例;合并糖尿病 13 例;进食障碍伴营养不良 29 例;开颅或微创手术治疗 82 例,保守治疗 50 例;入院时的 GCS 评分 3~8 分。

1.2 结果 对重型颅脑损伤病人进行预防压疮护理,压疮发生率为 8.3%(11/132),均为合并糖尿病或营养不良病人,其中老年病人 6 例,中青年病人 2 例;小面积压疮 8 例,重度压疮 3 例;住院时间 10~46 d;因中枢性呼吸衰竭、肺部感染等死亡 7 例,无因压疮死亡病人。

2 压疮发生的因素

压疮发生的因素较多<sup>[2]</sup>。颅脑损伤病人压疮主要与病人的神经功能障碍有关。

2.1 意识障碍 重型颅脑损伤病人入院时大多病情危重,神志呈不同程度昏迷状态,伴有大小便失禁,病人本人不能自主翻身,需要护理人员及家属协助翻身。而这类病人往往同时要给予吸氧、气管切开、吸痰、置胃管、导尿、术后切口引流管等护理,增加了翻身的难度,使得受压处皮肤长期不能减压。另外,多数家属对定时翻身的意义不能很好理解,造成病人长期被动体位,导致局部皮肤受压。

2.2 身体状况 重型颅脑损伤病人,尤其是合并意识障碍、全身多发伤、应激性溃疡的病人,一般都伴有营养缺乏、血液循环障碍,造成局部皮肤持续缺血、缺氧,酸性代谢产物堆积,增加压疮发生及局部感染的机会,尤其是医院中的多重耐药菌感染,更是加重了压疮的危险性<sup>[4]</sup>。

2.3 老年病人 年龄越大则发生压疮的比例越高<sup>[4]</sup>。老年病人皮肤抵抗力差,并发症多,各器官代偿能力差,或往往合并许多高危因素,如高血压、慢性支气管炎、冠心病、糖尿病等。加上老年病人全身营养障碍和循环状况均较年轻人差,因而压疮的发生率高于中青年病人。

2.4 其它因素 包括重症病人长期静脉输液、病人躁动产生的局部损伤、尿失禁导致的局部潮湿刺激等,均会增加压疮的发生率。

3 压疮的分类

为了更科学地为临床判断压疮的严重程度、选择治疗方案、正确评估愈后提供理论依据。田耿家等<sup>[2]</sup>根据压疮的临床表现,按其形态特征,把压疮分为如下六大类别:红斑水泡型(轻度压疮);小面积压疮(中度压疮);圆盘状压疮(重度压疮);窦腔性压疮;混合型压疮;压疮后期肉芽创面。压疮的分类具

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.02.017  
作者单位:710032 西安,空军军医大学西京医院神经外科(田圳坤、谢 莉、普亚晶、李永平、邱文娟);310022,杭州市老年病医院慢创中心(田耿家)  
通讯作者:张美霞,E-mail:2556008698@qq.com

有重要的临床意义,根据不同的压疮类型,可采取相应的治疗措施,即个性化的治疗方案。这样的分类几乎涵盖了临床所能遇到的所有压疮,以及目前治疗压疮所能采取的方法和措施。

在神经外科临床中,常见的是红斑水泡型压疮、小面积压疮及圆盘状压疮等,其它严重的压疮较少见。以下重点介绍这几类压疮的治疗及护理要点<sup>[2]</sup>。

## 4 压疮的治疗

4.1 红斑水泡型压疮 相当于Ⅰ、Ⅱ期压疮。压疮部位出现压之不褪色的红斑或水泡。治疗流程:仅用水胶体敷料贴敷治疗即可,每周更换一次,两周左右即可治愈。

4.2 小面积压疮 这类压疮创面直径 $\leq 3$  cm,呈圆形或类圆形,多见于骶腰部、坐骨结节等处,溃疡最深可达软组织全层,占压疮分类的 8.6%<sup>[2]</sup>。对于常见部位的小面积压疮,宜直接手术切除坏死组织、然后行牵张手术闭合创面。特殊部位的干性坏死性压疮,足跟部的压疮一般用碘伏纱布无损包扎法包敷保护即可;溃疡创面先行封闭式负压引流术治疗,创面干净后,再用水胶体敷料治疗,肉芽创面仅用水胶体敷料即可。

4.3 圆盘状压疮(重度压疮) 几乎可见于身体骨突处的任何部位,常见于骶尾部、髌部和双肩部等,压疮形状多呈圆盘状或类圆盘形,创面直径在 3~10 cm,伤损可累及软组织全层。对于新近发生的典型圆盘状压疮,一般都要经过扩创手术、负压治疗、手术闭合创面三个阶段的序贯治疗<sup>[2]</sup>。

## 5 压疮的护理要点

5.1 宣教工作 对家属做好宣教工作,定期翻身,发现有压疮发生时及时通知医护人员。对于评估有压疮危险的病人,要积极采取措施。遇到有压疮发生迹象及时与医生沟通。对于肢体运动差或意识障碍病人,尤其注意压疮的预防,特别是身体骨突处的部位如骶尾部、髌部和双肩部等。

5.2 避免局部组织长期受压 具体措施包括:鼓励和协助卧床病人经常变换体位,一般每 2 h 翻身一次,必要时可将间隔时间缩短。翻身时应抬起病人,注意避免拖、拉、推等动作。经常检查骨骼突出处以及受压部位皮肤颜色、质地,观察温度,有无变红;病人身体空隙处垫软枕、海绵垫,可使用气垫床、软枕等,降低骨突出处所受压力,不宜使用可引起溃疡的圈状垫,如橡胶气圈和棉圈;对使用石膏、夹板、牵引

固定的病人,要检查衬垫是否平整、位置是否适当。

5.3 避免局部理化因素刺激 具体措施包括:保持皮肤清洁干燥,每日用温水洗浴、擦背;大小便失禁的病人要及时更换其尿垫,使用便盆时应协助病人抬高臀部,防止局部皮肤擦伤;床铺要经常整理,保持床铺清洁干燥无碎屑,及时更换被服;避免潮湿、摩擦、尿便等刺激,分泌物多的病人应及时擦洗;不可让病人直接卧在橡胶单(或塑料布)上,严禁使用破损的便盆。

5.4 鼓励病人进食、保证充足的营养 饮食要有足够的蛋白质、维生素和热量,选择易消化食物。每日摄入适量水果和蔬菜。多活动身体,有活动能力的老人,不要睡卧过多;不能单独行动者,应在他人协助下适度活动;因病卧床者,病情许可应尽早离床;使用减压用品及皮肤保护贴:交替充气式气垫床、海绵垫、R 型靠垫、小枕头;保护贴可使用减压贴,水胶体敷料等。

## 6 压疮的并发症及护理

压疮护理与治疗不当会导致严重的并发症,最常见的是感染。由于压疮部位皮肤及软组织的不完整,加上多数病人伴营养不良、免疫力低下、肢体运动功能障碍,部分还有大小便失禁,易造成局部感染,严重者可导致骨髓炎、败血症等严重并发症。住院病人发生压疮感染后病死率很高,如因感染导致压疮长期不愈合,更会增加病死率。其次,长期压疮会导致病人卧床时间延长,从而增加系统性的并发症,包括肺部感染、血栓形成、肢体废用性萎缩等,而这些并发症又会进一步加重压疮的病情。因此,及时预防和治疗压疮是重型颅脑损伤顺利康复的关键因素之一。

颅脑损伤病人,由于脑挫裂伤、血肿、脑水肿等原因,可使脑组织受到损伤,导致病人肢体不同程度的运动障碍。很多病人同时合并糖尿病、营养不良等一些基础疾病,更容易产生压疮<sup>[2]</sup>。其次,颅脑损伤病人往往合并多器官、多部位损伤,病情重且复杂多变,并发症多,护理工作繁重,因而具有康复困难、病死率高等特点。由于病人常常合并肢体功能障碍,以及软组织损伤,压疮预防及治疗护理是重要的环节。压疮的发生如得不到正确及时的护理与治疗,会进一步加重病人病情,影响预后。有效控制压疮带来的并发症及危害,从而促进病人整体机能的康复,并有利于中枢神经疾病的康复,最终降低病人病死率,改善预后<sup>[5]</sup>。

【参考文献】

[1] 王利容,张纯,沈芳,等. 神经外科护理不良事件归因分析及管理方法[J]. 中国临床神经外科杂志, 2017, 22(6):439-441.

[2] 田耿家,张利,陈宁. 压疮的综合治疗[M]. 第一版. 人民卫生出版社, 2018. 16-201.

[3] 彭瑛,陈丽,殷淑芸. 护理干预引起重型颅脑损伤继发性脑损害的预测因子分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2018, 23(9):626-628.

[4] 马玉芬,成守珍,刘义兰,等. 卧床病人常见并发症护理专家共识[J]. 中国护理管理, 2018, 18(6):740-747.

[5] 蒙彩艳,李美容. 品管圈在降低颅脑外伤卧床病人压疮中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(13):119-121.

(2018-09-29 收稿, 2018-11-27 修回)



# 整体性护理在脑动脉瘤早期介入治疗中的应用

于爱侠 孙晓兰 单瑞 张芳兰

**【摘要】目的** 探讨整体性护理对早期介入治疗脑动脉瘤病人的临床护理干预效果。**方法** 2014 年 1 月至 2017 年 7 月收治符合标准的脑动脉瘤共 42 例,根据护理方法分成对照组与观察组,每组 21 例。观察组给予整体性护理,对照组给予常规护理。对比两组症状消失时间以及术后恢复时间;术后 1 个月应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)及日常生活能力评价量表(ADL)评分评估护理干预的效果。通过问卷调查的方式调查手术室护理的满意程度。**结果** 观察组症状消失时间以及术后恢复时间均明显少于对照组( $P<0.05$ )。观察组 SAS、SDS、ADL 评分均明显低于对照组( $P<0.05$ )。观察组护理满意率明显高于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 脑动脉瘤早期介入治疗应用整体性护理干预,可有效缩短治疗时间,促进早日康复,改善病人生活质量。

**【关键词】** 脑动脉瘤;介入治疗;整体性护理

**【文章编号】** 1009-153X(2019)02-0117-02      **【文献标志码】** B      **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

临床中,介入治疗脑动脉瘤取得了较为理想的效果,良好的护理干预,能够有效提高治疗效果以及治疗安全性<sup>[1]</sup>。我们对早期介入治疗的 21 例脑动脉瘤施行整体性护理,现总结报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 研究对象 纳入标准:①符合脑动脉瘤临床诊断标准<sup>[2]</sup>;②签署知情同意书;③年龄<80 岁;④未并发其他严重脏器疾病。排除标准:①妊娠或哺乳期;②多发动脉瘤<sup>[3]</sup>;③临床资料不全;④精神病史或交流障碍。2014 年 1 月至 2017 年 7 月收治符合标准的脑动脉瘤共 42 例,根据护理方法分成对照组与观察组,每组 21 例。观察组男 16 例,女 5 例;年龄 35~76 岁,平均(53.8±1.7)岁;颈内动脉动脉瘤 5 例,大脑中动脉动脉瘤 3 例,前、后交通动脉动脉瘤 13 例。对照组男 14 例,女 7 例;年龄 36~73 岁,平均(52.4±2.8)岁;颈内动脉动脉瘤 3 例,大脑中动脉动脉瘤 4 例,前、后交通动脉动脉瘤 14 例。两组病人基线资料无

统计学差异( $P>0.05$ )。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 了解病人临床资料,评估病情,观察生命体征并严密监测,同时告知相关的注意事项,叮嘱严格遵照医嘱,护理人员进行用药指导<sup>[4]</sup>。

1.2.2 观察组 给予整体性护理模式,即病人与护理人员进行绑定,从入院开始直到出院均由同一位护士进行护理干预。具体护理步骤:①对病人心理状态进行评估,并给予有效的心理疏导,介绍成功治疗的病例,树立病人治疗信心,有助于舒缓病人心理压力,叮嘱病人卧床休息。②给予导尿管留置,对导尿管进行有效护理,保证导管通畅,观察导出尿液的颜色以及导尿量,发生异常情况时应向医生及时汇报。③术中严密监测生命体征,并与病人进行有效的沟通,消除病人紧张心理以及焦虑情绪,避免心理因素导致应激反应,不利于手术治疗顺利开展<sup>[5]</sup>。术后麻醉效果还未消除时,辅助进行体位变动,保持平卧休息,给予呼吸机辅助呼吸。麻醉效果消除后,仍无法自行有效呼吸,可给予导管吸氧辅助,同时对可能发生的并发症进行预防,规避并发症发生的风险。

1.3 观察及评判标准 症状消失时间以及术后恢复时间,对比不同护理干预的临床效果。术后 1 个月

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.02.018  
作者单位:236600 安徽阜阳,太和县人民医院神经外科(于爱侠、孙晓兰、单瑞、张芳兰)