

· 护理技术 ·

质量控制关键节点管理在小儿幕下肿瘤切除术中的效果评价

康 伟 何丽芸 吉文玉

【摘要】目的 探讨质量控制关键节点管理在小儿幕下肿瘤切除术中的应用效果。**方法** 回顾性分析 2017 年 1 月至 2018 年 12 月手术治疗的 86 例小儿幕下肿瘤的临床资料。根据术中护理管理方法分为观察组和对照组,各 43 例。对照组实施常规护理措施。观察组在常规护理措施的基础上增加应用关键节点管理构建的改进措施实施术中管理。**结果** 观察组体温恒定保持率(95.3%,41/43)和术中物品准备充足率(100.0%)均明显高于对照组[分别为(81.4%,35/43)、(86.0%,37/43); $P<0.05$],观察组压力性损伤发生率(2.3%,1/43)明显低于对照组(18.6%,8/43; $P<0.05$)。观察组体位摆放时间[(25.9±2.8)min]较对照组[(31.6±4.1)min]明显缩短($P<0.05$)。观察组手术室微信平台护理满意度评分均明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 小儿幕下肿瘤切除术中应用关键节点管理,能有效维持体温恒定、减少压力性损伤、提高手术室护理满意度。

【关键词】 幕下肿瘤;小儿;显微手术;质量控制关键节点管理;护理管理

【文章编号】 1009-153X(2020)10-0717-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 473.6

儿童幕下肿瘤有延髓肿瘤、桥脑肿瘤、小脑肿瘤等,涉及众多功能部位,因手术野狭窄、患儿耐受性差,显微镜下尽可能切除占位,对手术全面管理要求高。既往,小儿幕下肿瘤手术配合的相关指导内容过于笼统、格式化^[1],不利于临床护理工作。成立质量管理小组^[2],对手术管理中关键因素进行规范、核查以及纠偏,可减少或者消除危险因素。本文探讨质量控制关键节点管理方法在小儿幕下肿瘤切除术中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2017 年 1 月至 2018 年 12 月手术治疗小儿幕下肿瘤 86 例,根据术中护理管理方法分为观察组和对照组。2017 年 1~12 月手术治疗的 43 例术中采用常规护理管理(对照组),其中男 24,女 19 例;平均年龄(67.65±18.51)个月;肿瘤位于第四脑室 17 例、小脑蚓部 13 例、小脑半球 10 例、脑干 3 例;体重(21.91±5.67) kg;Braden Q 评分(23.44±1.56)分。2018 年 1~12 月手术治疗的 43 例术中采用质量控制关键节点管理方法(观察组),其中男 23,女 20 例;平均年龄(67.76±19.11)个月;肿瘤位于第四脑室 18

例、小脑蚓部 12 例、小脑半球 9 例、脑干 4 例;Braden Q 评分(23.70±3.22)分;体重(21.91±5.34) kg。两组患儿年龄、性别、体重、Braden Q 评分、肿瘤部位均无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 术中护理管理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理措施。术前宣教护士访视患儿与术中巡回护士交代患儿术式、体重、Braden Q 评分;根据访视回馈单准备术中摆放体位的软枕垫,术中消毒液、静脉输液为常温、术中冲洗液加热至 37℃,房间温度控制在 23~24℃,加热毯 39~40℃恒定温度管理,眼睛应用输液贴结合金霉素眼膏保护,眼睛周围应用凝胶垫结合无菌脱脂棉防护,术中监护设备中未有垫衬物品等。

1.2.2 观察组 在常规护理措施的基础上增加应用关键节点管理构建的改进措施实施术中管理。

1.2.2.1 关键节点管理小组组织架构及培训 由手术室护士长担任组长,4 名小儿专科护士为成员。小组成员通过查阅文献、案例分析、经验分享等分析对照组不足,提出持续质量改进方法,制定关键节点管理方法。护士长组织科室人员培训,掌握细化可操作关键节点管理方法,并严格执行。小组成员负责各环节的监督、质量控制和记录。

1.2.2.2 关键性节点护理管理措施 ①体位管理,术前 1 d 手术医师联合巡回护士访视患儿,了解患儿年龄、身高、全身皮肤;面枕部通过 C 型凝胶垫联合美皮康敷料预防,下侧耳廓在 C 圈外,眼睛在 C 圈出口

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.10.021

基金项目:新疆少数民族科技人才特殊培养计划(2018D03012)

作者单位:830054 乌鲁木齐,新疆医科大学第一附属医院手术室(康 伟、何丽芸),儿外一科(吉文玉)

通讯作者,吉文玉,E-mail:jiwenyu83324@sina.com

表 1 两组患儿手术室微信平台护理满意度评分比较(分)

组别	服务态度	为患儿提供 舒适护理	积极配合手 术、麻醉医师	正确摆放手 术体位	手术物品准备 及时、准确
对照组	3.32±0.84	3.79±0.77	3.56±0.77	3.74±0.69	3.42±0.98
观察组	4.12±0.91 [*]	4.35±0.84 [*]	4.40±1.00 [*]	4.28±0.93 [*]	4.56±0.67 [*]

注:与对照组相应值比,**P*<0.05

处,头颈前屈;腋下垫好软枕,保护好下侧臂丛神经;固定挡板与患儿身体接触的部位垫大小合适的棉垫,避免挤压到外生殖器;肩部上方垫美皮康敷料,用约束带将上肩部向背部下方适度牵拉;膝关节内侧通过方形枕下方做小支架垫高,受压侧髌部及大腿内侧压力分散。②体温管理,患儿入手术室前室温升至 26℃,开启加热毯 40℃;手术开始铺好无菌区域后房间室温降至 24℃,并于手术开始 30 min 关闭加热毯;密切观察术中体温变化,发现异常及早给予处理。③手术区域皮肤管理,覆盖保护眼睛敷料,在距健侧处剪开一透气小孔,变密闭为透气空间;体位摆放妥当后,消毒前再次检查各个受压部位衬单是否平整、有无潮湿;消毒前嘱咐手术医师纱布半湿状态,防止过多消毒液流入皮肤间隙。④管道管理,术中呼吸管道、心电监护线路妥善固定避免因重力牵拉压迫小儿的同时防止导管打折、移位、脱出;监测血氧指(趾)端裁剪大小合适美皮康敷料覆盖再应用捆绑式血氧探头;动静脉监测线路、输液管路中三通管紧密连接,并标注每根管路名称。

1.3 观察指标 ①术中连续监测直肠温度,手术结束时核心温度低于 36℃为术中低体温,高于 38℃为术中发热,在此范围内为体温恒定。②压力性损伤(pressure injury, PI)发生率。③应用术中物品核查表核查物品充足率、手术体位摆放时间。④手术室微信平台护理满意度调查表对每台手术调查,分值设定 1~5 分,得分越高,满意度越高。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件处理;计数资料采用χ²检验或 Fisher 精确概率法;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用*t*检验;检验水准α=0.05。

2 结果

观察组体温恒定保持率(95.3%, 41/43)和术中物品准备充足率(100.0%)均明显高于对照组[分别为(81.4%, 35/43)、(86.0%, 37/43);*P*<0.05],观察组 PI 发生率(2.3%, 1/43)明显低于对照组(18.6%, 8/43;*P*<0.05)。观察组体位摆放时间[(25.9±2.8)min]较对照组[(31.6±4.1)min]明显缩短(*P*<0.05)。观察

组手术室微信平台护理满意度评分均明显高于对照组(*P*<0.05,表 1)。

3 讨论

低体温可引起寒战、出血异常等一系列并发症,有意识地采取多种协同保温措施,有助于预防麻醉诱导期热量再分布^[3]。使用保温毯及身体包裹是最有效的保温干预措施^[4],成人围术期发热较体温过低少见,但儿童较常见,原因可能是患儿术中体表暴露面积较少,保温毯联合棉垫包裹摆放体位,热量和体液丢失较少。通过关键节点干预,避免过分的保温造成患儿体温升高^[5],维持体温在恒定的范围之内,以便与中枢性发热鉴别。

小儿幕下肿瘤手术时间长,完全是一种被动的体位,较长时间的低灌注和血流障碍增加患儿 PI 概率^[6]。消毒液易流到眼睛周围或顺着皮肤间隙流到下侧面颈部,消毒液浸湿皮肤会引起 pH 值的改变,皮肤的通透性增加,触发刺激反应^[7]。通过受压部位关键节点管理联合重点部位应用美皮康敷料有效减少 PI 的发生率^[8]。

细化幕下肿瘤护理关键点,避免护理管理和配合不佳,应用术中核查表明显提高物品准备充足率^[9],缩短体位摆放时间,减少巡回护士频繁出手术间的概率,及时满足术中需求。幕下手术区域累及延髓、脑干、后组颅神经等重要结构,术中精确的定位及术式体位的摆放则成为手术成功与否的重要因素^[10]。

【参考文献】

[1] 张媛媛,钮美娥,汪茜雅,等. 肠道准备关键点指导方案在老年结肠镜检查患者中的应用研究[J]. 中国内镜杂志, 2018, 24(11): 28-33.

[2] 林 铃,朱秀梅,涂晓珍,等. 医护质量管理小组在降低 ICU 噪音中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2018, 23(6): 435-436.

[3] 金 歌,刘延锦,王俊平,等. 不同保温温度对腹部手术患

儿体温变化的影响[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(5): 583-586.

[4] 李 丽, 田翠芸, 邵 丽. 五种术中低体温护理措施在肝包虫内囊摘除术中的保温效果[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(11): 10-13.

[5] 蒋金龙, 何 桥, 冯 慧. 小儿术中体温升高与压力性损伤的关系探讨及护理[J]. 护士修杂志, 2017, 32(19): 1806-1808.

[6] 陈 谦, 盛芝仁, 王惠儿, 等. 手术患者相关压疮发生危险因素分析及护理干预探究[J]. 中华全科医学, 2015, 13(3): 488-499.

[7] 李 环, 江仕爽, 俞 群, 等. 重症监护室患儿压力性损伤发生特征及影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(3): 261-266.

[8] 黄锐娜, 黄锐佳, 邱文波, 等. 5 种常用敷料预防高危风险患者压疮的网状 Meta 分析[J]. 医疗卫生装备, 2019, 40(3): 68-72.

[9] 姜 雪, 郎红娟, 侯 芳, 等. 神经外科患者出入手术室管理措施的改进[J]. 护理学杂志, 2017, 32(4): 5-8.

[10] 植路君, 涂雪花, 程 华. 小儿幕下肿瘤手术体位的摆放及护理[J]. 华西医学, 2012, 27(8): 1261-1262.

(2019-04-08 收稿, 2020-09-15 修回)

1 例存活 19 年老年肌萎缩侧索硬化症的护理

张 艳 陈向荣 彭叶叶 章 洁

【摘要】目的 总结老年肌萎缩侧索硬化症(ASL)病人护理经验。**方法** 回顾性分析 1 例老年 ASL 病人的临床资料, 根据老年 ASL 疾病特点, 进行个体化护理, 制定预防并发症的计划, 重点预防感染, 加强鼻饲营养, 防止压疮及静脉血栓等。**结果** 病人存活 19 年, 降低了感染、压疮、静脉血栓等并发症的发生风险, 保证了病人营养均衡、水电解质平衡、避免了消化功能的退化。**结论** 通过实施个体化优质护理, 有效提高了老年 ASL 的生活质量, 延长了生命。

【关键词】 肌萎缩侧索硬化症; 老年; 个体化护理

【文章编号】 1009-153X(2020)10-0719-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 746.4; R 473.6

肌 萎 缩 侧 索 硬 化 症 (amyotrophic lateral sclerosis, ALS) 是一种慢性进行性运动神经元变性疾病, 累及上运动神经元(大脑、脑干、脊髓), 又影响下运动神经元(颅神经核、脊髓前角细胞)及其支配的躯干、四肢和头面部肌肉。ALS 病人上、下运动神经元合并受损呈混合性、对称性瘫痪, 表现为受累部位肌肉萎缩, 通常以手肌无力、萎缩(爪形手)为首发症状, 逐步蔓延到对侧。本病缓慢起病, 呈进行性发展, 多发生感觉障碍, 身体如同被逐渐冻结一样, 俗称“渐冻人”。晚期出现麻痹, 表现为舌肌萎缩和震颤, 后组颅神经受损出现发音不清、吞咽困难、饮水呛咳等。多数 ALS 病人因呼吸困难、肺部感染、全身衰竭死亡。目前, ALS 尚无法治愈, 因此, 做好护理是很迫切需要的。我们对 1 例老年 ASL 病人进行个体化护理, 使其存活 19 年并减少并发症, 提高生活

质量, 现总结如下。

1 病例资料

80 岁男性, 2000 年 4 月开始逐渐出现腰背部酸痛、全身乏力, 并有逐渐加重趋势。2001 年 2 月开始无明显诱因出现全身消瘦, 体重明显减轻, 同时伴有全身乏力, 四肢无力明显, 间断有肢体抽搐情况, 双手拇指、食指骨间肌及大鱼际肌萎缩; 左侧第 9、10 肋间轻度萎缩; 6 月上坡行走时呼吸困难明显; 8 月出现进食无力、吞咽困难、饮水呛咳。诊断为 ASL。入院后, 予以利鲁唑、丙种球蛋白等治疗, 效果差, 症状逐渐加重。因呼吸肌萎缩、呼吸衰竭, 应用无创机械通气治疗。2004 年 10 月 10 日, 行气管切开术, 予以呼吸机辅助呼吸, 留置胃管, 长期鼻饲饮食。2008 年发生“脑血管意外”(因不能外出检查, 具体不详), 经过脱水、护脑等治疗后, 意识恢复。2015 年, 脑功能退化。目前, 病人呈醒状昏迷, 被动体位, 不能言语; 眼球可转动, 但反应迟钝; 皮肤色泽正常, 弹性差, 皮质菲薄, 全身浅表淋巴结无肿大; 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3 mm, 对光反射灵敏; 双肺呼吸音清

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.10.022

作者单位: 430070 武汉, 中国人民解放军中部战区总医院干部病房一科(张 艳、陈向荣、彭叶叶、章 洁)

通讯作者: 陈向荣, E-mail: 316545119@qq.com