

循证护理对颅脑手术患者术后消化道应激性溃疡出血的影响

陈悦红, 王静

南京医科大学第一附属医院江苏省人民医院神经外科, 江苏 南京 210026

摘要: **目的** 探讨循证护理对颅脑手术患者术后消化道应激性溃疡出血的影响。**方法** 选取 2015 年 8 月至 2017 年 9 月收治的接受颅脑手术的患者 86 例为研究对象, 采用随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各 43 例。对照组术后给予常规护理, 观察组术后在常规护理的基础上给予循证护理。比较两组的营养状况、消化道应激性溃疡出血的发生率、住院时间、护理满意度和预后情况。**结果** 两组护理前血清总蛋白(TP)、白蛋白(ALB)、血红蛋白(HGB)水平的差异均无统计学意义($P > 0.05$), 护理 7 d 后观察组血清 TP、ALB、HGB 水平为(65.93 ± 4.21)g/L, (39.11 ± 3.42)g/L, (126.96 ± 4.33)g/L, 显著高于对照组的(58.02 ± 5.27)g/L, (32.83 ± 3.19)g/L, (105.53 ± 7.04)g/L($P < 0.01$); 观察组的消化道应激性溃疡出血发生率为 4.65%, 显著低于对照组的 18.60% ($P < 0.05$); 观察组的住院时间为(81.76 ± 11.51)d, 显著短于对照组的(88.43 ± 12.13)d($P < 0.05$); 观察组的护理满意度为 90.70%, 显著高于对照组的 74.42% ($P < 0.05$); 观察组的轻度残疾率、中度残疾率、重度残疾率、植物生存状态率、死亡率分别为 72.09%、11.63%、6.98%、2.32%、6.98%, 整体情况优于对照组的 51.16%、16.28%、13.96%、9.30%、9.30% ($Z = 1.980, P < 0.05$)。**结论** 循证护理应用于颅脑手术患者术后的护理中能够明显改善营养状况, 降低消化道应激性溃疡出血的发生率, 促进患者的术后恢复, 提高护理满意度, 并改善预后。

关键词: 循证护理; 颅脑手术; 消化道应激性溃疡出血; 营养状况; 预后情况

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2018)12-1719-03

颅脑手术具有高风险、高难度等特性, 患者在术后也易发生很多的并发症, 消化道应激性溃疡就是其中常见的一种, 是机体在严重全身感染、多器官功能衰竭、休克等情况下出现的应激反应, 其在经过颅脑手术后的发生率为 40% ~ 75%^[1-2], 严重的消化道应激性溃疡可造成消化道大量出血。在重型颅脑损伤患者中, 合并有消化道应激性溃疡出血患者的肺部感染率、多脏器功能障碍综合征的发生率及死亡率均较高^[3], 因此临床上给予患者合理有效的护理措施来减少消化道应激性溃疡出血的发生十分有必要。循证护理是在循证医学的基础上发展而来的, 是根据医护人员在临床实践中发现的问题和患者的实际情况来制定护理方案的一种干预模式, 本研究旨在探讨循证护理对颅脑手术患者术后消化道应激性溃疡出血的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 8 月至 2017 年 9 月在本院接受颅脑手术的患者 86 例, 纳入标准: (1) 经头 CT 和 MRI 确诊为颅脑疾病并符合手术指征; (2) 格

拉斯昏迷(GCS)评分 ≤ 8 分; (3) 无消化道出血、消化道溃疡及其他出血性疾病病史; (4) 经颅脑手术后循环稳定; (5) 预计生存期在 7 d 以上; (6) 患者及其家属均被告知研究的过程及目的, 并签署知情同意书, 本院伦理委员会批准本研究实行。排除标准: (1) 合并有腹部重要脏器损伤; (2) 有血液误吞情况; (3) 有恶性肿瘤及其他严重的器质性疾病、智力障碍、血液疾病。 (4) 因各种原因无法完成本研究。采用随机数字表法将 86 例患者分为对照组与观察组, 每组 43 例。对照组中男 21 例, 女 22 例; 年龄 23 ~ 70 (45.62 ± 11.27) 岁; GCS 评分(4.15 ± 0.43) 分; 行颅内钻孔术 5 例, 行去骨瓣减压术 17 例, 行开颅血肿清除术 21 例。观察组中男 23 例, 女 20 例; 年龄 22 ~ 71 (46.13 ± 12.02) 岁; GCS 评分(4.21 ± 0.48) 分; 行颅内钻孔术 6 例, 行去骨瓣减压术 15 例, 行开颅血肿清除术 22 例。两组患者性别比例、年龄、GCS 评分、手术类型一般资料间的差异无统计学意义($P > 0.05$), 组间有可比性。

1.2 方法 两组患者的颅脑手术均由同一组医护人员完成。对照组患者术后给予常规护理, 包括:

(1) 基础护理: 对症治疗、维持体温正常、营养神经、防止颅内压升高、监测生命体征、保证呼吸道通畅等。(2) 鼻口腔护理: 每天用棉签清洁鼻腔, 用生理盐水清洁口腔。(3) 压疮护理: 指导并帮助患者家属给患者翻身、清洁身体, 防止产生压疮。(4) 切口护理: 密切观察患者的切口是否出现渗液、渗血等情况, 并及时汇报给医生处理。(5) 并发症护理: 在患者身上进行的各种操作均要严格要求无菌, 密切观察导管穿刺部位的皮肤情况。(6) 营养护理: 在手术 72 h 后根据患者的情况进行肠内营养支持。

观察组患者在常规护理的基础给予循证护理, 具体如下: (1) 建立循证护理组: 由 1 位科室主治医师、护士长和 4 位具有 5 年以上工作经验的护理人员组成循证护理组, 对患者的病情进行评估, 并根据以往工作经验分析出可能导致消化道应激性溃疡出血的因素。(2) 查询相关研究报道: 通过中国知网查阅相关文献, 对导致消化道应激性溃疡出血的因素进行补充, 并将文献中的相关治疗方法、疾病介绍等与自身工作经验结合在组内讨论。(3) 护理方案确定: 根据患者的具体病情, 由主治医师及护士长主导确定护理方案和具体的护理措施。(4) 早期肠内营养支持: 在术后 24 h 内评估患者的胃肠道功能, 在无明显腹胀、胃残留量在 200 ml 以下的情况下给予患者早期肠内营养支持, 留置鼻胃管, 将整蛋白型肠内营养剂(粉剂)[纽迪希亚制药(无锡), 320 g/听, 进口药品注册证号: H20130888]以 20~30 ml/h 的速度匀速泵入, 温度为 38~40 ℃, 每 4 小时评估胃残留量和并发症发生情况, 在患者能耐受的情况下逐渐增加泵入速度, 最大泵入速度为 50 ml/h, 之后根据患者的具体病情和所需营养量设置速度, 肠内营养支持时间视患者的恢复情况而定, 一般在 7 d 以上, 若患者的病情不适于给予肠外营养, 则尽快过渡为肠内营养。(5) 观察消化道应激性溃疡出血症状: 术后密切观察患者的胃内容物的性状, 检测胃液的 pH 值, 每 4 小时做 1 次胃液隐血试验, 并观察患者的临床症状, 如出现胃液 pH < 3.5, 胃液隐血试验呈阳性, 或出现腹痛、恶心、腹胀情况, 及时汇报给主治医生。

1.3 观察指标 (1) 营养指标: 分别在护理前及护

理 7 d 后抽取两组患者晨起静脉血测定血清总蛋白(TP)、白蛋白(ALB)和血红蛋白(HGB)水平; (2) 消化道应激性溃疡出血发生率、住院时间、护理满意度: 统计两组患者治疗过程中发生消化道应激性溃疡出血的例数, 诊断标准^[4]为: 呕血, 胃液呈黑色、咖啡色或红色; 出现黑便、便血, 大便隐血化验呈 3 次连续阳性。在患者出院时使用自制护理满意度调查问卷统计患者及家属的护理满意度, 问卷包括护理服务、护理技术和护理效果 3 项, 每项满分为 10 分, 将总分 > 25 分计为护理满意; (3) 预后情况: 在两组患者出院半年后进行电话随访, 采用格拉斯预后量表(GOS)^[5]评价患者的预后, 1 分代表死亡; 2 分代表植物生存状态; 3 分代表重度残疾, 无法自理生活; 4 分代表中度残疾, 可自理部分生活; 5 分代表恢复效果较好, 有轻度残疾但不影响正常生活。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 25.0 软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用独立样本 *t* 检验, 组内比较采用配对 *t* 检验; 计数资料以例 (%) 表示, 比较采用 χ^2 检验, 等级资料比较采用 Mann-Whitney *U* 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血清营养指标水平比较 两组护理前血清 TP、ALB、HGB 水平的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 护理 7 d 后两组血清 TP、ALB、HGB 水平显著高于护理前, 且观察组高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组消化道应激性溃疡出血发生率、住院时间和护理满意度比较 观察组的消化道应激性溃疡出血发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 住院时间显著短于对照组 ($P < 0.05$), 护理满意度显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组预后情况比较 观察组的预后情况整体优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

颅脑严重损伤后发生应激性溃疡是临床上的危急重症, 对患者的生命健康造成严重威胁^[6]。而循证护理通过提出循证问题, 对问题进行分析验证确定

表 1 两组血清营养指标比较 ($n = 43, g/L, \bar{x} \pm s$)

组别	TP		ALB		HGB	
	护理前	护理 7 d 后	护理前	护理 7 d 后	护理前	护理 7 d 后
对照组	52.13 ± 4.92	58.02 ± 5.27 *	25.84 ± 4.41	32.83 ± 3.19 *	90.05 ± 5.34	105.53 ± 7.04 *
观察组	51.94 ± 5.16	65.93 ± 4.21 *	26.23 ± 4.57	39.11 ± 3.42 *	90.18 ± 5.28	126.96 ± 4.33 *
<i>t</i> 值	0.175	7.690	0.403	8.805	0.114	17.002
<i>P</i> 值	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

注: 与护理前比较, * $P < 0.01$ 。

表 2 两组消化道应激性溃疡出血发生率、住院时间和护理满意度比较 (n=43)

组别	消化道应激性溃疡出血发生率[例(%)]	住院时间(d, $\bar{x} \pm s$)	护理满意度[例(%)]
对照组	8(18.60)	88.43 ± 12.13	32(74.42)
观察组	2(4.65)	81.76 ± 11.51	39(90.70)
χ^2/t 值	4.074	2.616	3.957
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组预后情况比较 [n=43, 例(%)]

组别	轻度残疾	中度残疾	重度残疾	植物生存状态	死亡
对照组	22(51.16)	7(16.28)	6(13.96)	4(9.30)	4(9.30)
观察组	31(72.09)	5(11.63)	3(6.98)	1(2.32)	3(6.98)
Z 值			1.980		
P 值			<0.05		

护理方案,并将其应用于实际护理操作,在整个过程中,医护人员能够全面、深入的了解患者的病情,并科学地对患者进行护理^[7]。

循证护理中,过程很重要,而在颅脑创伤条件下发生的应激性溃疡是多种因素共同作用的结果,其诱因可能为颅脑损伤后引起交感神经兴奋,释放出大量儿茶酚胺类物质,造成胃肠道平滑肌收缩,胃黏膜缺血;下丘脑部位受到刺激,造成自主神经功能紊乱,导致胃酸、胃蛋白酶分泌过多,损伤胃黏膜;脑创伤引起全身应激反应,体内代谢增强,脂肪和蛋白质分解,出现负氮平衡,影响胃黏膜的修复;外科手术的机械刺激和呼吸机的应用导致的体液流失、感染等^[8]。有研究表明,对脑出血患者通过鼻饲给予早期肠内营养能够通过调节菌群,中和胃酸,保护胃肠黏膜,改善胃黏膜的血液循环,预防应激性溃疡出血的发生,还可维持正氮平衡,促进胃黏膜的修复,而早期留置鼻胃管也便于医护人员观察胃液的颜色,监测胃液的 pH 值,当患者出现异常情况时能够及时处理^[9]。在一般情况下,颅脑损伤程度越重,发生应激性溃疡性出血的可能性越大,而是否发生应激性溃疡性出血对患者的预后情况有直接影响,有报道称,早期(术后 24 h 内)肠内营养对预防应激性溃疡性出血是安全有效的,能够为颅脑外伤患者提供充足的热量,可明显改善患者的营养状况,并提高免疫功能^[10]。本研究结果显示,护理 7 d 后观察组血清 TP、ALB、HGB 水平显著高于对照组,表明循证护理可改善颅脑手术后患者的营养状况。另有报道称,循证护理能够对颅脑损伤患者可能发生的并发症进行有效、有针对性的护理干预,并降低并发症的发生率^[11-12],而在重症脑损伤患者中,应用早期肠内营养支持加药物治疗比晚期的肠内营养支持加药物治疗和单纯的早期肠内营养支持患者的应激性溃疡出血的发生率低,并明显促进患

者术后的恢复。本研究结果显示,观察组的消化道应激性溃疡出血发生率显著小于对照组,住院时间显著短于对照组,护理满意度显著高于对照组,预后情况整体优于对照组,表明循证护理应用于接受颅脑手术后患者的护理中能够降低消化道应激性溃疡出血的发生率,促进患者的术后恢复,提高护理满意度,并改善预后。

综上所述,循证护理应用于颅脑手术患者术后的护理中能够明显改善营养状况,降低消化道应激性溃疡出血的发生率,促进患者的术后恢复,提高护理满意度,并改善预后。

参考文献

- [1] 赵辉,邹顺.兰索拉唑对脑外伤并发应激性溃疡患者血清 SOD、GAS 和血浆胃动素的影响[J].海南医学,2017,28(18):2959-2962.
- [2] Dhandapani M, Dhandapani S, Agarwal M, et al. Pressure ulcer in patients with severe traumatic brain injury: significant factors and association with neurological outcome[J]. J Clin Nurs, 2014, 23(7/8):1114-1119.
- [3] 严贵忠,王登峰,侯博儒,等.颅脑创伤并发应激性溃疡中 Ghrelin 保护作用的研究进展[J].创伤外科杂志,2016,18(3):179-181.
- [4] 赵良梅,刘晓波,王思念,等.42 例脑出血合并应激性溃疡出血的急诊内镜下诊治体会[J].西南国防医药,2016,26(3):287-289.
- [5] 于朝旭,武焕颖,孙实安,等.复方麝香注射液联合依达拉奉对颅脑外伤患者凝血和神经功能的影响[J].中国药房,2017,28(20):2827-2830.
- [6] 杨霞霞,廖安兴.临床护理路径对重型颅脑损伤患者发生应激性溃疡的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):84-86.
- [7] 杨志华,苏艳,米云娟,等.循证护理对脑血管狭窄介入治疗病人护理效果及并发症的影响[J].护理研究,2017,31(30):3896-3898.
- [8] 薛翔,刘红梅,邵旦兵,等.脑出血并发应激性溃疡危险因素 logistic 回归分析[J].中华危重病急救医学,2014,26(10):730-733.
- [9] 岳雪莉,闫玲,岳雪艳,等.早期留置胃管对脑出血并发应激性溃疡出血影响的观察与护理[J].现代消化及介入诊疗,2018,23(1):81-84.
- [10] 翟丽萍,刘春艳,王丽.早期肠内营养支持对颅脑外伤患者炎症因子水平及胃黏膜的影响研究[J].重庆医学,2014,43(15):1912-1914.
- [11] 高江彦,任广潘,张晓光,等.循证护理对结核性脑膜炎患者生活质量及并发症的影响[J].中国医药导报,2017,14(19):165-168.
- [12] 王剑刃,王驰,傅西安.重型颅脑损伤患者并发应激性溃疡的研究进展[J].国际外科学杂志,2016,43(11):774-777.