

临床护理路径对枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患者的应用效果评价

李怡臻¹, 刘跃晖², 肖灿², 邓诗佳¹

1. 湖南师范大学医学院护理学系, 湖南 长沙 410013;

2. 湖南师范大学第二附属医院 中国人民解放军第一六三医院, 湖南 长沙 410003

摘要: **目的** 探讨临床护理路径对枕骨大孔区脑膜瘤患者的焦虑情绪、住院满意度和巴氏指数的影响。**方法** 选择 2013 年 1 月至 2015 年 10 月入院治疗的枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患者 40 例,以 2013 年 1 月至 2014 年 4 月的 20 例患者作为对照组,2014 年 5 月至 2015 年 10 月的 20 例患者作为路径组。对照组采用常规护理方法,路径组在常规护理的基础上严格执行临床护理路径予以护理,比较两组患者入院时和出院当天病情稳定时的焦虑状态、患者对护理满意度和日常生活能力巴氏指数得分情况。**结果** 两组患者入院当天的焦虑评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。出院当天,路径组的焦虑评分低于对照组[(48.07 ± 4.787)分 vs (56.15 ± 5.471)分, $P < 0.01$];巴氏指数评分高于对照组[(65.24 ± 6.610)分 vs (60.61 ± 5.612)分, $P < 0.01$];住院满意度问卷得分高于对照组[(92.00 ± 3.058)分 vs (83.80 ± 3.716)分, $P < 0.01$],差异均有统计学意义。**结论** 在枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患者中实施临床护理路径,可以有效提高护理质量,缓解枕骨大孔区脑膜瘤患者的焦虑情绪,提高患者的住院满意度及日常生活能力。

关键词: 临床护理路径; 枕骨大孔区脑膜瘤; 焦虑; 满意度; 巴氏指数

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)04-0569-04

脑膜瘤起源于蛛网膜上皮细胞,约占颅内肿瘤的 24% ~ 30%,为神经系统最常见肿瘤之一^[1]。枕骨大孔区脑膜瘤又名枕骨大孔脑膜瘤,是指发生于枕骨大孔四周的脑膜瘤,多发于枕骨大孔前缘,且可向颅内生长,亦可向颈椎管内生长,常造成延髓的压迫而导致脑疝,是临床上一种常见的肿瘤疾病^[2]。发病部位常毗邻脑部重要的神经和血管,患者的临床表现多变,术后复杂的并发症会明显影响患者的预后^[3]。术后并发症的发生、肢体功能障碍等往往会使患者及家属产生焦虑、恐惧的心理,甚至影响整个治疗过程。临床护理路径(clinical nursing pathway, CNP)是临床路径(clinical pathways, CP)在护理管理中的具体策略,是患者在住院期间,护理人员制定的针对特殊病人群的诊治护理标准流程计划^[4],不仅体现了以病人为中心的原则,同时也能提高护理质量。本研究对枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患者实施临床护理路径干预,观察其对患者心理焦虑、护理满意度及日常生活能力的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月至 2015 年 10 月入院行显微手术治疗的枕骨大孔区脑膜瘤患者 40 例,其中 2013 年 1 月至 2014 年 4 月的 20 例患者为对照组,男 8 例,女 12 例;年龄 33 ~ 69 (47.23 ± 3.16)岁;受教育程度初中以上 10 例,初中及以下 10 例。2014 年 5 月至 2015 年 10 月的 20 例患者为路径组,男 9 例,女 11 例;年龄 32 ~ 70 (43.18 ± 2.19)岁;受教育程度初中以上 12 例,初中及以下 8 例。两组患者年龄、性别及文化程度等比较均无统计学差异(P 均 > 0.05)。

1.2 干预方法 两组患者自入院后均给予术前、术后常规的护理和健康宣教。路径组在常规护理的基础上采取临床护理路径的护理干预方法。具体方法如下:(1)由神经外科主任、护士长及两名经验丰富的主管护士共同制定出初步的枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患者的临床护理路径表。并将初步编制的临床护理路径应用于枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患者进行预实验,以检验其有效性及可行性。临床护理路径表包括变异内容,由护理人员进行搜集,并记录实施过程中的偏倚情况,经过专家统计、讨论并对表进行修改,确定最后的枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患

者的临床护理路径表,见表 1。(2)责任护士与患者及家属积极解释并沟通,取得配合。严格按照临床护理路径内容实施,与管床医师加强联系。做到积极评估患者的病情变化,分析病情发展,调整实施相应的护理措施,观察并发症。每天记录各项实施情况并划勾签字确认,防止遗漏项目。(3)护士长随机监督评价护理措施落实情况,分析存在的问题,帮助责任护士落实临床护理路径。

表 1 枕骨大孔区脑膜瘤显微镜手术患者的临床护理路径表

日期	护理内容
入院日	1. 评估患者的基本病情、心理状况 2. 入院宣教 3. 饮食指导 4. 指导患者及家属进行相关检查 5. 鼓励患者表述对疾病的感受和对护理的需求;说明治疗过程 6. 观察并预防并发症:呼吸骤停
术前 1 d	1. 评估患者意识、瞳孔、生命体征、肢体肌力、疼痛程度等变化 2. 完成术前检查、备血,并告知意义 3. 饮食指导 4. 介绍疾病治疗成功的案例,指导患者放松心情 5. 指导患者练习床上使用便器、咳嗽和深呼吸
手术日	1. 术前准备:备皮、留置尿管、禁饮禁食、病历、检查结果、术中用药 2. 术后监测记录生命体征、神志等情况,随时做好紧急抢救工作 3. 呼吸道护理(气管插管及气管切开护理) 4. 切口敷料清洁干燥、保持引流管通畅并固定 5. 向患者及家属解释约束带、引流管的目的和意义 6. 观察并发症:颅神经损伤、脑疝、癫痫等
术后 1~2 d	1. 评估生命体征、神志、瞳孔、疼痛程度、GCS 评分、面部感觉、眼睑闭合情况 2. 患者意识清楚、血压平稳后取头高 15°~30°斜坡卧位 3. 严密观察手术切口、管道引流、肢体活动、感觉、体征变化情况 4. 做好基础护理及心理护理 5. 观察并发症:颅神经损伤、脑脊液漏、颅内血肿、颅内感染、癫痫等
术后 3~7 d	1. 指导患者及家属进行康复功能训练 2. 观察肢体活动情况 3. 做好基础护理及饮食指导 4. 鼓励患者进行早期活动与锻炼,并给予鼓励 5. 观察并发症:颅神经损伤、脑水肿、脑脊液漏、颅内感染、癫痫等
术后 8~14 d	1. 评估伤口愈合、肌力分级、自理能力、并发症的好转情况 2. 指导患者进行相应部位的功能锻炼 3. 指导患者正视现状,重新认识自身价值
出院日	1. 告知患者不抓挠伤口,做好清洁工作,防止感染 2. 指导出院用药,继续康复训练,3 个月内避免重体力劳动和剧烈运动 3. 按时复查,不适随诊

1.3 评价工具

1.3.1 焦虑自评量表 焦虑自评量表采用 4 级评分法,“没有或很少时间有”评定为 1,“有时有”评定为 2,“大部分时间有”评定为 3,“绝大部分或全部时间都有”评定为 4。焦虑评分标准分的分界值为 50 分,其中 50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,

70 分以上为重度焦虑。得分越高,焦虑状态越重^[5]。于两组患者入院当天及出院当天进行评估。

1.3.2 患者满意度量表 患者满意度调查表采用自行设计问卷,内容包括护士的服务态度、操作技能、基础护理、心理护理及健康宣教水平等。每题以满意(3 分)、基本满意(2 分)、不满意(0 分)作答,满分为 100 分。于两组患者出院当天填写该量表。

1.3.3 日常生活活动能力(ADL)巴氏指数评定量表 采用 ADL 巴氏指数评价法评定 ADL,巴氏指数包括 10 项内容,根据不同的程度分为不同的等级,总分为 0~100 分,0~20 分表示极严重功能缺陷,25~45 分表示严重功能缺陷,50~70 分表示中度功能缺陷,75~95 分表示轻度功能缺陷,100 分表示完全自理。得分越高代表其独立性越好,依赖性越小^[6]。两组患者在出院当天填写该量表。

1.4 统计学分析 全部数据录入 Epidata 数据库,采用 SPSS18.0 版本统计软件进行数据分析。对人口社会学资料、疾病相关资料进行描述性统计分析。采用独立样本 *t* 检验对两组患者的焦虑情况、满意度、日常生活能力进行对比。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者入院当天的焦虑评分差异无统计学意义($P > 0.05$);出院当天,路径组的焦虑评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。路径组巴氏指数评分、患者满意度问卷评分均高于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 3。

表 2 两组患者干预前后焦虑情绪比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	焦虑评分	
		入院当天	出院当天
对照组	20	60.24 ± 4.700	56.15 ± 5.471
路径组	20	61.37 ± 2.791	48.07 ± 4.787
<i>t</i> 值		1.314	7.111
<i>P</i> 值		>0.05	<0.01

表 3 两组患者出院当天巴氏指数评分、满意度评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	满意度评分	巴氏指数评分
对照组	20	83.80 ± 3.716	60.61 ± 5.612
路径组	20	92.00 ± 3.058	65.24 ± 6.610
<i>t</i> 值		10.904	3.422
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01

3 讨论

3.1 临床护理路径能缓解患者的焦虑程度 脑膜瘤是脑外科一类常见的疾病,发病率占颅内肿瘤的

19.2%,严重影响患者的正常生活^[7]。枕骨大孔区脑膜瘤显微手术较为复杂,术后患者有可能会面临严重的并发症,加之入院后患者由于疾病本身的复杂性、陌生的环境及疾病的预后等问题而产生较大的心理压力,给患者及家庭带来沉重的负担。许多患者因对枕骨大孔区脑膜瘤相关知识不了解,担心手术治疗效果,术后是否会发生并发症或复发等问题而出现恐惧、焦虑、紧张等心理障碍。在本研究中发现,不少患者反映因为经济能力有限,也会担心住院费用及住院时长。不良的心理情绪会严重影响到手术进程,甚至术后康复。临床护理路径是规范的、有计划性的护理工作模式^[8],相较于传统的护理模式,其所体现出的规范化护理工作可以缩短住院天数、降低住院费用^[9],减轻了患者对个人经济问题上的担忧。同时,临床护理路径也能帮助患者及家属在短时间内掌握疾病的相关知识,充分地了解疾病治疗的全过程^[10]。患者入院后,责任护士便开始按照路径严格实施,向患者及家属介绍枕骨大孔区脑膜瘤健康知识、手术治疗方案及术后康复要点等,使患者对于住院期间的安排做到心中有数,有助于患者配合治疗并主动参与护理,有效提高患者康复的信心,降低心理不良反应。本研究结果表明,通过对临床护理路径的实践,路径组患者的焦虑情绪较对照组得到了明显的缓解。

3.2 临床护理路径能提高护理服务质量,提高患者的满意度 临床护理路径是一项全新的现代护理管理模式,责任护士在实施临床护理路径的过程中,不仅规范了护士的护理行为,也为患者及家属提供了明确的治疗方向及护理方法,提高了遵医行为^[11]。本研究中,将临床护理路径运用到枕骨大孔区脑膜瘤患者的护理工作中,患者及家属入院后随时都能详细了解每个阶段的检查、治疗及护理任务,清楚整个治疗护理计划,能够主动参与到护理计划的实施过程中,从而能更好地配合医护人员的工作,保证了医疗护理工作实施的完整性。另外,临床护理路径为护理人员提供了一套规范化的护理程序,避免责任护士遗漏护理项目,促使护理工作得以高质量地完成。这种适合病人及家属所需要的模式能得到患者及家属较高的评价。本研究结果显示,路径组患者满意度评分明显高于对照组,差异具有统计学意义。说明临床护理路径可提高枕骨大孔区脑膜瘤患者的住院满意度。

3.3 临床护理路径有助于术后患者提高日常生活能力 枕骨大孔区脑膜瘤与脑部多种重要的神经、血管相关联,术后可并发颅内血肿、脑疝、颅神经功能损伤、脑脊液漏等多种并发症^[12-13]。复杂的术后并发症及病情变化很大程度上会影响患者的日常生活能

力,甚至还会出现不同程度的瘫痪^[14]。部分患者在术前也因神经压迫而导致肢体协调性受限,影响自理能力。临床护理路径是责任护士对患者实施规范的治疗、护理和健康教育,从患者入院至出院实施一套流程化的整体护理^[15]。在本研究中,枕骨大孔区脑膜瘤临床护理路径针对患者不同的身体及心理需求为患者制定一套个性化的康复训练计划,引导性地帮助患者尽早进行自我康复锻炼,并督促其每天有计划地完成康复项目。同时,临床护理路径中的健康宣教有效提高了患者对枕骨大孔区脑膜瘤健康知识的知晓度^[16],能引导患者积极参与到自我护理的过程中,变被动训练为主动训练,提高了患者日常生活能力。本研究中,路径组的日常生活能力明显高于对照组,提示临床护理路径在提高枕骨大孔区脑膜瘤患者的日常生活能力上起到了一定的作用,保证了患者康复锻炼的有效性。

综上所述,将临床护理路径运用于枕骨大孔区脑膜瘤显微手术患者的护理中,护士不再是机械地工作,而是有目的、有计划性地护理患者,可以更好地体现“以人为本”的服务理念。同时,也提高了患者对疾病相关知识的了解程度,缓解患者的焦虑情绪,促进其日常生活能力的恢复。

参考文献

- [1] Marosi C, Hassler M, Roessler K, et al. Meningioma[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2008, 67(2): 153 - 171.
- [2] Strom RG, Shvartsbeyn M, Rosenblum MK, et al. Melanocytic tumor with GNA11 p. Q209L mutation mimicking a foramen magnum meningioma[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2012, 114(8): 1197 - 1200.
- [3] Amy RD, Seunggu JH, Michael ES, et al. Awake far lateral craniotomy for resection of foramen magnum meningioma in a patient with tenuous motor and somatosensory evoked potentials[J]. J Clin Neurosci, 2011, 18(9): 1254 - 1256.
- [4] 郑元. 实施临床护理路径对提升护理质量管理水平的启示[J]. 中国护理管理, 2013, 13(3): 102 - 104.
- [5] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 473 - 479.
- [6] 李奎成, 唐丹, 刘晓艳, 等. 国内 Barthel 指数和改良 Barthel 指数应用的回顾性研究[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(8): 737 - 740.
- [7] Claus EB, Calvocressi L, Bondy ML, et al. Dental x-rays and risk of meningioma[J]. Cancer, 2012, 118(18): 4530 - 4537.
- [8] 黄春华. 院前急救护理路径在急性心肌梗死患者中的应用[J]. 中华全科医学, 2015, 13(4): 667 - 669.
- [9] 黄晓丽, 吴蓓蓓, 郝彬彬. 临床护理路径在腰椎间盘突出症微创手术中的应用[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(09): 565 - 567.
- [10] 蒋艳云, 康省. 临床护理路径在初妊妊娠期糖尿病患者中的临床应用效果评价[J]. 中国全科医学, 2014, 17(12): 1431

- 1433.

- [11] 吴珍,王胜文,郭梦颖,等. 临床护理路径在经蝶垂体瘤手术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(6):1-2.
- [12] 李庆之. 显微手术治疗枕骨大孔区脑膜瘤的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2014,23(22):2466-2467.
- [13] 王美书,李新军,夏祥国,等. 桥小脑角脑膜瘤显微手术后并发症的护理[J]. 护士进修杂志,2009,24(18):1681-1683.

- [14] 郑伟明,瞿宣兴,钟鸣. 颅底脑膜瘤的显微外科治疗[J]. 中华外科杂志,2000,38(6):429-431.
- [15] 罗娅,谢楚峰,曾梅芳,等. 临床护理路径对初次入院脑梗死患者心理状态的影响[J]. 现代临床护理,2013,12(10):34-36.
- [16] 胡红花. 临床护理路径在脑出血患者中的应用效果分析[J]. 实用心脑血管病杂志,2014,22(11):149-150.

收稿日期:2015-11-10 修回日期:2015-12-16 编辑:石嘉莹

· 护 理 ·

血液透析临时颈静脉导管固定扣的制作与应用

邱静, 魏巧兰, 唐紫薇

江苏省中医院肾内科, 江苏 南京 210029

摘要: **目的** 观察自制血液透析临时导管固定扣在临时静脉置管中的临床应用效果。**方法** 以 2014 年 10 月至 2015 年 3 月收治的临时颈静脉置管血液透析患者 68 例为研究对象,采用随机数字法分为对照组和观察组,每组各 34 例。对照组患者采用传统方法固定导管外露部分,观察组采用自制导管固定扣固定。比较观察两组患者的换药次数、局部感染发生率、缝线脱落发生率以及患者舒适度。**结果** 观察组患者换药次数少于对照组[(6.62 ± 2.59)次 vs (8.47 ± 2.65)次, $P < 0.01$];局部感染发生率(2.9% vs 23.5%, $P < 0.05$)、缝线脱落发生率(0 vs 20.6%, $P < 0.01$)低于对照组;观察组患者舒适、较舒适及不舒适分别为 21 例(61.8%)、11 例(32.4%)和 2 例(5.9%),对照组患者舒适、较舒适及不舒适分别为 3 例(8.8%)、15 例(44.1%)和 16 例(47.1%),观察组患者舒适度显著优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 自制血液透析临时导管固定扣可有效降低导管局部感染、导管缝线脱落发生率,提高患者舒适度,同时减轻了护理工作量。

关键词: 血液透析; 静脉置管; 自制临时导管固定扣; 护理

中图分类号: R 472 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)04-0572-03

深静脉置管可以为急需行血液透析治疗的患者提供临时血管通路,临床中首选颈静脉置管^[1-5],由于血液透析临时导管外露部分较长,一般 12 cm 至 13 cm,且耳后固定面积小、患者颈部活动频繁,易造成牵拉、胶布脱落,导致局部感染、缝线脱落等问题,使患者感觉疼痛不适,生活不便,同时增加护理工作量^[6-8]。我科 2014 年 10 月至 2015 年 3 月对血液透析临时颈静脉导管常规固定方法进行了改进,采用自制临时导管固定扣[该器具获得国家实用新型专利证书(专利号 201420722217.9)],并取得满意护理效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我科 2014 年 10 月至 2015 年 3 月临时颈静脉置管血液透析患者 68 例为研究对象,采用随机数字法分为两组。对照组 34 例,其中男 20

例,女 14 例;年龄 24 ~ 74 (52.29 ± 13.901) 岁;颈静脉置管留置时间(42.71 ± 7.791) d。观察组 34 例,其中男 22 例,女 12 例;年龄 26 ~ 75 (50.50 ± 13.581) 岁;颈静脉导管留置时间(44.24 ± 8.275) d。两组患者血液透析次数均为每周 3 次。纳入标准:符合慢性肾功能衰竭尿毒症期临床诊断;颈静脉导管留置时间 > 15 d;知情同意,志愿受试。排除标准:患有精神障碍等疾病,无法配合者。两组性别、年龄、颈静脉导管留置时间等一般资料差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 血液透析临时颈静脉导管固定方法的改进

1.2.1 材料 肌内胶布贴、生理盐水 10 ml 塑料小瓶、剪刀、双面胶、卷尺。

1.2.2 制作方法 (1)固定扣底座:修剪肌内胶布贴,下段是椭圆型(宽 5 cm,高 3 cm),中段是正方形(边长 3.5 cm),上段是长方形(宽 2 cm,高 4.5 cm),用剪刀在中段正方形的正中位置间隔 1 cm 处剪开两个缝隙,缝隙长 2.5 cm;(2)固定扣扣环:将 10 ml 生理盐水塑料瓶瓶底及上端弃去,瓶身剪开,取两段宽