

专职护理小组在唤醒麻醉手术中的护理新模式

李姝静, 马丽萍

(陆军军医大学附属新桥医院神经外科, 重庆 400037)

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2018)12-1696-02

唤醒麻醉适用于脑功能区手术患者,有助于保护脑功能、提高疗效。为了更好地配合唤醒麻醉手术,本科专门成立了专职护理小组,于 2015 年 3 月至 2017 年 1 月对共 78 例脑功能区唤醒麻醉手术患者进行专职护理,获得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2015 年 3 月至 2017 年 1 月患有脑功能区疾病需要开颅手术的患者。入选标准:术前根据功能磁共振成像(fMRI)判定病变位于脑重要功能区(中央沟或运动语言中枢 Broca 区)的患者。排除标准:意识障碍或智力极度低下者。符合条件的患者共 78 例,其中男 43 例(55.1%),女 35 例(44.9%);就诊年龄 14~66 岁,平均(38.1±11.6)岁;左侧中央沟 29 例(37.2%),右侧中央沟 24 例(30.7%),Broca 区 25 例(32.1%)。普通护理组为 2015 年 3 月以前采取普通护理的唤醒麻醉手术患者 30 例。通过回访、问卷调查和查阅病历档案等,获得相应的临床资料。

1.2 方法

1.2.1 麻醉及手术方法 患者在麻醉诱导后插入喉罩,吸入麻醉成功后,取健侧卧位,罗哌卡因头皮局部麻醉,头架固定。骨瓣开颅,打开硬膜时,停用全身麻醉剂,待患者清醒,拔出喉管。在专职护理人员配合下通过皮层脑电图、电刺激等定位脑重要功能区(语言、运动、感觉)与病灶的位置关系,以确定安全切除范围。术中持续动态观察患者的语言、运动、感觉功能变化情况,配合术者在最大程度上安全切除病灶。关颅前,麻醉师给予适当基础麻醉直至手术结束。

1.2.2 护理措施

1.2.2.1 术前护理 (1)专职护理人员参加由手术医生组织的术前讨论,了解每个患者的病例特点及手术方案。(2)向患者及家属介绍唤醒麻醉的目的和方法,告知患者在确保无痛感的情况下进行手术,对其进行心理疏导,解除患者的担忧,消除患者的恐惧心理。(3)准备好相关的图片资料和器材,如数字文字卡片、卡通图片及日常生活用品图片等,并根据每个患者的具体病情进行筛选,便于术中观察患者听力视觉、肢体运动及语言功能时使用。(4)对患者进行术中唤醒的适应性模拟训练(表 1),让患者熟悉领会配合要领,确保术中能够准确反映脑功能状态。(5)观察记录好患者术前的肢体功能、语言功能障碍程度和

心理状态,以备与术中、术后进行对比观察。

表 1 配合训练内容

项目	观察方法	脑功能类别
语音语调语速	数数、日常生活问话对答	语言功能
图片图形识别	各种数字卡片、动植物、日常生活用品图片等	语言及认知功能
肌张力	肌张力增高或降低,是否有肌颤、抽动	肢体运动
肌力	0~V 级	肢体运动
痛温觉	针刺、冷温水试验	肢体感觉
面部表情	眼球运动、是否有凝视、表情是否自然	意识状态、情绪反应

1.2.2.2 术中护理 专职护理人员护送患者进入手术室。(1)协助手术室护士摆放患者的手术体位。避免颈部过度扭曲,影响头颈部的静脉回流及气道通畅,增加患者唤醒后的舒适感。体位调整后后要检查躯干部固定是否牢固可靠,避免唤醒过程中出现扭动或在癫痫发作时坠床。(2)做好对肢体功能观察准备。对肢体的固定约束要适当,使患侧的手和脚裸露并有一定的活动度,以便观察肢体的感觉和运动功能。(3)做好对患者颌面部观察的准备。手术铺巾后,需要将位于患者颌面部的手术巾牵开,使患者颌面部无遮挡,并给予适当照明,便于观察患者语言、听觉、视觉的恢复及其面部表情。(4)手术开始后根据手术医生的要求,连续性地对患者进行语言、图片等的交流沟通,具体内容见表 1,将观察到的患者肢体及语言功能的变化及时传递给术者,便于术者精确定位及确定手术切除范围和程度,确保手术安全和治疗效果。

1.2.2.3 术后护理 手术结束后专职护理人员要将术中情况及注意事项传达给小组其他成员,确保护理工作的连贯性。由于每个患者的术中情况不尽相同,术后表现及注意事项亦不完全一致。因此,专职护理小组成员需要根据患者术前、术中表现,针对可能出现的不良反应制订好个体化的护理预案。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计学处理。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用率表示,组间采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

通过专职护理小组围术期精心护理配合,78 例患

者均顺利接受了唤醒麻醉手术,取得了良好效果。患者的满意指数和依从性指数均较普通护理组明显提高($P < 0.01$)。手术医生对术中护理配合非常满意,满意指数较普通护理组提升($P < 0.01$)。通过对患者的疗效分析发现,专职护理组的患者术后症状改善率由普通护理组的 26.7% 明显提高至 56.4% ($P < 0.05$),而术后脑功能减退者由 30.0% 下降至 10.3% ($P < 0.05$);患者心理应激反应发生率也较普通护理组明显下降($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组术后指标对比

项目	专职护理组 ($n=78$)	普通护理组 ($n=30$)	P
患者的满意指数($\bar{x} \pm s$)	95.59 ± 2.29	83.73 ± 4.13	<0.01
患者的依从指数($\bar{x} \pm s$)	93.56 ± 2.50	80.90 ± 5.43	<0.01
术者的满意指数($\bar{x} \pm s$)	97.82 ± 1.46	89.73 ± 4.06	<0.01
患者的疗效分析[$n(\%)$]			
改善	44(56.4)	8(26.7)	<0.05
无变化	26(33.3)	13(43.3)	>0.05
减退	8(10.3)	9(30.0)	<0.05
心理应激反应[$n(\%)$]	11(14.1)	10(33.3)	<0.05

3 讨 论

唤醒麻醉手术较传统手术可以提高脑功能区患者的疗效,已成为目前脑功能区手术最有效的方案^[1-2]。但该手术方案需要医护患三者的密切配合,对围术期的护理工作提出了新要求。实施过程中,在以往的护理中发现了一些新问题,如:一些患者的感受及配合依从性差^[3];手术室与病房之间分段护理缺乏连贯性;参与诊治的医护人员众多且流动性大,配合不默契,特别是术中医护患配合度较差^[4]等。针对上述问题,专职护理小组在临床实践中不断改进护理方法,形成了一种新的护理模式。即专职护理小组全程参与围术期的诊疗护理:术前精心准备并随患者一起进入手术室,术中协调并配合手术医师、麻醉师、电生理技师及巡回护士工作,使手术参与者各方协调一致,对手术室护理进行了有益的补充,确保手术顺利进行。术后专职护理人员将术中情况及注意事项传达给小组其他成员,确保护理工作的连贯性和对患者的专业化、个体化护理。

结果显示实施专职护理后,手术医生对术中护理的满意指数由原来的 89.73 ± 4.06 提高至 97.82 ± 1.46,差异明显。这是因为唤醒麻醉手术时,手术医生需要动态掌握患者的肢体及语言功能变化情况,以确保尽量安全切除病灶^[3,5]。以往是由巡回护士、麻醉医师或电生理技师兼职完成,由于他们均有其他工作,不能全程连续性配合医师手术,经常出现间断现象。现在,专职护理人员在手术中可以全程连续性配合医生对患者的脑功能进行评估,使手术过程更加顺畅。因此,手术医生对术中护理的满意度明显提升。

专职护理小组有助于提高唤醒麻醉手术患者的疗效。通过对患者的疗效分析发现,专职护理组的患者术后症状改善率由普通护理组的 26.7% 明显提高至 56.4% ($P < 0.05$),而术后脑功能减退者由 30.0% 下降至 10.3%,有明显差异。这是因为术中专职护理与普通护理相比,能够使术者更加精确地发现患者 Broca 区等脑功能区发生漂移现象^[6],使对脑功能区定位更精确;在手术切除病灶时,专职护理小组也能够更加及时地发现脑功能受损的早期信号,报告手术医师避免进一步损害^[5],从而提高了手术效果。

由于患者存在术中被唤醒的复杂心理体验(如紧张、惊恐、疼痛不适、焦虑等),术后可能出现某些心理应激反应、性格改变等异常表现^[2],甚至出现不配合治疗现象。本文结果显示专职护理小组能够降低心理应激反应发生率,提高患者的就医满意度和配合治疗的依从性。这是因为:(1)专职护理小组对患者术前病情和心理状态进行了全面了解,对存在的心理问题及时进行疏导沟通,使患者的心理压力明显减轻。(2)专职护理小组对术中发生的情况也非常了解,对术后可能出现的心理应激反应,更加具有预见性和针对性,通过个体化的护理和心理疏导,有助于减少心理应激反应的发生,更好地促进患者康复。(3)与普通护理组相比,专职护理人员相对固定,经验更丰富,与患者接触时间长,交流更充分,有助于提高患者的信任感,其治疗的依从度和就医满意度均明显提高。

综上所述,专职护理小组的这种护理新模式,能够更好地配合唤醒麻醉手术,使围术期护理实现无缝衔接,有助于降低手术风险,提高疗效。

参考文献

- [1] 凤旭东,王本汉,郭效东,等.唤醒麻醉在脑功能区胶质瘤摘除术中的应用[J].实用医药杂志,2015,32(2):154-155.
- [2] WOLFSON R,SONI N,SHAH A H,et al. The role of awake craniotomy in reducing intraoperative visual field deficits during tumor surgery[J].Asian J Neurosurg,2015,10(3):139-144.
- [3] 廖维.神经外科术中唤醒麻醉患者术后神经心理功能与生活质量观察[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(15):18-19.
- [4] 高洁,李平,张迪,等.结合皮层电刺激定位脑功能区的癫痫病灶切除术的护理配合[J].中华护理杂志,2010,45(11):994-997.
- [5] GROSHEV A,PADALIA D,PATEL S,et al. Clinical outcomes from maximum-safe resection of primary and metastatic brain tumors using awake craniotomy[J].Clin Neurol Neurosurg,2017,157(6):25-30.
- [6] 杨敏,陈丽,张喜兵,等.唤醒麻醉下语言功能区脑胶质瘤手术的护理[J].中国神经肿瘤杂志,2012,10(4):250-252.