

临床路径指导下显微血管减压术治疗面肌痉挛的围术期护理^{*}马 静,高若妍,孙洪涛[△]

(武警特色医学中心神经创伤及修复研究所,天津 300162)

[摘要] **目的** 探讨临床护理路径下显微血管减压术治疗面肌痉挛(HFS)围术期的应用方法及效果。**方法** 选取该中心 2019 年 1 月至 2020 年 1 月采用显微血管减压术治疗 HFS 患者 128 例,按随机数字表法将患者分为观察组和对照组,两组各 64 例。观察组在常规护理基础上采用临床路径护理模式;对照组采用常规护理。比较两组患者术后并发症发生率、平均住院时间、平均住院费用及护理满意度评分。**结果** 观察组并发症发生率及主观不适症状发生率均低于对照组,观察组平均住院时间与平均住院费用均少于对照组,护理满意度评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在临床护理路径指导下 HFS 患者围术期采用综合护理措施有助于降低不良事件的发生率,缩短患者的住院时间,降低住院费用,提升护理满意度。

[关键词] 面肌痉挛;显微血管减压术;围术期;临床护理路径;综合护理

[中图分类号] R651.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2021)20-3597-04

面肌痉挛(hemifacial spasm, HFS)是一种常见的颅神经疾病,表现为单侧面部肌肉无痛性、反复性、发作性不自主抽搐,多发于中年女性,近年来研究发现该疾病发病年龄也在逐渐年轻化^[1]。显微血管减压术(microvascular decompression, MVD)因其手术创伤小,疗效显著,成为目前外科治疗 HFS 的首选方法^[2-4]。手术有效率主要取决于主刀医生神经血管冲突位点减压的准确性及彻底性^[5-6],而术后并发症及不良反应发生率与围术期护理干预密切相关。临床护理路径是一种新型护理管理模式,在常规护理基础上采取具有可操作性、科学性的综合护理干预措施,可有效降低不良事件的发生率,缩短患者的住院时间,降低住院费用,提升护理满意度。本文旨在探讨在临床路径指导下的综合护理措施,针对面神经 MVD 围术期各个环节进行干预性护理,为临床护理工作提供指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本中心 2019 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 128 例原发性 HFS 患者为研究对象。均符合原发性 HFS 相关诊断标准,拟行 MVD 手术治疗,符合医院伦理研究条件且签署知情同意书。患者入院时即根据随机数表法随机分成观察组和对照组,每组 64 例。观察组男 26 例,女 38 例,年龄 18~73 岁,平均年龄(49.56 ± 6.47)岁,病程 2 个月至 20 年,平均病程(5.35 ± 3.26)年。对照组男 28 例,女 36 例,年龄 22~68 岁,平均年龄(54.35 ± 6.69)岁,病程 4 个月至

20 年,平均病程(5.47 ± 3.06)年。两组患者基础疾病种类及占比均相似,两组基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。观察组安排在一病区,对照组安排在二病区。

1.2 手术方法

128 例患者均采用全身麻醉下经枕下乙状窦后入路行面神经 MVD,术中采用高分子涤纶垫棉充分减压面神经与周围血管冲突。手术操作均为同一组医生同一主刀医生完成。术后全部复苏成功后返回术前病房,未进入重症监护室。

1.3 围术期护理

对照组采用常规护理措施,入院常规监测生命体征,指导患者术前配合常规检查及术前准备,常规疾病知识健康宣教。术中由手术室护理团队协助完成术中配合,顺利完成手术。术后给予常规术后护理,监测生命体征及病情变化,遵医嘱完成常规术后输液及患者生活护理。观察组在临床路径指导下采用综合护理措施,具体措施如下。

1.3.1 成立临床路径护理小组

由护士长、主管护士、管床医师组成,明确护理人员职责分工。根据临床路径表单,将护理干预措施介入到患者治疗的各个环节。并对所有成员定期进行专业培训。HFS 行 MVD 治疗标准住院时间为 10~12 d,护理干预措施贯穿全过程。

1.3.2 术前护理(术前 1~2 d)

主要目的为使患者尽快适应医院新环境,调整最佳心理状态,及时有效完成术前准备。第 1 天,(1)入

院宣教。向患者介绍主诊组医疗护理团队人员。向其详细介绍病房管理制度,包括疫情防控制度。(2)术前检查。安排陪检人员协助患者完成术前相关辅助检查。(3)心理干预。责任护士耐心详细向患者讲解医院内部环境及医疗工作流程,引领患者熟悉病房及病区设置,向患者及家属详细介绍医院环境,病室内部配套功能、医生护士办公场所位置等,及时消除患者的陌生及恐惧感。患者因疾病带来的痛苦,以及对疾病基础知识缺乏,对手术心存恐惧,对治疗效果心存担忧,易产生恐惧、消极、焦虑、紧张等不良情绪,医护人员要及时进行疾病知识宣教。第 2 天:(1)术前疾病知识宣教。责任护士参与术前讨论,了解患者病情,根据患者文化水平及认知水平,协助主治医师采用幻灯片以图片、动画的形式生动形象通俗易懂地向患者及家属讲解 HFS 的诊断、发病原理、治疗原则及相关注意事项,让患者充分认识和了解该疾病及手术过程,打消心里的顾虑与不安。(2)术前准备。清淡饮食,调整睡眠,必要时加用助眠药物。清洁灌肠,抗菌药物皮试,术区备皮(原则术前 0.5 h 完成)。

1.3.3 术中护理

术中护理由手术室护理团队协助完成。(1)心理干预。进手术室后护理人员应全程陪护,耐心温柔地与患者交流,减少患者对手术室及手术的恐惧心理。(2)隐私保护及保暖。麻醉前注意患者隐私保护。手术室温度过低会增加患者全身不适感及心律血压波动,增加手术风险,给予保温毯覆盖保暖。(3)告知患者麻醉前、后可能会出现的不适症状及应对措施,避免出现过度紧张及剧烈活动,减少管路脱落、坠床等风险。

1.3.4 术后护理

(1)手术日(入院第 3 天),术后 6 h 应平卧,头偏向健侧,完全清醒患者应根据实际需求调整卧位,24 h 内床头可抬高 15°~30°。生命体征监测:严格控制血压于理想水平(建议 110~130/80~90 mm Hg)。动态查体:术后 24 h 内,随时查看患者意识、语言、听力、面部表情变化,发现问题及时通知主治医师;术后 4~6 h 完善床旁移动头颅 CT 检查。心理干预:术后患者苏醒后需及时耐心与患者沟通,耐心解释术后不适症状的原因及处理方案,详细说明术后注意事项(体位、饮食、二便等)。饮食:术后 6 h 内禁食水,术后 8 h 可根据患者胃肠道反应进流食。(2)术后第 1 天,体位:床头可抬高 45°~60°,逐渐增加床上肢体活动。饮食:可进半流食、软食或普食。增加肠内营养,减少静脉营养。肠道护理:患者自可正常进食起即遵医嘱给予口服乳果糖口服液预防便秘。(3)术后第 2~3 天,生命体征监测。复查头颅 CT 无异常后嘱患者尽早下床活动,预防下肢深静脉血栓形成。(3)术后第

4~6 天,低脂优质蛋白高膳食纤维饮食。心理疏导:关注患者身体及心理不适,必要时助眠药物辅助治疗。注意保暖,避免着凉感冒,预防迟发性面瘫。

1.3.5 出院前护理(入院第 10~12 天)

出院日(术后第 7 天),对照组常规手术切口拆线,解释出院带药服用方法。观察组在常规护理基础上,在出院时发放健康宣教手册并详细讲解出院注意事项。(1)心理干预:部分患者术后仍残留面部肌肉抽搐。出院前耐心详细向患者讲解延迟治愈的原因、概率及可能恢复时间,降低患者焦虑紧张情绪。(2)生活指导:调整好睡眠;饮食规律,忌食刺激性食物;戒烟戒酒,避免不良刺激和其他诱发因素。(3)个人防护:注意保暖防风,预防迟发性周围性面瘫;若已出现,及时联系主管医生,指导患者正规药物治疗及注意事项。

1.4 观察指标和评定标准

记录并比较两组患者住院费用及住院时间,同时观察两组患者主观不适症状发生率。观察两组患者并发症发生率,出院前调查患者满意度。其中主观不适症状包括:头痛、头晕、恶心呕吐、心慌胸闷、失眠、便秘。并发症包括:颅内出血、颅内感染、脑脊液鼻漏、面瘫、听力障碍、切口感染。满意度调查采用医院统一护理满意度调查表进行评价,包括服务态度、护理操作、健康宣教、生活护理 4 项,每项满分 100 分,分值越高代表满意度越高。

1.5 统计学处理

采用 SPSS20.0 软件分析数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 Mann-Whitney U 秩和检验、 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2 结 果

2.1 两组住院费用及住院时间比较

观察组住院时间与住院费用均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组住院时间与住院费用比较($\bar{x} \pm s, n = 64$)		
组别	住院时间(d)	住院费用(元)
观察组	9.063±0.974	36 194.8±1 868.6
对照组	11.203±1.565	41 121.8±3 266.4
t	-9.289	-10.474
P	<0.05	<0.05

2.2 两组术后主观不适症状发生率比较

观察组术后主观不适症状发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 33.608, P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组术后并发症发生率比较

观察组术后并发症:颅内出血、颅内感染、脑脊液

鼻漏、面瘫、听力障碍及切口感染发生率均低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=8.208,P<0.05$),见

表 3。

表 2 两组术后主观不适症状比较[n(%),n=64]

组别	头痛	头晕	恶心呕吐	心慌胸闷	失眠	便秘	总发生率(%)
观察组	6(9.38)	4(6.25)	4(6.25)	1(1.56)	5(7.81)	3(4.69)	35.94
对照组	11(17.19)	9(14.06)	8(12.50)	3(4.69)	16(25)	8(12.50)	85.94

表 3 两组术后并发症比较[n(%),n=64]

组别	颅内出血	颅内感染	脑脊液鼻漏	面瘫	听力障碍	切口感染	总发生率
观察组	0	0	1(1.56)	2(3.13)	0	0	4.68
对照组	2(3.13)	3(4.69)	2(3.13)	4(6.25)	1(1.56)	2(3.13)	21.88

2.4 两组护理满意度比较

出院前调查护理满意度,观察组满意度调查各项评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组护理满意度调查评分比较($\bar{x}\pm s$,分,n=64)

组别	服务态度	护理操作	健康宣教	生活护理
观察组	93.46±4.33	95.32±3.86	96.38±2.54	94.68±3.76
对照组	84.23±4.56	89.13±3.64	81.32±2.38	82.12±3.52
t	11.742	9.334	34.613	19.509
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

MVD 是针对 HFS 病因的治疗^[3,7],具有治疗效果好、手术创伤小、整体安全性高等优点。手术有效率高 低主要取决于主刀大夫神经血管冲突位点减压的准确性及彻底性,而术后并发症及不良反应发生率高 低与围术期护理干预密切相关。本研究观察组针对面神经 MVD 围术期各个环节在临床路径护理模式下进行干预性护理,对照组采用常规护理措施。研究结果显示对两组患者实施不同护理模式后,观察组住院时间、住院费用、术后主观不适症状发生率、术后并发症发生率及护理满意度调查均优于对照组($P<0.05$)。提示与常规护理比较,临床路径指导下综合护理措施能够减少并发症发生,提高患者的医疗满意度,有利于建立和谐、良好的护患关系。

3.1 护理目标

对照组采用常规护理措施,目的侧重于按时完成治疗任务和预防出现医疗差错。观察组在常规护理工作基础上在临床路径框架下更侧重于快速康复和人文关怀。入院和术前宣教及心理护理,及时消除患者对陌生环境的焦虑心理,减少患者因对该疾病的知识缺乏而产生的恐惧和担忧,以提高患者依从性,让患者对医护工作人员产生信任感,从而减轻或消除焦虑、抑郁及恐惧等不良情绪。手术日手术室护理团队

有效配合,麻醉前隐私保护、保暖及心理安慰更能提高患者满意度,降低因过度紧张引起的心律、血压波动,提高手术安全性。术后 HFS 延迟治愈发生率较高,最高可达 20%~30%^[8],及时详细向患者讲解术后延迟治愈现象的常见性及可治愈性,及时消除患者心理负担,可明显提高治愈率及护理满意度。

3.2 护理流程

观察组在临床路径指导下实施流程化、规范化的护理模式,将各个环节进行了流程化管理,根据患者病情发展的不同阶段采取相应的干预措施,从患者入院开始,逐步深入推进,关注患者治疗的各个环节,直到患者康复出院,不仅能够有效提升护理效率,而且对于促进患者快速康复具有积极作用^[9]。对照组则对患者住院过程无法做到有效预判,术后不良反应干扰了整个诊治流程,护理措施相对被动。

3.3 护理步骤

观察组在常规日常护理基础上,较对照组更注重细节护理。术后第 1 天,合理舒适的体位不仅有助于颅脑静脉回流,也可避免床头过高出现低颅压反应。严格控制血压于理想水平,降低因血压波动导致的脑血管意外。术后认真动态查体,及时发现颅内病情变化,可有效降低术后并发症发生率及致残、致死率。术后第 2~3 天,观察组根据目前快速康复理论,充足补液及个性化体位管理,早期开始床上及床下活动,促进术后康复,有效降低术后不良反应发生率。而对对照组严格按照原始经验严格卧床 3 d,患者术后出现便秘、头痛、头晕等不良反应发生率明显高于观察组。术后第 4~6 天,对照组多因患者术后不适,不想下床活动,未给予个性化干预,患者恢复较慢。观察组则及时给予医疗干预及心理干预,提高了康复效率。出院日(术后第 7 天):对照组常规出院宣教,解释出院带药服用方法。观察组在常规护理基础上,出院时发放健康宣教手册并详细讲解出院注意事项。HFS MVD 术后迟发性面瘫是该手术特异性并发症,多发

生于术后 1~2 周^[10]。观察组术后注重患者优质蛋白补充提升抵抗力、保暖预防病毒感染等护理措施,对已经发生的患者及时专业治疗及心理疏导,可有效降低其发生率及致残率。

本研究中观察组在临床路径指导下采用综合护理措施,从患者入院前门诊就诊时即开始给予个性化护理干预。术前健康教育和术前准备工作对于缓解患者术前焦虑,增加手术耐受性及促进术后病情康复起到至关重要的作用^[11-12]。术后护理以预防并发症、降低主观不适症状发生、提高患者依从性及预后为目的^[13-15]。要确保手术质量达到预期目标,围术期的每个环节都不容忽视,按照规范化流程开展工作^[16-17]。

综上所述,临床路径指导下综合护理措施针对 HFS 患者 MVD 围术期各个环节进行干预性护理,防范风险,及时发现问题,可有效降低不良事件的发生率,缩短患者的住院时间,降低住院费用,提升护理满意度。

参考文献

[1] FENG B,ZHENG X,ZHANG W,et al. Surgical treatment of pediatric hemifacial spasm patients [J]. *Acta neurochirurgica*,2011,153(5):1031-1035.

[2] 王天宇,高俊,王鑫,等. 显微血管减压术对偏侧面肌痉挛患者生活质量的影响[J]. *基础医学与临床*,2018,38(7):1003-1006.

[3] JANNETTA P J,MCLAUGHLIN M R,CASEY K F. Technique of microvascular decompression. Technical note[J]. *Neurosurg Focus*,2005,18(5):E5.

[4] 于炎冰,张黎. 显微血管减压术与颅神经疾病[J]. *中华神经外科疾病研究杂志*,2011,10(2):97-101.

[5] 于炎冰. 显微血管减压术[M]. 北京:人民卫生出版社,2015.

[6] CAMPERO A,HERREROS I C,BARRENECHEA I,et al. Microvascular decompression in hemifacial spasm:13 cases report and review of the literature[J]. *Surg Neurol Int*,2016,7(Suppl 8):S201-207.

[7] LEE M H,JEE T K,LEE J A,et al. Postoperative complications of microvascular decompression for hemifacial spasm:lessons from experience of 2040 cases[J]. *Neurosurg Rev*,2016,39(1):151-158,discussion 158.

[8] 鲍波,于效良,于如同. 面肌痉挛患者 MVD 术后延迟治愈的相关因素分析[J/CD]. *临床医药文献电子杂志*,2020,7(38):26.

[9] LI W. Application of clinical nursing pathway in ischemic stroke in the rehabilitation nursing [J]. *World J Surg*,2013,37(7):1592-1598.

[10] 任海波,万文,徐阳阳,等. 面肌痉挛微血管减压术后迟发性面瘫危险因素及预后研究[J]. *立体定向和功能神经外科杂志*,2018,31:154-157.

[11] 杨建设,包改辉,张竞文. 预见性护理干预对面肌痉挛微血管减压术患者疗效及术后并发症的影响[J]. *中国实用神经疾病杂志*,2020,23(16):1457-1461

[12] 李雪,宋玉娇,洪州. 结构式心理干预对面肌痉挛显微血管减压术患者疾病不确定感和围术期心理状态的影响[J]. *中国健康心理学杂志*,2019,27(8):1167-1170

[13] 冉芳. 全程护理对三叉神经痛行微血管减压术患者的效果分析[J]. *中国实用神经疾病杂志*,2018,21(23):2628-2634.

[14] 汤之梅. 临床护理路径在脑梗死患者行氯吡格雷联合丁咯地尔治疗中的应用[J]. *全科护理*,2021,19(2):241-244.

[15] LEE J A,PARK K. Short-term versus long-term outcomes of microvascular decompression for hemifacial spasm [J]. *Acta Neurochir (Wien)*,2019,161(10):2027-2033.

[16] 吴珠静. 三叉神经痛微血管减压术围术期规范化护理措施探讨[J/CD]. *实用临床护理学电子杂志*,2020,5(5):68.

[17] 翁云洪,赖凤娣. 综合护理对面肌痉挛行微血管减压术患者术后睡眠及并发症的影响分析[J]. *世界睡眠医学杂志*,2020,7(4):673-674.