



• 临床护理 •

个性化护理对大面积脑梗塞患者早期大骨瓣减压术后神经功能及预后的影响效果

毛 馨 梁 敏 (长沙市中心医院 湖南长沙 410000)

摘要: **目的** 探究大面积脑梗塞患者早期大骨瓣减压术后运用个性化护理干预后的临床价值。**方法** 选取 106 例在 2016 年 4 月-2017 年 12 月本院收治的大面积脑梗塞患者,所有患者均进行早期大骨瓣减压术治疗,根据随机分组原则分为观察组(个性化护理)和对照组(常规护理)各 53 人。比较两组神经功能缺损评分(NIHSS)和日常生活能力评分(ADL)情况。**结果** 与对照组相比,观察组 NIHSS 较低,ADL 评分较高($P<0.05$)。**结论** 大面积脑梗塞患者早期大骨瓣减压术后运用个性化护理干预后,能够有效改善患者神经功能状况和日常生活能力,推广价值较显著。

关键词: 个性化护理 大面积脑梗塞 早期大骨瓣减压术 神经功能 预后

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)03-306-01

在我国,大面积脑梗塞存在较高的发病率,同时该病具有较高的死亡率。在迅速发展医学技术的影响作用下,大面积脑梗塞患者开始运用早期大骨瓣减压术治疗,然而术后较易发生严重并发症,包括肺部感染、脑水肿等,对脑神经的恢复产生严重影响^[1],因此必须予以有效护理干预。本文对在 2016 年 4 月-2017 年 12 月本院收治的 106 例大面积脑梗塞患者早期大骨瓣减压术后运用个性化护理干预后的临床价值予以有效研究,相关内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在 2016 年 4 月-2017 年 12 月本院收治的 106 例大面积脑梗塞患者,分为对照组(53 人)和观察组(53 例),均按照随机分组原则划分。其中,观察组男性患者和女性患者人数之比为 27:26,年龄在 45 至 83 岁范围内,(64.11±1.96)岁为平均年龄。对照组男性患者和女性患者人数之比为 25:28,年龄在 40 至 82 岁范围内,(61.20±1.31)岁为平均年龄。两组不存在影响组间对比的差异, $P>0.05$,能够实施对比统计。

1.2 临床纳入标准和排除标准

纳入标准: (1) 两组患者均经脑 CT、MRI 及各项实验室检查确诊为大面积脑梗塞;(2) 两组患者及家属均自愿加入本次研究,并将知情同意书签订;(3) 两组患者均进行早期大骨瓣减压术治疗。**排除标准:** 伴有精神疾病患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组: 予以对照组常规护理措施。

1.3.2 观察组: 对观察组患者实施个性化护理干预,主要方法如下文所述。(1) 用药护理: 在用药期间,对用药剂量严格控制,将用药后的副作用向患者及家属详细告知,同时对患者身体状况严密观察;在进行扩血管药物治疗期间,需要严格控制点滴速度,一般在 30 滴/min 内,在进行抗凝药物和溶血栓药物治疗期间,应当对各项身体指标严密观察;进行甘露醇静脉滴注过程中,使颅内压患者的血压水平向正常范围内恢复。(2) 心理护理: 大面积脑梗塞患者存在注意力不集中、动作迟缓、食欲低下及感情淡漠等表现。按照患者不同人格特征、临床表现及疾病特点情况,对患者实施个性化护理措施。在与患者沟通交流期间,注意使用温和的语言,促进患者表达欲望不断提高,让患者感受到温暖。同时促进他们的心理承受能力不断提高,使其思想负担减轻。(3) 行为护理: 对患者实施有效的饮食、口腔及皮肤护理。若患者存在感觉障碍,应对其日常护理加强重视。若患者不能自理,应积极制定适合患者的有效护理计划,在家属的陪同下,对患者实施有效的功能恢复训练。使患者保持良好体位,协助患者翻身,防止阻碍患者功能恢复。

1.4 观察项目

比较两组神经功能缺损评分(NIHSS)和日常生活能力评分(ADL)情况。其标准为神经功能缺损评分量表和日常生活能力评分量表^[2]。

1.5 统计学方法

选择 SPSS16.0 系统软件,(均数±方差)表示计量资料,用 t 检验 [$n(\%)$] 表示计数资料,用 χ^2 检验,用 $P<0.05$ 表示存在统计学意义。

2 结果

两组患者 NIHSS 评分和 ADL 评分对比: 护理干预前,两组患者差异不明显($P>0.05$); 护理干预后,观察组 NIHSS 评分和 ADL 评分均明显优于对照组($P<0.05$),如下表 1。

表 1: 比较两组 NIHSS 评分和 ADL 评分情况 ($\bar{x}\pm s$, 分)

检查指标	观察组 (n=53)	对照组 (n=53)	t	P
NIHSS 评分	干预前 27.5±8.23	26.8±7.62	1.561	>0.05
	干预后 14.5±7.53	19.3±7.42	6.282	<0.05
ADL 评分	干预前 23.65±2.83	20.31±2.75	2.040	>0.05
	干预后 37.43±4.64	28.45±3.11	5.023	<0.05

3 讨论

在中老年群体中,大面积脑梗塞发病率较高,病情程度十分复杂。该病通过手术治疗,存在较高的致死率,且容易出现较多的并发症,明显增高家庭生活压力及经济压力。脑动脉粥样硬化是导致脑梗塞发生的主要致病因素,因血压偏低、血流缓慢,导致血液有形成分吸附于动脉内膜中,从而使脑梗塞发生。危及患者生命健康,必须加强对患者的积极治疗和护理^[3-4]。

个性化护理干预的有效实施,能够使患者实现正确用药,促进患者有效缓解各种不良情绪,树立战胜疾病的信心,有利于患者依从性显著提高,并实现早期有效的功能锻炼,从而使患者迅速康复^[5]。

本文通过对大面积脑梗塞患者早期大骨瓣减压术后运用个性化护理干预后的临床价值予以有效研究,研究显示,干预前,两组 NIHSS 评分和 ADL 评分差异不明显($P>0.05$); 干预后,观察组 NIHSS 评分和 ADL 评分分别为(14.5±7.53)分、(19.3±7.42)分优于对照组的(37.43±4.64)分及(28.45±3.11)分($P<0.05$)。综上所述,大面积脑梗塞患者早期大骨瓣减压术后运用个性化护理干预后,在有效修复患者神经功能的同时,使得患者日常生活能力明显提高,其推广应用价值显著。

参考文献

- [1] 叶健. 优质护理干预对脑梗塞后患者神经功能康复的影响[J]. 中国当代医药, 2013, 20(21):160-161.
- [2] 许海雁. 1 例风湿性心瓣膜病突发脑梗塞患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(34):35-37.
- [3] 岳会玲, 胡宛生, 王娜理等. 脑卒中合并脑梗塞症的预防及护理[J]. 中外医疗, 2012, 31(9):158.
- [4] 张红. 脑卒中合并脑梗塞的预防及护理观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(11):142, 封 3-封 4.
- [5] 谢俊清. 脑卒中合并脑梗塞的预防及护理对策[J]. 河南医学研究, 2014, 23(5):131-132.