



# 解除神经外科脑外伤患者四肢约束带的护理体会

彭萧丽

(岳阳市一医院东院神经外科 湖南 岳阳 414000)

**【摘要】目的** 探究神经外科患者解除约束的新评估方式。**方法** 将80例格拉斯哥昏迷评分13~15分且进行身体约束患者分成两组,每组40例。研究组使用约翰霍普金斯认知量表评定患者的定向力,定向力正常患者解除身体约束;对照组使用常规方法判断患者是否可解除约束,正常组患者解除身体约束;观察两组患者身体约束的平均时间、非计划性拔管发生情况和整体认知情况。**结果** 研究组身体约束的平均时间及解除约束后非计划性拔管的发生率明显低于对照组( $P<0.05$ );研究组的整体认知能力高于对照组( $P<0.05$ )。**结论** ACE可作为神经外科患者定向力评估的工具,定向力正常可作为格拉斯哥昏迷评分13~15分患者解除约束的指征。

**【关键词】** 定向力; 约束; 非计划性拔管; 整体认知能力

New assessment method of neurosurgery patients to lift the restriction.

**【Abstract】** Objective To explore a new assessment method of neurosurgery patients to lift the restraint. Methods Eighty patients with a Glasgow coma score of 13-15 and body constraints were divided into two groups of 40. The study group used the Johns Hopkins Cognitive Scale to assess the patient's directional force, and the patients with normal directional force were relieved of the body restraint. The control group used routine methods to determine whether the patients could release the restraint. The patients in the normal group were relieved of the body restraint. The mean time of restraint, the incidence of unplanned extubation and overall cognition ability. Results The average body restraint time and incidence of unplanned extubation was significantly lower in the study group than in the control group ( $P<0.05$ ). The overall cognitive ability of the study group was higher than that of the control group ( $P<0.05$ ). Conclusion ACE can be used to assess the orientation of patients in surgical patients. The normal orientation can be used as an indication of removal of physical restraints of patients with Glasgow coma score 13-15.

**【Keywords】** Orientation; Restraint; Unplanned extubation; overall cognition ability

中图分类号: R256.12 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187 (2018) 10-183-02

非计划性拔管(Unplanned extubation, UEX)是指管道意外脱落或未经医护人员同意,患者自行拔除管道[1]。UEX会增加患者的重插管率,增加患者医院感染和受伤的可能性,会导致严重的后果,甚至是死亡[2]。在神经外科,由于患者的意识障碍,UEX不良事件极易发生,其中格拉斯哥昏迷评分13~15分的患者最易UEX[3]。因此,神经外科医护人员对昏迷患者多采取身体约束,防止UEX的发生[4]。由于医护人员担心UEX不良事件的发生,且国际上尚无统一的约束解除的标准,所以神经外科患者约束的时间均较长[5]。有文献报道,意识清醒的患者不需要身体约束,是否对患者进行身体约束应根据患者的认知功能判断[6]。但神经外科患者其认知功能较难准确判断,故本研究探讨定向力是否可用于神经外科患者解除约束的评估。目前国外主要将定向力评估用于老年患者坠床和走失等事件中,很少用于神经外科患者解除约束的评估[7]。针对神经外科患者认知功能的评估,汉化的约翰霍普金斯认知量表(Johns Hopkins Adapted Cognitive Exam, ACE)具有较高的信效度[8]。本研究根据ACE评估神经外科格拉斯哥昏迷评分13~15分患者的认知功能,对ACE评估定向力正常的患者解除其约束,患者身体约束的时间较短,且UEX的发生率较低,现报道如下。

## 1 对象和方法

**1.1 研究对象** 选取2017年2月到2017年10月在我院神经外科住院且进行身体约束的患者( $n=80$ )为研究对象。纳入标准:①格拉斯哥昏迷评分13~15分;②年龄为18~60岁;③病情稳定,可配合完成评估;④意识清楚,无精神性疾病;⑤自愿参加研究。

**1.2 研究方法** 将80例格拉斯哥昏迷评分13~15分且进行身体约束患者随机分成研究组和对照组两组,每组40例。研究组使用约翰霍普金斯认知量表评定患者的定向力,定向力正常患者解除身体约束;对照组使用常规方法判断患者是否可解除约束,正常组患者解除身体约束,并进行约翰霍普金斯认知量表评分;观察两组患者身体约束的平均时间及解除约束时的整体认知情况,观察一周内患者非计划性拔管发生情况。

**1.3 研究工具** 使用ACE评估患者的整体认知功能。中文版的ACE由张一等[9]编制,具有较高的信效度。本量表共22个条目,6个维度,包括定向力、语言能力、模仿能力、注意力和计算力、回忆

能力。总分为0~100分,总分<90分为认知功能障碍。

**1.4 资料收集方法** 由我科三门护理人员对患者进行ACE评估,一名护理人员提问,两名护理人员同时计分,最后取两名护理人员的平均分为评估值。

**1.5 统计学方法** 采用Excel软件进行数据录入,SPSS23.0软件进行统计学分析。计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料用率和构成比表示;两组间均数比较采用两独立样本t检验;组间率和构成比的比较采用 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组基本情况比较** 两组患者在年龄、性别、受教育程度等一般资料方面差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组人均置管数差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表1。

表1 两组基本情况比较

| 项目    | 研究组( $n=40$ ) | 对照组( $n=40$ ) | t / $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-------|---------------|---------------|----------------|-------|
| 性别    |               |               | 2.521          | 0.112 |
| 男     | 26 (65.0)     | 31 (77.5)     |                |       |
| 女     | 14 (35.0)     | 9 (22.5)      |                |       |
| 受教育程度 |               |               | 0.611          | 0.737 |
| 小学及以下 | 5 (12.5)      | 7 (17.5)      |                |       |
| 初中及高中 | 9 (22.5)      | 7 (17.5)      |                |       |
| 大学及以上 | 26 (65.0)     | 26 (65.0)     |                |       |
| 人均置管数 | 1.86±2.53     | 2.02±3.12     | 2.805          | 0.742 |

**2.2 两组平均约束时间比较** 研究组平均约束时间低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表2。

表2 两组平均约束时间比较

| 分组  | 例数 | 平均约束时间(h) ( $\bar{x} \pm s$ ) |
|-----|----|-------------------------------|
| 研究组 | 40 | 18.36±2.49                    |
| 对照组 | 40 | 20.45±1.82                    |
| t 值 |    | 2.679                         |
| P 值 |    | 0.009                         |

**2.3 两组 UEX 发生率比较** 研究组 UEX 发生率低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表3。



## • 护理研究 •

表 3 两组 UEX 发生率比较

| 分组               | 例数 | UEX 发生率 n(%) |
|------------------|----|--------------|
| 研究组              | 40 | 0            |
| 对照组              | 40 | 5(1.25)      |
| X <sup>2</sup> 值 |    | 4.041        |
| P 值              |    | <0.001       |

2.4 两组 ACE 评分比较 研究组 ACE 总得分高于观察组, 差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表 4。

表 4 两组 ACE 评分比较

| 分组  | 例数 | 认知总分 ( $\bar{x} \pm s$ ) |
|-----|----|--------------------------|
| 研究组 | 40 | 95.47 $\pm$ 6.10         |
| 对照组 | 40 | 79.48 $\pm$ 11.97        |
| t 值 |    | 6.421                    |
| P 值 |    | <0.001                   |

## 3 讨论

国内神经外科患者身体约束时间一直较长, 患者约束合并症的发生率较高, 舒适度较低[10]。目前国内一直在探讨有效方便的约束解除的评估方式[11]。定向力是指对三间关系的判断力, 我国多采用简易精神状态量表来评估患者的定向力是否正常, 但该量表需要患者意识清楚, 可回答量表中的条目[12]; 而神经外科的很多患者都处于昏迷谵妄状态, 该量表并不适用于神经外科的患者, 所以本研究选用 ACE 评估患者的定向力。格拉斯哥昏迷评分 13~15 分的患者, 由于定向力障碍, 患者多昼睡夜醒, 且定向力较差, 难以准确判断各管道的位置[13]; 且患者管道数量较多, 所以目前国内神经外科医护人员为了防止患者 UEX 的发生, 对定向力正常的患者缺少及时的评估, 以至于患者多未及时解决约束[14]。本研究发现, 研究组患者身体约束平均时间低于对照组; 且研究组及时解决约束后未发生 UEX, 说明医护人员可根据评估患者的定向力, 判断患者是否可以解除约束。ACE 评估患者的定向力, 定向力正常的患者对于管道的分布位置有着清晰的认识, 及时解决约束可以减少约束导致的并发症, 提高患者的舒适度。

本研究两组 ACE 评分结果显示, 研究组 ACE 总得分高于对照组。说明按常规方法解除约束的患者, 整体认知功能较差。这可能是由于常规方法过多的关注患者的生理指标, 而忽略了患者的记忆、思维、计算等整体认知功能; 而目前有研究表明, 可根据患者的整体认知功能来判断患者是否可以解除身体约束[15], 说明医护人员应更多的关注患者的整体认知功能。但神经外科的患者病情变化较大, 医护人员工作忙碌, 且整体认知功能评估较复杂, 因此根据患者的整体认知功能判断患者是否可以解除约束可能不是非常适用于临床工作。ACE 评估定向力正常的患者, 其整体认知功能也较高; 且 ACE 较简单, 可以减轻医护人员的工作量, 提高工作效率; 且适用于失语性患者, 适用范围较广, 可用于神经外科患者是否可以解除约束的评估。

综上所述, 根据 ACE 评估格拉斯哥昏迷评分 13~15 分患者患者的定向力是否正常, 定向力正常的患者给予解除身体约束, 其 UEX 的发生率明显低于按常规方法解除约束的患者; 且定向力正常的患者,

其整体认知功能也明显高于按常规方法解除约束的患者, 医护人员可根据患者的定向力判断其整体认知功能。所以, 定向力正常可作为格拉斯哥昏迷评分 13~15 分患者解除约束的指标, 因此根据 ACE 评估患者的定向力, 值得在后期神经外科临床护理工作中广泛应用。

## 参考文献:

- [1] 罗秋双, 唐志红. ICU 护理沟通在减轻非昏迷恶性肿瘤患者意外中的应用研究[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(14):52-54.
- [2] 朱胜春, 金钰梅. 住院患者意外拔(脱)管临床特征分析及对策[J]. 中华护理杂志, 2015, 44(3):256-258.
- [3] 胡玉兰, 秦玉荣. ICU 非计划性拔(脱)管临床特征分析及对策[J]. 临床护理杂志, 2013(5):44-46.
- [4] Chang L Y, Wang K W, Chao Y F. Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study[J]. American Journal of Critical Care, 2014, 17(5):408-415.
- [5] 潘夏慕, 方希敏, 包向燕, 等. 身体约束在 ICU 的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2014(10):1031-1033.
- [6] Bellenger E N, Ibrahim J E, Lovell J J, et al. The Nature and Extent of Physical Restraint-Related Deaths in Nursing Homes: A Systematic Review. [J]. Journal of Aging & Health, 2017:898264317704541.
- [7] Rose L, Dale C, Smith O M, et al. A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use[J]. Systematic Reviews, 2016, 5(1):194.
- [8] Vance D L. Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study[J]. Aacn Clinical Issues, 2013, 14(1):82.
- [9] 张一, 姚秋近, 张瑜, 等. 中文版约翰霍普金斯改编认知检查量表在神经重症患者中应用的初步研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2016, 25(8):758-762.
- [10] 潜艳, 曾铁英, 董翠萍. ICU 护士预防气管插管非计划性拔管护理知行调查[J]. 护理学杂志, 2016, 31(21):58-60.
- [11] 陈翠芝. 前瞻性护理管理在预防 ICU 气管插管非计划性拔管中的应用[J]. 医学信息, 2017, 30(1):208-209.
- [12] 张燕红. 神经外科躁动患者安全问题分析及护理对策[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(14):21-22.
- [13] 黄彩云, 覃红梅. 品管圈在降低 ICU 患者气管插管非计划性拔管发生率中的应用[J]. 中国护理管理, 2013(8):47-49.
- [14] 方静, 杨海燕, 刘汉, 等. ICU 病人气管插管非计划性拔管原因分析及护理对策[J]. 护理学杂志, 2014, 19(2):37-38.
- [15] 郑冬杏, 郑桂凤, 吴上清, 等. 非约束性保护方式对老年认知功能障碍及躁动患者约束作用的临床观察[J]. 中国实用医药, 2014(35):183-184.

(上接第 181 页)

## 参考文献

- [1] 王伟. 宫腹腔镜联合手术在剖宫产术后子宫切口憩室中的应用体会[J]. 中医临床研究, 2016, 8(27):123-124.
- [2] 蒋学英, 曹霞, 何国照. 宫腹腔镜联合手术治疗剖宫产术后子宫切口憩室 21 例分析[J]. 中国临床医学, 2011, 18(6):865-866.
- [3] 赵新玲, 范造锋, 白玉. 宫、腹腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠 21 例临床分析[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(3):259-262.
- [4] 陈雨柔, 张蔚, 刘福林, 等. 宫腹腔镜联合手术与经阴式手术比较治疗剖宫产切口憩室的 Meta 分析[J]. 现代妇产科进展, 2016, 25(9):667-672.
- [5] 张先华, 陈哲, 费梦. 宫腹腔镜联合手术与阴式手术治疗剖宫产术后子宫切口憩室的效果比较[J]. 中国综合临床, 2015, 31(1):63-66.

- [6] 张翠芹, 贺丽霞. 阴式手术与宫腹腔镜联合手术治疗子宫切口憩室的疗效及安全性比较[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(22):3902-3904.
- [7] 曲莉, 刘秀梅, 王秀艳, 等. 宫腹腔镜联合腹腔镜修补术与阴式修补术治疗子宫剖宫产切口憩室疗效及预后比较[J]. 新乡医学院学报, 2015, 32(10):940-942.
- [8] 魏敏, 李小英. 宫腹腔镜联合腹腔镜引导下修补术与阴式修补术治疗剖宫产术后子宫切口憩室疗效及预后[J]. 中国临床研究, 2015, 28(8):1017-1019.
- [9] 姚秀华, 祝文峰, 黄卓敏, 等. 不同手术方式治疗剖宫产术后子宫切口憩室的疗效比较[J]. 现代妇产科进展, 2015, 24(8):580-582.
- [10] 沈春辉. 宫腹腔镜联合修补 48 例剖宫产术后子宫切口憩室的疗效观察[J]. 临床医学工程, 2014, 21(12):1573-1574.