

神经外科术后持续颅内压监测的临床应用价值探讨

邓忠仁

淮安市洪泽区人民医院神经外科 223100

〔摘要〕目的 探讨神经外科术后持续颅内压 (ICP) 监测的临床应用价值。方法 选取 80 例神经外科手术患者, 均为我院 2021 年 12 月-2023 年 6 月时间段内所收治, 按抽签法做随机分组, 分为对照组 (常规治疗, 40 例) 与干预组 (持续 ICP 监测, 40 例), 比较两组的预后良好率、并发症率、住院时间。结果 与对照组比较, 干预组的预后良好率更高, 干预组的并发症率更低, 干预组的住院时间更短 ($P < 0.05$)。结论 神经外科术后应用持续 ICP 监测的效果显著, 值得推广应用。

〔关键词〕神经外科手术; 持续颅内压监测

〔中图分类号〕R651.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 07-001-02

神经外科手术后容易出现颅内压 (intracranial pressure, ICP) 增高情况, 致使脑灌注出现不足情况, 导致脑组织发生缺血缺氧症状, 若未及时地发现与处理 ICP 增高问题, 会增高死亡率与残疾率, 引发严重的后果^[1]。因此, 临床针对神经外科手术患者的 ICP 情况应加强监测与控制, 以减少相关并发症与脑损伤, 改善其预后及生存质量。本研究将选取 80 例神经外科手术患者, 采取分组对照形式进行研究持续 ICP 监测的效果, 为临床神经外科术后护理提供依据, 现报道如下。

1 资料、方法

1.1 基线资料

于 2021 年 12 月开始研究, 至 2023 年 6 月完成研究, 研究对象为我院收治的 80 例神经外科术后患者, 随机分组方法为抽签法, 抽取其中 40 例设置为干预组, 另 40 例设为对照组, 用作于对比分析。对照组: 男 25 例, 女 14 例; 年龄在 22 岁至 75 岁之间, 平均年龄为 (55.8 ± 15.4) 岁; 发病入院的间隔时间在 0.5h 至 7h 之间, 平均 (2.1 ± 0.5) h; 格拉斯哥昏迷 (GCS)^[2] 评分在 5 分至 11 分之间, 平均 GCS 评分为 (8.43 ± 1.55) 分。干预组: 男女比例为 22: 18; 最小年龄 24 岁, 最大年龄 69 岁, 平均 (55.13 ± 12) 岁; 发病入院的间隔时间 0.5-7h, 平均 (2.2 ± 0.5) h; GCS 评分 5-11 分, 平均 (8.5 ± 1.7) 分。两组数据对比, $P > 0.05$, 具有良好的可比性。本次研究向伦理委员会报备相关资料, 经审核与批准之后, 开展研究工作。

选取标准: ①均接受神经外科手术; ②有比较完整的病历资料; ③对本次研究的各项基本内容知情, 且签字同意参与。

排除标准: ①资料缺失者; ②术后转院者。

1.2 方法

对照组术后常规治疗, 即间断性行腰椎穿刺进行测压, 并对脑脊液进行适当地释放, 给予 12ml 浓度为 20% 的甘露醇 (华仁药业 (日照) 有限公司, 国药准字 H37021255, 规格: 250ml:50g 注射剂), 以降低 ICP, 每日 2-4 次, 持续 1 周降血压治疗。

干预组术后给予持续性 ICP 监测, 对侧脑室进行穿刺, 放置光纤探头, 应用闭式压力传感器, 带有刻度与引流装置, 另一端与监护仪连接, 进行实时监测 ICP, 通过刻度调节进行控制引流速度与压力, 维持颅内灌注压, 术后打尿激酶, 复查 CT 效果满意后 3-5 天拔管, 高血压脑出血和颅脑损伤开颅的

患者一般 3 天左右拔管, 脑室外引流的患者 7-10 天拔管。

1.3 观察指标

对比两组的预后情况、并发症情况及住院时间, 使用格拉斯哥结局 (GOS)^[3] 评分进行评价预后, 分为预后良好 (良好与轻残) 与预后不良 (重残、死亡及植物状态)。

1.4 统计学处理

统计学软件为 SPSS 22.0, 计量资料表示为均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$), 用 t 检验; 计数资料用率表示, 用 χ^2 值检验, $P < 0.05$, 则表示差异在统计学方面存在意义。

2 结果

2.1 对比两组的预后、并发症率、住院时间, 见下表 1

表 1 两组的预后、并发症率、住院时间

分组	例数	预后良好 [n (%)]	预后不良 [n (%)]	并发症 [n (%)]	住院时间 ($\bar{x} \pm s$)
对照组	40	21 (52.50)	19 (47.50)	22 (55.00)	12.55 \pm 5.82
干预组	40	30 (75.00)	10 (25.00)	8 (20.00)	7.24 \pm 2.34
t/ χ^2	-	4.381	4.381	10.453	7.380
P	-	0.035	0.035	0.001	<0.001

3 讨论

ICP 监测逐渐受被临床患者接受, 在神经外科疾病治疗过程中需要稳定调节 ICP, 特别是神经外科术后的应用十分重要。针对神经外科术后患者, 通常应用有创性 ICP 监测, 可分为植入法与导管法, 最为可靠精确的是导管法, 即脑室内置管法, 能迅速地反映出 ICP 变化。

神经外科术后患者的最主要死亡原因为高颅压, 颅脑手术是在继发性损伤前将坏死脑组织与颅内血肿快速地清除掉, 以降低颅内压, 但术后容易反弹, 术后脑血管充血、脑水肿、血肿复发等, 均可导致 ICP 出现增高情况, 若未及时地发现与处理, 可影响脑灌注, 减少脑血流量, 导致缺血、缺氧, 引发脑功能障碍、昏迷等, 甚至对生命安全造成威胁。持续 ICP 监测能动态地反映出 ICP 变化, 能早发现 ICP 异常, 早治疗, 事半功倍。随着监护技术不断发展进步, ICP 监测逐渐成为颅脑损伤治疗中的一个核心环节, 当有效地控制好 ICP 后, 可行腰大池引流手术, 促进病程缩短, 降低癫痫、脑积水及皮下积液等并发症率。

在本次研究所获得的结果数据之中, 相较于对照组的预后良好率, 干预组更高 ($P < 0.05$), 提示持续 ICP 监测能改

(下转第 3 页)

更高 [(80. 59±4. 19) 分, VS 普通护理组的 (74. 33±3. 15) 分] (p < 0. 05)。见表 2。

表 2 比较 Bathel 指数评分

组别	病例 (例)	Bathel 指数评分 (分)	
		护理前	护理 2 周后
普通护理组	35	44. 45±2. 22	74. 33±3. 15*
偏瘫肢体康复训练护理组	35	44. 52±2. 18	80. 59±4. 19*
t 值	--	0. 1331	7. 0049
p 值	--	0. 8945	0. 0000

注: * 本组, 护理前, 对比护理 2 周后, p < 0. 05。

2. 3 病情好转所需时间

偏瘫肢体康复训练护理组病情好转所需时间更短 [见表 4。

表 1 比较 Fugl-Meyer 运动功能评分、护理 2 周后的 NIHSS 评分

组别	患者 (例)	Fugl-Meyer 运动功能评分 (分)		NIHSS 评分 (分)	
		护理前	护理 2 周后	护理前	护理 2 周后
普通护理组	35	33. 15±1. 11	45. 87±2. 15*	13. 12±2. 44	7. 48±1. 02*
偏瘫肢体康复训练护理组	35	33. 17±1. 12	52. 39±3. 27*	13. 15±2. 35	5. 18±0. 15*
t 值	--	0. 0750	8. 3329	0. 0524	13. 1982
p 值	--	0. 9404	0. 0000	0. 9584	0. 0000

注: * 本组, 护理前, 对比护理 2 周后, p < 0. 05。

表 4 比较临床护理满意率

组别	患者 (例)	非常满意 (例 /%)	很满意 (例 /%)	不满意 (例 /%)	非常不满意 (例 /%)	临床护理满意率 (例 /%)
普通护理组	35	17/48. 57	9/25. 71	3/8. 57	5/17. 14	25/74. 28
偏瘫肢体康复训练护理组	35	23/65. 71	10/28. 57	1/2. 85	1/2. 85	33/94. 28
χ ² 值	--	--	--	--	--	5. 2851
p 值	--	--	--	--	--	0. 0215

3 讨论

临床研究表明, 脑梗塞可发生于任何年龄, 以青壮年多见。多在活动中发病^[4]。患者受到病情的影响, 严重的情况下, 不仅可以有肢体瘫痪, 甚至可以急性昏迷、死亡, 需要积极配合治疗^[5]。配合有效的护理, 可起到促进康复、改善偏瘫的效果。常规的护理措施主要集中在医嘱护理、病情观察、用药等方面, 患者康复缓慢。偏瘫肢体康复训练护理是促进肢体功能好转的有效护理模式, 适合脑梗塞患者。

通过结果发现, 偏瘫肢体康复训练护理组的各项指标更佳 (P 均 < 0. 05)。说明, 对脑梗塞患者, 予以偏瘫肢体康复训练护理, 效果更佳。考虑到是, 入院时主要是进行健康宣教, 给予心理疏导, 并针对体位、按摩、翻身等进行康复护理, 以减轻体重对局部的压迫, 促进局部血液循环^[6]。入院 1 周、2 周期间, 主要是逐步进行被动运动训练, 主动与被动想象和的运动训练, 以锻炼并提高肢体运动功能, 减轻神经缺损, 改善日常生活能力, 促使病情尽快好转, 让患者更满意^[7]。

综上所述, 对脑梗塞患者, 予以偏瘫肢体康复训练护理, 效果更佳。

[参考文献]

[1] 杨丽, 孔敏霞, 蔡莹莹等. 肢体康复训练与认知心理护理联用对老年急性脑梗死后抑郁并高血压患者血压及心理状态的影响 [J]. 心血管病防治知识, 2023, 13(06):68-70.

[2] 孙琳琳, 吴伟莉, 于维娜. 脑梗塞护理中偏瘫肢体康复训练护理的应用研究 [J]. 智慧健康, 2022, 8(34):227-230+235.

[3] 王君丽, 王君秀. 早期康复护理对脑梗塞偏瘫失语患者上肢、下肢运动功能评分和语言功能评分影响观察 [J]. 中国农村卫生, 2020, 12(14):42.

[4] 丁华盈. 早期康复护理干预对脑梗塞偏瘫患者肢体运动功能的效果观察 [J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(04):251-252.

[5] 席慧慧. 早期康复护理对提高脑梗塞患者护理依从性及运动功能的影响分析 [J]. 当代临床医刊, 2021, 34(02):56-57.

[6] 蔡小勤. 早期康复护理联合全科护理干预对改善脑梗死偏瘫患者肢体功能与活动能力的影响 [J]. 临床医学工程, 2021, 28(01):103-104.

[7] 谭红, 张丽华, 黄爱云等. 脑梗塞偏瘫患者实施早期护理干预的效果及促进肢体功能的康复分析 [J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(06):315-316.

(上接第 1 页)

善神经外科术后患者的预后; 相较于对照组的并发症率, 干预组更低 (P < 0. 05), 提示持续 ICP 监测能减少并发症; 相较于对照组的住院时间, 干预组更短 (P < 0. 05), 提示持续 ICP 监测能促进术后患者康复, 加快出院。总而言之, 针对神经外科术后患者持续给予 ICP 监测能提高预后良好率, 降低并发症率, 还能缩短住院时间, 值得广泛应用。

[参考文献]

[1] 王忠, 张瑞剑, 韩志桐, 等. 持续颅内压监测在重度颅脑损伤及脑出血合并脑疝患者标准大骨瓣减压术及显微血肿清除术后的应用 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(5):75-78, 82.

[2] 谢超, 李煜华, 杨正刚. 颅内压监测下阶梯减压术治疗重症颅脑损伤的临床疗效 [J]. 中南医学科学杂志, 2022, 50(3):438-441.

[3] 丁唱, 王晓宇, 杨朝华, 等. 重型颅脑损伤去骨瓣减压手术前后颅内压对预后的影响 [J]. 中华神经外科杂志, 2022, 38(5):456-459.