

# 脑室腹腔分流术患者围术期护理的价值

钟映红

东莞市第八人民医院（东莞市儿童医院），广东东莞，523323；

**摘要：**目的：探讨围术期护理对脑室腹腔分流术患者的意义。方法：于 2021 年 5 月—2023 年 5 月，纳入本院 42 例脑积水行脑室腹腔分流术患者，按随机数字表法分组，包括对照组与研究组，各 21 例。围术期，对照组予以常规护理，研究组予以优质护理，比较两组护理效果。结果：术前，两组患者各指标对比  $P > 0.05$ ；出院时，研究组 VAS 和 NIHSS 评分更低，而 Fugl-Meyer 和 SF-36 评分则更高，两组对比  $P < 0.05$ ；研究组并发症发生率更低，而护理满意度更高，两组对比  $P < 0.05$ 。结论：在脑室腹腔分流术患者围术期实施优质护理可保障治疗效果，降低患者并发症发生风险，对促进患者快速康复、提升患者生活质量有积极意义。

**关键字：**围术期护理；脑室腹腔分流术；优质护理；并发症；快速康复

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.022

脑积水是一种严重的神经系统病症，主要是由于脑脊液在脑室内过度积聚，导致脑室系统扩大并伴随颅内压增高<sup>[1]</sup>。该疾病不仅可能影响患者认知功能、行走能力，甚至危及生命安全<sup>[2]</sup>。脑室腹腔分流术是治疗该疾病的有效手段，通过将脑室中过多的脑脊液引流至腹腔吸收，可达到降低颅内压、缓解症状的目的<sup>[3]</sup>。但该手术操作复杂，且术后易发生并发症，对患者疾病康复不利。因此，加强脑室腹腔分流术患者围术期护理非常关键。围术期护理的有效实施能够显著降低手术并发症，提高手术成功率，促进患者快速康复<sup>[4]</sup>。本研究旨在深入探讨围术期护理在脑室腹腔分流术患者中的作用，以为临床护理的高质量实施提供参考。具体报道如下。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

于 2021 年 5 月—2023 年 5 月，纳入本院 42 例脑积水行脑室腹腔分流术患者，按随机数字表法分组，包括对照组与研究组，各 21 例。对照组中男 12 例，女 9 例，年龄 32-75 岁，平均  $(53.82 \pm 10.12)$  岁；研究组中男 11 例，女 10 例，年龄 34-78 岁，平均  $(54.05 \pm 10.89)$  岁。2 组的基线资料进行对比  $P > 0.05$ 。纳入标准：①经影像学检查（如 CT、MRI）明确确诊为脑积水者。②预期生存期  $> 3$  个月者。③签署知情同意书者。排除标准：①存在脑室腹腔分流术明确禁忌症者。②合并全身感染或局部感染未得到有效控制者。③合并精神疾病或认知障碍者。本研究不违反国家法律法规，符合医学伦理原则。

## 1.2 方法

### 1.2.1 常规围术期护理

对照组接受常规围术期护理，即术前协助患者完成各项检查，对患者及其家属进行口头健康宣教，并协助患者完成术前准备工作。术后需密切观察患者病情变化，确保及时发现并处理异常情况。

### 1.2.2 围术期优质护理

研究组接受围术期优质护理，具体内容：（1）术前护理：加强对患者及其家属的心理疏导，缓解担忧、恐惧和焦虑等负性情绪。通过电子视频和 PPT 讲解脑室腹腔分流术的具体流程和作用，以及成功的案例，帮助患者做好心理准备。协助患者完成各项检查，掌握脏器功能情况，根据头颅 CT 检查结果确定脑室扩大程度和脑积水程度。通过腰椎穿刺测定颅内压水平，选择合适的分流管。术晨进行头部备皮、腹部皮肤检查及脐部清洁。术前 8h 禁食，4h 禁饮。确保患者心情平稳，睡眠充足，必要时遵医嘱使用镇静安眠药物。（2）术中护理：术前 1 小时建立静脉通道，并遵医嘱使用术前药物。根据患者耐受性，调整手术室温度，提高患者的舒适度。将患者调整为合适的体位，并密切监测生命体征，对异常情况及时上报并处理。对非手术部位进行遮盖，持续关注患者的感受及生命体征变化。手术结束后仔细清点手术用品，并将其转运至复苏室，待确认无异常情况后，再转运回病房。（3）术后护理：术后 6h 内，密切监测患者意识、瞳孔、有无恶心呕吐、肌力变化及生命体征，确保能够及时处理异常情况。同时，患者保持平卧位，

肩部垫小于 5cm 的薄枕，头部偏向一侧，以利于分泌物排出，保持呼吸道通畅。长时间卧床时，对受压部位进行保护，使用软枕垫。患者意识恢复后将患者头部偏向健侧，避免头部剧烈活动，并保持病房环境整洁、空气清新，适当调节室温，营造舒适的康复环境。患者生命体征稳定后，将床头抬高  $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$  以促进脑脊液引流，过程中注意询问患者感受，动作轻柔。更换体位时，需家属配合，固定头部，避免对分流管造成牵拉。注意持切口敷料清洁干燥，定期换药，防止颅内感染。换药时仔细检查切口，注意红肿、渗液等情况，如有异常及时通知医生。每班护士需持续监测患者有无颅内压增高症状，同时注意腹部情况（腹胀、腹痛、腹泻）以及敷料有无渗血、渗液。如患者出现头痛、呕吐等，需记录头痛性质及呕吐物情况，及时清理呕吐物，保持患者及床单清洁，以防误吸。持续关注患者大便通畅，防止腹压过高，同时保持合理饮食，如有必要可适当使用缓泻剂。定期评估疼痛程度，必要时给予镇痛药物。与患者保持良好沟通，鼓励其表达不适，适时提供心理支持，帮助其树立信心，使其积极参与康复过程。

### 1.3 观察指标

采用视觉模拟量表（VAS）、美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）、活动能力评分量表（Fugl-Meyer）、生活质量量表（SF-36）评估两组患者术前、出院时疼痛情况、神经功能、生活能力及生活质量。①VAS 评分：评分范围 0~10 分，评分越低则疼痛程度越轻；②NIHSS 评分：总分 0~42 分，0~1 分为正常，1~4 分为轻度，5~15 分为中度，15~20 分为中重度，21~42 为重度；③Fugl-Meyer 评分：总分 100 分，评分越高则活动功能越强；④SF-36 评分：评分范围 100 分，评分越高则生活质量越高。

比较两组患者并发症发生率，并发症包括出血、感染、吞咽障碍、神经功能障碍。

采用自制调查问卷评估两组患者护理满意度，问卷满分 100 分，包括非常满意、满意、比较满意、不满意四个等级，分别对应 100 分、80~99 分、60~79 分、总分 <60 分。总满意度为非常满意、比较满意以及满意例数总和，再除以总患者数量，得到最终的满意度百分比。

### 1.4 统计学分析

用统计学软件 SPSS21.0 对数据进行分析，符合正态分布的计量资料用  $(\bar{x} \pm s)$  表示，t 验证，计数资料用 (%) 表示， $\chi^2$  验证，若  $P < 0.05$  说明差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者疼痛情况、神经功能、生活能力及生活质量

对照组与研究组各 21 例患者，术前，对照组 VAS ( $6.42 \pm 1.17$ ) 分、NIHSS ( $17.58 \pm 2.34$ ) 分、Fugl-Meyer ( $28.79 \pm 8.42$ ) 分、SF-36 ( $62.76 \pm 5.58$ ) 分，研究组 VAS ( $6.39 \pm 1.21$ ) 分、NIHSS ( $17.67 \pm 2.47$ ) 分、Fugl-Meyer ( $28.85 \pm 8.16$ ) 分、SF-36 ( $63.05 \pm 5.41$ ) 分，两组各指标对比无明显差异 ( $t_1=0.082$ ,  $P_1=0.935$ ,  $t_2=0.121$ ,  $P_2=0.904$ ,  $t_3=0.023$ ,  $P_3=0.981$ ,  $t_4=0.171$ ,  $P_4=0.865$ ,  $P > 0.05$ )；出院时，对照组 VAS ( $4.24 \pm 1.02$ ) 分、NIHSS ( $14.53 \pm 1.71$ ) 分、Fugl-Meyer ( $58.59 \pm 7.23$ ) 分、SF-36 ( $76.84 \pm 6.13$ ) 分，研究组 VAS ( $3.01 \pm 1.28$ ) 分、NIHSS ( $12.48 \pm 1.93$ ) 分、Fugl-Meyer ( $67.75 \pm 6.68$ ) 分、SF-36 ( $80.84 \pm 5.52$ ) 分，出院时，研究组 VAS 和 NIHSS 评分更低，而 Fugl-Meyer 和 SF-36 评分则更高，对比有差异 ( $t_1=3.444$ ,  $P_1=0.001$ ,  $t_2=3.643$ ,  $P_2=0.001$ ,  $t_3=4.264$ ,  $P_3=0.001$ ,  $t_4=2.222$ ,  $P_4=0.032$ ,  $P < 0.05$ )。

### 2.2 比较两组患者并发症发生率

对照组出血 2 (9.52%) 例、感染 2 (9.52%) 例、吞咽障碍 1 (4.76%) 例、神经功能障碍 1 (4.76%) 例，总发生率为 23.81%；研究组出血 1 (4.76%) 例、感染 0 例、吞咽障碍 1 (4.76%) 例、神经功能障碍 0 例，总发生率为 9.52%，研究组并发症总发生率明显低于对照组，对比有差异 ( $\chi^2=7.352$ ,  $P=0.007$ ,  $P < 0.05$ )。

### 2.3 比较两组患者护理满意度

对照组非常满意 6 (28.57%) 例、比较满意 8 (30.10%) 例、满意 4 (19.05%) 例、不满意 3 (14.29%) 例，总满意度为 85.71%；研究组非常满意 10 (47.62%) 例、比较满意 7 (33.33%) 例、满意 3 (14.29%) 例、不满意 1 (4.76%) 例，总满意度为 95.24%，研究组护理满意度高于对照组，对比有差异 ( $\chi^2=5.269$ ,  $P=0.022$ ,  $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

脑积水是指因脑脊液分泌过多、吸收不足或循环受阻等原因导致脑脊液在脑室系统内过多积聚的一种疾病,典型临床表现为头痛、恶心、呕吐、视力模糊以及步态不稳等<sup>[5-6]</sup>。当脑积水症状严重,可能危及患者生命安全。脑室腹腔分流术是治疗脑积水的有效手段,该手术可以将脑室中的脑脊液引流至腹腔,并利用腹膜的强大吸收能力来处理多余的脑脊液,从而缓解脑积水症状<sup>[7]</sup>。但脑积水的治疗效果不仅依赖于手术方式,更与其围术期护理质量密切相关。目前,围术期护理多采用常规护理模式,即根据患者身体状态和手术情况实施针对性护理干预。这种护理模式虽然能够满足基本需求,但在细节处理、个性化护理及并发症预防等方面存在明显不足。优质护理强调以患者为中心,注重患者的整体护理需求和个性化差异,旨在通过全面、细致的护理措施,提高患者手术效果和康复质量<sup>[8-9]</sup>。

本研究结果显示,出院时,与对照组相比,研究组 AS 评分和 NIHSS 评分更低 ( $P < 0.05$ ),表明围术期优质护理有效减轻了患者疼痛程度和神经功能障碍;同时,Fugl-Meyer 评分和 SF-36 评分更高 ( $P < 0.05$ ),表明围术期优质护理促进了患者活动功能的恢复和生活质量的提高。此外,研究组并发症发生率明显低于对照组,护理满意度则显著高于对照组 ( $P < 0.05$ ),则进一步证实了围术期优质护理在减少并发症、提高患者满意度方面的优势。分析其原因,围术期优质护理中,术前护理通过详细评估患者病情和脏器功能,选择合适的分流管,可确保患者良好的术前状态。术中护理则注重提高患者的舒适度,同时密切监测生命体征,可确保手术顺利进行。术后护理更是优质护理的重点,通过密切监测患者的意识、瞳孔、肌力等变化,及时发现并处理异常情况,以及保持患者体位舒适,预防并发症的发生等,可为患者术后康复创造良好条件,有助于提高患者生活质量<sup>[10-11]</sup>。

综上所述,围术期优质护理在脑室腹腔分流术患者中具有良好应用效果。该护理模式通过全面、细致的护

理措施,不仅提高了手术的成功率和安全性,还降低了并发症的发生风险,对促进患者快速康复、提升生活质量具有积极意义,值得临床高度重视。

### 参考文献

- [1] 林丽丽,林玫,任红娣.脑积水患者脑室-腹腔分流术围手术期护理及并发症的效果分析[J].黑龙江中医药,2022,51(5):211-213.
- [2] 韦璐.围手术期细节处理对脑室腹腔分流术治疗小儿脑积水预后影响分析[J].黑龙江医学,2022,46(4):509-511.
- [3] 池洁珊.脑室腹腔分流术治疗脑积水患者围手术期的护理观察[J].黑龙江中医药,2020,49(5):135-136.
- [4] 刘琴.脑室腹腔分流术治疗脑积水患者围手术期的护理措施研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(4):128-129.
- [5] 钟健.脑室腹腔分流术治疗脑积水的围术期护理分析[J].中外医学研究,2020,18(3):128-129.
- [6] 瞿燕,陈金荣,杨俊.脑室腹腔分流术应用于脑积水患者的临床护理价值探究[J].饮食保健,2020,7(25):204-205.
- [7] 牟榕辉,王智超,李兴霞.基于 ERAS 理念的围术期护理干预在脑积水患儿行腹腔镜辅助脑室腹腔分流术中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(16):5-7.
- [8] 产文敏.对接受脑室-腹腔分流术的脑积水患者进行围手术期综合护理的效果探讨[J].当代医药论丛,2020,18(5):226-227.
- [9] 胡凤兴,萧演辉.围术期护理方法在脑积水脑室-腹腔分流术患者中的效果分析[J].智慧健康,2020,6(23):154-155,167.
- [10] 吴珍,龚阳,陈素兰,等.加速康复外科理念在隐球菌性脑膜炎患者脑室腹腔分流术围术期护理中的应用[J].系统医学,2021,6(17):148-151.
- [11] 李雪娜.围术期护理对脑积水脑室腹腔分流患者作用[J].中国城乡企业卫生,2023,38(05):174-176.