

量化评估结合分层管理对颅脑损伤术患者健康改善、护理质量及不良事件发生率影响

郭姿言

(商丘市第三人民医院, 河南 商丘 476000)

【摘要】目的: 观察量化评估结合分层管理在颅脑损伤患者围术期中的干预效果。**方法:** 将 104 例颅脑损伤患者随机分为对照组和观察组, 每组 52 例; 两组患者均行硬膜外血肿清除术治疗, 对照组围术期应用常规护理干预, 观察组应用量化评估结合分层管理模式干预; 比较两组入院前与入院 7 d 的急性生理学和慢性健康状况评分系统 II (APACHE II) 评分情况、出院时护理质量评分、不良事件发生情况。**结果:** 入院时, 两组患者 APACHE II 评分各观察指标无显著差异 ($P > 0.05$); 入院 7 d, 两组患者 APACHE II 评分具显著性差异 ($P < 0.05$), 观察组高于对照组; 与对照组比较, 观察组护理质量评分高、并发症发生率低, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。**结论:** 在颅脑损伤患者围术期应用量化评估结合分层管理模式干预, 可改善患者生理健康状态, 减少不良事件发生, 提高护理质量。

【关键词】 量化评估; 分层管理模式; 颅脑损伤; 护理质量; 不良事件

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-4983 (2025) 02-0194-03

脑损伤是神经科常见疾病, 该病致残、致死率较高, 具有预后差、术后并发症发生率高的特点^[1]。该类患者常因运动及认知功能受损, 造成生活自理能力降低, 故需采取科学合理的护理干预措施^[2]。近年研究表明^[3-4], 采用早期量化评估, 可及时了解患者病情和个体化差异, 为护理干预奠定良好基础, 继而施以分层管理, 可确保干预的针对性, 加快患者病情恢复时间, 提高护理效率, 改善患者的自理能力以及提高生活质量水平。本文将量化评估结合分层管理应用于颅脑损伤患者围术期, 探讨其护理干预价值, 现作报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究在患者了解并自愿签署知情同意书, 且经本院伦理委员会批准 (No: 2017-SCR-0856) 下实施。对 2018 年 2 月至 2021 年 12 月本院收治的 104 例颅脑损伤患者进行前瞻性研究。纳入标准: 均符合《中国颅脑损伤防控与救治指南 (2019 版)》^[5] 关于颅脑损伤诊断标准, 同时经颅脑 CT、MRI 影像检查证实; 年龄 > 18 周岁; 临床资料完整; 意识清醒同时病情稳定; 精神正常者同时可配合治疗。排除标准: 存在精神疾病或者认知障碍; 恶性肿瘤或血液疾病; 合并严重心、肝、肾等器质性疾病。患者采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 52 例。观察组男 30 例, 女 22 例; 年龄 24 ~ 65 岁, 平均 (45.71 ± 2.46) 岁; 体质量指数 (BMI) 18 ~ 26 kg/m^2 , 平均 (22.54 ± 1.26) kg/m^2 ; 损伤原因: 交通伤 20 例, 坠落伤 15 例, 重物撞击伤 13 例, 其他 4 例; 损伤类型: 脑挫伤 21 例, 脑硬膜下血肿 14 例, 脑硬膜外血肿 14 例, 颅内血肿 3 例。对照组男 32 例, 女 20 例; 年龄 22 ~ 66 岁, 平均 (46.11 ± 2.45) 岁; BMI 17 ~ 26

kg/m^2 , 平均 (22.43 ± 1.35) kg/m^2 ; 损伤原因: 交通伤 18 例, 坠落伤 17 例, 重物撞击伤 13 例, 其他 4 例; 损伤类型: 脑挫伤 20 例, 脑硬膜下血肿 15 例, 脑硬膜外血肿 12 例, 颅内血肿 5 例。上述两组患者一般资料无统计学意义 ($P > 0.05$), 均衡可比。

1.2 方法 患者均采取硬膜外血肿清除术治疗, 手术安排具备丰富经验的医护实施。对照组给予患者围术期常规护理: (1) 术前。对患者进行全面评估, 根据医嘱, 安排患者进食控制。行术前静脉通路建立, 术前行心电图监测, 准备手术室器械和设备, 并确保手术室环境的清洁和安全。(2) 术中。监测患者的生命体征, 包括心率、呼吸、血压和体温等; 与麻醉医生密切配合, 监测麻醉深度和给予适当的镇痛药物; 根据医嘱给予患者适当的输液和输血, 协助医生进行各项监测, 如脑压监测、脑电图监测等; 护士与手术团队密切合作, 提供必要的器械、药物和协助。(3) 术后。将患者转入重症监护室或高依赖单位进行密切监护和观察, 监测患者的生命体征, 包括呼吸、心率、血压、体温等, 定期记录和评估。观察患者的意识状态、瞳孔反应、肢体运动和感觉等神经功能情况, 保持伤口的清洁和干燥, 定期更换敷料。根据患者的疼痛评估和医生的指导, 给予适当的镇痛药物, 提供康复指导和建议, 如活动、营养和药物管理等。

观察组采取量化评估结合分层管理模式。具体如下: (1) 组建小组。组员包括 1 名主治医师、1 名护士长、6 名专科护士。成员均是具备良好沟通交流能力, 此外组织成员学习颅脑损伤的护理以及急性生理学和慢性健康状况评分系统 II (APACHE II) 的相关知识, 在经系统培训后进行考核, 经考核通过参与相关护理工作。(2) 量

作者简介: 郭姿言 (1989-), 女, 主管护师, 主要从事神经外科护理工作及研究。

化评估。选择合适的评估工具来进行量化评估，常用的评估工具包括格拉斯哥昏迷量表（GCS）、瞳孔反射、神经系统评估等。在患者经历颅脑损伤后，立即进行初始评估以确定患者的基线状态，使用适当的评估工具对患者进行全面评估，记录初始评估结果。根据意识水平和神经功能恢复将患者分成不同的层级。轻型颅脑损伤：①GCS评分在13~15分；②轻度神经功能障碍，如瞳孔轻度异常、轻度肢体活动受限、轻度意识混乱等。中型颅脑损伤：①GCS评分在9~12分；②中度神经功能障碍，如瞳孔异常、肢体活动受限、意识混乱或紊乱等。重型颅脑损伤：①GCS评分在3~8分；②重度神经功能障碍，如瞳孔明显异常、肢体昏迷、深度昏迷等。（3）分层管理。①轻型颅脑损伤患者。根据患者的病情评估和临床表现，决定是否需要行硬膜外血肿清除术。如决定进行手术，进一步制定相应的手术计划。手术后，在重症监护室或高依赖单位进行密切监护，包括生命体征监测、神经功能监测、液体管理、疼痛管理等。根据评估结果和医生的建议，制定个性化的护理计划；②中型颅脑损伤患者。根据患者的病情变化和手术的适应症，与医生共同决定手术的最佳时机；术前根据医生的指导，进行术前准备工作，包括静脉通路建立、麻醉评估、心电图监测等；术中与手术团队合作，提供必要的器械、药物和护理支持，确保手术的顺利进行；手术后，将患者转入重症监护室或高依赖单位进行密切监护和观察，进行必要的生命体征监测、神经功能评估和护理措施；③重型颅脑损伤患者。对于重型颅脑损伤患者，首要任务是进行紧急处理，包括确保通畅的气道、维持循环和呼吸功能等；根据患者的病情和需要，提供高级支持措施，如机械通气、血压支持、中心静脉导管等；与医生

共同评估和决定是否要进行硬膜外血肿清除术。在决定手术时机时考虑患者的整体状况和手术的潜在风险；根据医生的指导，进行术前准备工作，包括快速建立静脉通路、准备手术器械和药物，并进行麻醉评估；术后将患者转入重症监护室或高依赖单位进行严密监测和观察，包括生命体征监测、神经功能评估、液体管理、疼痛管理等，根据患者的病情和需要，提供全面的护理支持，包括轮换体位、预防并发症、监测并控制颅内压力、康复护理指导等。

1.3 观察指标 (1) APACHE II评分^[6]：入院时与入院7 d时采用 APACHE II 评分量表评估患者生理健康状态，评分项目分成急性生理学评分（0~48分）、年龄评分（0~6分）、慢性健康状况评分（0~5分）3部分，理论最高分为71分，得分越高表明患者病情越严重。(2) 护理质量：于出院时采用本院自制的颅脑外伤护理质量评估表评估护理质量，内容包括基础护理、专科护理、健康教育、病房消毒与管理、护理文书5个方面，各个方面均为100分，得分高表明护理质量好。(3) 并发症发生率：统计并发症情况，包括院内感染、压疮、下肢深静脉血栓、颅内出血等，计算并发症发生率。

1.4 统计学方法 研究数据应用 SPSS20.0 软件包分析处理。计数资料以“率”表示，采用 χ^2 检验；计量资料以“均数±标准差”表示，采用 t 检验。 P 值小于0.05示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 APACHE II评分情况 如表1所示，两组患者入院时 APACHE II 评分各观察指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；入院7 d时，各观察指标评分均较入院时降低，观察组评分显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

表1 两组患者 APACHE II 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	急性生理学评分		年龄评分		慢性健康状况	
	护理前	入院7 d	护理前	入院7 d	护理前	入院7 d
观察组	30.12 ± 3.45	14.23 ± 1.36*	4.02 ± 0.65	1.42 ± 0.23*	3.45 ± 0.46	1.22 ± 0.21*
对照组	30.06 ± 3.41	19.21 ± 1.89*	4.04 ± 0.66	2.04 ± 0.35*	3.51 ± 0.45	1.81 ± 0.25*
t	0.126	19.000	0.218	12.773	0.961	17.018
P	0.899	0.000	0.827	0.000	0.338	0.000

注：与护理前比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 护理质量情况 如表2所示，观察组护理质量各考察指标评分均显著高于对照组 ($P < 0.05$)。

表2 两组护理质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	基础护理	专科护理	健康教育	病房消毒与管理	护理文书
观察组	82.15 ± 3.62	80.22 ± 3.58	84.41 ± 3.39	83.36 ± 3.43	85.62 ± 3.39
对照组	74.42 ± 4.15	72.14 ± 4.36	75.21 ± 4.19	76.25 ± 4.03	78.23 ± 3.62
t	10.122	10.328	12.309	9.688	10.745
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 并发症发生率情况 统计结果显示：两组患者的并发症发生率具显著性差异 ($\chi^2 = 4.981, P = 0.026$)，观察

组低于对照组。观察组发生院内感染和压疮各1例，发生率3.84% (2/52)；对照组发生压疮、下肢深静脉血栓和

颅内出血各2例,院内感染1例,发生率17.30% (9/52)。

3 讨论

颅脑损伤属于常见的一种危急重症,主要是患者在... 颅脑损伤者在病情监护期间因为无法自主呼吸,往往需要接呼吸机建立人工气道,而干预期间的护理风险比较高,因此在对疾病的护理干预上也强调采取合理的护理干预措施[8-9]。传统的护理措施遵医嘱实施,而因为不同医师经验不同,护理标准存在差异,这样可能影响护理效果,此外还会在一定程度上引起护理资源的浪费,使得护理安全性降低。

量化评估结合分层护理是一种基于具体指标和评分系统的护理方法,旨在根据患者的病情严重程度和护理需求对患者进行分类和分层管理[10]。通过量化评估,医务人员可以快速而客观地评估患者的病情,为其提供适当的护理和治疗[11]。在评价过程中,应用各种各样的评估工具以及评估指标,根据评估情况将患者分成不同的病情程度并对应不同护理层级,每个层级都有相应的护理重点和治疗目标,这样可以提供给患者个性化的护理和管理[12-13]。本次研究结果显示,观察组患者入院7d在APACHE II评分各项上显著低于对照组,表明通过量化评估的分层护理干预对颅脑损伤者的生理健康状态改善满意。分析原因主要是通过量化评估,患者分成了不同的病情严重等级,根据病情程度对应相应的干预,这样可以改善患者的健康状况。观察组护理质量各考察指标评分均高于对照组,而住院期间并发症发生率低于对照组,原因是通过量化评估,医务人员可以客观地评估患者的病情严重程度,并将其分层分类。不同层级的患者可能具有不同的护理需求和风险,因此可以制定个性化的护理计划,有针对性地提供所需的护理和监测[14]。

综上所述,运用量化评估结合分层护理干预措施,可以显著改善颅脑损伤患者生理健康状况,降低患者住院期间相关不良事件发生率,提高护理质量,值得在临床中推广应用。

参考文献

[1] 聂培华,孙妮娜.基于量化评估策略下的分层护理在重症颅脑外伤患者术后的应用效果[J].医学临床研究,2021,38(2):319-320.

[2] 周丽丽,沈金莲.基于标准吞咽功能评估的分层护理在颅脑外伤术后吞咽障碍患者中的应用效果分析[J].中国药物与临床,2021,21(17):3035-3037.
[3] Fatigba O H,L Hodé,Padonou C. Intentional penetrating cranio-cerebral injury caused by a nail; clinical presentation and management of three cases[J]. Open J Modern Neurosurg,2020,10(4):458-463.
[4] 陈苗苗,李华,张玉利,等.基于DTI对轻中重度脑创伤白质结构改变及其与康复期认知功能相关性的量化评估[J].中国CT和MRI杂志,2020,18(10):1-3.
[5] 何玉萍,谭达明,张莉,等.中国颅脑损伤防控与救治指南(2019版)[J].中国急救医学,2019,39(4):379-389.
[6] 张志浩,卢锦江,马生辉,等.事件相关电位技术在轻型颅脑损伤病人认知功能障碍评估中的研究进展[J].中国临床神经外科杂志,2020,25(8):565-568.
[7] 赵薇,李惠芬,连斌,等.基于量化评估策略下的身体约束管理在ICU患者中的应用效果[J].中国医药导报,2022,19(1):166-169.
[8] 曹付强,扶宇,王本瀚,等. DTI及重建技术在重型颅脑损伤预后评估中的作用[J].中国临床神经外科杂志,2020,25(10):674-676.
[9] 周桂坤,闫小林,汲海燕,等.重症超声在重型颅脑损伤术后患者呼吸管理中的应用价值[J].中国中西医结合急救杂志,2021,28(4):430-433.
[10] 施银,罗彩凤,杨丽萍,等.量化评估交接班模式对急诊ICU患者护理质量的影响[J].中国临床研究,2021,34(2):283-285.
[11] 王小峰,王琪,白西民,等.脑电双频指数对颅脑损伤严重程度和患者预后的评估研究进展[J].临床神经外科杂志,2021,18(6):714-716.
[12] Yan Y,Li Q,Chen W, et al. Hierarchical management control based on equivalent fitting circle and equivalent energy consumption method for multiple fuel cells hybrid power system [J]. IEEE Transactions on Industrial Electronics, 2020, 67(4):2786-2797.
[13] 褚爱鹏.磁共振技术联合弥散张量成像在老年颅脑损伤患者病情评估中的应用[J].中华老年医学杂志,2020,39(11):1274-1278.
[14] 吕晨,张艳,钱小丽,等.程序化镇静镇痛控制小组应用于重型颅脑损伤患者术后的效果评价[J].重庆医学,2022,51(8):1326-1329.

收稿日期:2024-09-02

责任编辑:雷长国

汉字“黏”与“粘”以及“惟”与“唯”的用法

根据最新版《新华字典》和《现代汉语词典》,对“黏”与“粘”以及“惟”与“唯”字的使用规范如下:

在发“nian”音时一律用“黏”字,如黏膜、黏液、黏菌、黏合剂等;在发“zhan”音时用“粘”字,如肠粘连、粘贴等。

关于“惟”与“唯”字的使用,二子均表示单单、只是等含义,但用在惟一、惟独、惟有、惟恐、惟命是听、惟利是图等词汇时,一律用“惟”字;用在唯物主义、唯心主义、唯理论、唯名论等词汇时,用“唯”字。