

参 考 文 献

- [1] 范东英, 谢圆. 浅析 5S 管理对手术室优质护理服务的促进作用[J]. 西部中医药, 2014, 27(9): 142-143.
- [2] 艾云香, 黄润. 手术室优质护理在医院感染控制中的作用分析[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(16): 186-187.
- [3] 郑玉华. 运用“5S”理论规范手术间物品管理的效果评价[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(9): 22-24.
- [4] 王娟萍, 林珊瑚, 陈燕, 等. 护理管理对提高护士优质护理服务意识的效果分析[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(25): 150-152.
- [5] 孙凌, 张桂姿, 崔玉莹, 等. “5S”管理应用于优质护理活动的临床效果观察[J]. 吉林医学, 2013, 34(33): 7014-7015.
- [6] 万国燕, 朱哲, 陈孝燕, 等. 5S 管理联合护理标识法在基层医院

- 推进优质护理管理的运用[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(5): 99-100.
- [7] 宋丽萍, 马静, 王亚军, 等. 标准化疗养护理服务管理模式对持续提升护理质量的实践与效果分析[J]. 护理管理杂志, 2017, 17(6): 418-420.
- [8] 胡银辉. 研究分析优质护理服务示范工程中护理绩效管理的现状及对策[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(47): 326.
- [9] 郑春敏. 消化内科护理管理引入优质护理的整体实施效果评价[J]. 河南医学研究, 2017, 26(6): 354-355.
- [10] 谢君. 现场管理在优质护理服务中的实施及效果评价[J]. 中国社区医师, 2016, 32(23): 160-161.

(收稿日期: 2019-04-30)

(本文编辑: 卜明)

神经内镜下微血管减压术治疗原发性三叉神经痛 210 例临床护理效果分析

张亚梅 郭学伦 孙晰博 曹静

【摘要】 目的 探究原发性三叉神经痛患者在神经内镜下微血管减压术治疗中的相关护理措施以及价值观察。**方法** 选择 2017 年 12 月—2018 年 10 月本院收治的原发性三叉神经痛患者 210 例作为研究对象, 均接受神经内镜下微血管减压术治疗, 简单随机分为对照组和实验组两组, 每组各 105 例。对照组行基础护理干预, 实验组则行综合护理干预, 分析两组护理的结果。**结果** 实验组原发性三叉神经痛患者术后症状即刻缓解率明显高于对照组 ($P < 0.05$); 实验组并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 原发性三叉神经痛患者在神经内镜下微血管减压术中, 接受有效的护理干预, 可有效促进其疾病的治愈, 对其疾病的复发进行控制。

【关键词】 神经内镜下微血管减压术; 原发性三叉神经痛; 护理

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.045

原发性三叉神经痛主要是在中老年人群中出现, 是患者面部三叉神经分布区内, 出现反复发作、短暂性、阵发性的剧痛, 常为单侧出现^[1]。以往为原发性三叉神经痛患者实施外科手术, 其疾病缓解率较低, 且较易复发, 并发症的发生率较高^[2]。随着医疗技术的不断发展, 使得 MVD(微血管减压术)已经是对原发性三叉神经痛治疗的主要方法, 而在内镜下实施手术, 则可更好对手术的安全性和有效性确保^[3]。临床研究证实, 在原发性三叉神经痛患者接受神经内镜下微血管减压术治疗的过程中, 同时配合有效的护理干预, 则可获得更好的效果。本研究主要对原发性三叉神经痛患者在神经内镜下微血管减压术治疗中的相关护理措施以及价值作观察, 现报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料: 选择 2017 年 12 月—2018 年 10 月本院收治的原发性三叉神经痛患者 210 例作为研究对象, 其均接受神经内镜下微血管减压术治疗。患者年龄 37~88 岁, 平均 (66.35±4.30) 岁, 其中男 109 例, 女 101 例。患者均存在三叉神经痛, 主要为左侧三叉神经痛。所有患者均接受过卡马西平等药物治疗, 在其药物治疗的早期, 可获得较好的效果, 而随着

治疗时间的延长, 其效果逐渐降低。术前, 为患者实施头颅 CT 或 MRI 检查, 显示其不存在颅内占位病变。将患者简单随机分为对照组和实验组两组, 每组各 105 例。对比两组患者一般资料, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2. 方法: (1) 手术方法: 给予患者全身麻醉, 协助患者保持侧卧位, 在患者发际乳突内侧作切口 (弧形), 将其硬脑膜打开, 充分引流脑脊液, 在患者的脑压明显降低后, 通过显微镜, 对患者的三叉神经进行探查, 并探查其附近的血管关系, 于神经内镜下, 对责任血管查找, 明确责任血管后, 对神经和血管进行分离处理, 实施 Teflon 减压, 使用神经内镜, 对减压后的效果进行检查, 查看是否产生新责任血管。实施手术的过程中, 严格对患者的岩静脉进行保护, 防止过度牵拉其小脑、三叉神经、面听神经。(2) 护理方法: 对照组行基础护理干预, 即护理人员按照医嘱为患者实施各项护理干预。实验组则行综合护理干预, 具体为: ①术前护理: a: 基础护理: 原发性三叉神经痛患者在入院后, 即对其常规检查完善, 并为其实施影像学检查来将颅内占位病变排除^[4]。若患者存在心血管疾病、高血压、糖尿病等, 则在其病情被控制后, 方可实施手术的治疗。加强患者各项生命体征变化的观察, 若患者存在异常的情况, 则及时进行汇报, 并协同医生进行处理。原发性三叉神经痛所致的疼痛, 会对患者的睡眠和饮食造成影响, 应鼓励患者以易消化、质软、营养丰富的食物为主, 尽量避免辛辣、粗糙

等食物,防止其疼痛加重,并为患者营造舒适、安静的住院环境^[5]。b:疼痛护理:原发性三叉神经痛患者,其疾病疼痛存在反复发作、周期性的特点,且疼痛较为剧烈,可严重对患者的生活质量造成影响。因此,强化其疼痛护理,十分必要。根据患者疼痛的特点、部位和性质,尽量控制其疼痛诱发的因素^[6]。给予患者心理支持,安慰并鼓励患者,使其建立疾病康复的自信心。告知患者疼痛缓解的方法,如局部按摩、听轻音乐等方法,以此促进其疼痛注意力的转移,减轻其疼痛程度,如有必要,可为患者实施镇痛药物干预来对其疼痛控制^[7]。c:术前准备:术前常规禁止进食、进水,在其手术当日进行备皮,对其手术区域以及外耳道实施清洁处理^[8]。嘱咐患者将膀胱排空,陪同患者进入至手术室中。②术后护理:a:基础护理:原发性三叉神经痛患者在手术后,全麻未完全清醒之前,协助其保持去枕平卧位,将其头部偏向一侧,避免其出现呕吐物或分泌物误吸的情况。患者麻醉清醒后,嘱咐患者保持平卧位,不可快速的坐起、翻身。手术中脑脊液引流会使患者的颅内压降低,因此,应防止将患者的头部抬高,避免其颅内压进一步的降低。手术后 5 d,护理人员协助患者进行下床行走,之后逐渐向独立行走过渡。积极对患者面颊部疼痛缓解情况进行询问^[9]。b:病情观察和护理:手术完成后,给予患者氧气吸入以及心电监护干预,密切对其生命体征、瞳孔、意识变化等观察,查看患者眼球是否正常运动、肢体活动的正常情况,并判断其是否存在共济失调的情况,之后记录检查的结果。若患者出现呕吐频繁、剧烈疼痛等情况,则可能是其岩静脉阻断,使得其灌注压突破,从而出现小脑出血的情况,应及时为患者实施头颅 CT 检查,并实施相关的抢救配合干预。定时对患者耳后辅料是否干燥、清洁观察,查看是否存在脑脊液漏或切口出血,及时发现异常并处理。c:生活护理:手术当天,禁止患者进食,手术后第二天,即可进食易消化、营养丰富、清淡等流质食物,之后逐渐向正常饮食过渡。在原发性三叉神经痛患者卧床的过程中,加强其基础护理干预,确保其床单处于舒适以及清洁的状态。嘱咐患者保持大便的通畅,不可用力的排便。d:并发症护理:恶心呕吐、头晕、头痛:原发性三叉神经痛患者在神经内镜下微血管减压术后,较为

常见的并发症为恶心呕吐、头晕、头痛等,其持续时间在 3~7 d 左右,主要是手术中,对患者的前庭神经、小脑造成刺激,其手术后受到血性脑脊液刺激、低颅压等的影响,从而出现以上并发症。在患者出现恶心呕吐、头晕、头痛后,协助保持平卧位,如有必要,可协助其保持头低足高位,若其头痛较为剧烈,则可在医嘱下,为患者实施镇痛药物干预,如吲哚美辛栓肛塞、索密痛片口服等。在患者呕吐时,协助其将头偏向一侧,及时将其呕吐物清除,并对床单、衣物及时的更换,保证其处于清洁的状态,如有必要,可按照医嘱实施甲氧氯普胺等药物用以止吐。若患者呕吐频繁、头痛剧烈,且出现意识改变,则应实施头颅 CT 的复查干预,从而将颅内血肿排除^[10]。脑脊液漏:脑脊液漏可分为切口漏和鼻漏,若其出现鼻漏,则适当抬高头部,确保其鼻腔处于清洁的状态,严禁抠鼻、冲洗和堵塞鼻部,保证情绪处于稳定的状态,嘱咐其不可进行增加颅内压水平的动作。若患者出现脑脊液切口漏,则及时通医生处理,即在无菌条件下,对患者的切口漏口实施缝合处理,并对切口处实施加压包扎干预,实施抗炎干预来对颅内感染进行预防,并协助其将头偏向一侧,保证其漏口处于高位,以此促进漏口的愈合。

3.观察指标:对两组原发性三叉神经痛患者治疗的效果作观察,并分析其并发症的发生情况的差异。

4.统计学处理:使用 SPSS 21.0 统计软件进行数据分析,计数资料以 [n(%)] 表示, $P < 0.05$ 为差异具有统计学有意义。

二、结果

1.两组临床治疗效果比较:实验组原发性三叉神经痛患者术后症状即刻缓解率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。如表 1。

表 1 两组临床治疗效果比较 [n(%)]

组别	术后症状即刻缓解	术后 1 周后症状明显缓解
实验组 (n = 105)	93 (88.57)	12 (11.43)
对照组 (n = 105)	82 (78.10)	23 (21.90)

2.两组并发症去情况比较:实验组并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。如表 2。

表 2 两组并发症情况比较 [n(%)]

组别	脑脊液漏	口唇疱疹	颅内感染	颅内血肿	面部麻木	总计
实验组 (n = 105)	3 (2.86)	2 (1.90)	1 (0.95)	1 (0.95)	3 (2.86)	10 (9.52)
对照组 (n = 105)	6 (5.71)	6 (5.71)	3 (2.86)	3 (2.86)	12 (11.43)	30 (28.57)

讨论 神经内镜下微血管减压术在原发性三叉神经痛患者治疗中应用,可获得较好的效果,但是患者在手术后,较易受到各种因素的影响,而出现相关并发症的情况,因此,加强其围术期的护理干预,十分必要。

本研究显示,接受综合护理干预的实验组原发性三叉神经痛患者,其术后症状即刻缓解率明显高于基础护理干预的对照组;且实验组并发症发生率明显低于对照组。表明综合护理的实施,可减少原发性三叉神经痛患者的并发症发生率,促进其疾病症状更好的缓解。张萍^[10] 等对 80 例三叉神经痛患者微血管减压术中接受有效护理干预研究,仅 1 例患者治疗无效,且患者的并发症发生率较低。本研究结果与其相比,一致性较高,表明本研究具有一定的参考价值。

综上所述,有效护理干预的实施,不仅可确保患者手术的

顺利实施,且可及时对其术后并发症发现和处理,以此促进患者预后的改善。

参 考 文 献

[1] 张程,赵晶.神经内镜下辅助微血管减压术治疗原发性三叉神经痛的配合[J].全科护理,2016,14(11):1141-1142.
 [2] 张忠兰.内镜辅助下 21 例三叉神经微血管减压的手术配合[J].中国保健营养,2016,26(6):229-230.
 [3] 王开玫.原发性三叉神经痛应用神经内镜下微血管减压术治疗的护理效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(10):74-75.
 [4] Kosugi S, Shiotani M, Otsuka Y, et al. Long-term outcomes of percutaneous radiofrequency thermocoagulation of gasserian ganglion for 2nd- and multiple-division trigeminal neuralgia [J]. Pain Pract, 2015, 15(3):223-228.
 [5] 张梅美,王辉.三叉神经痛微血管减压手术患者护理[J].当代护士(上旬刊),2017,25(6):43-44.

- [6] 瓮杰慧, 方艳伟, 李建荣, 等. 三叉神经痛微血管减压术患者的病情观察及护理体会[J]. 河北医科大学学报, 2014, 35(1): 72-75.
- [7] Chen MJ, Zhang WJ, Guo ZL, et al. Withdrawal reaction of carbamazepine after neurovascular decompression for trigeminal neuralgia: A preliminary study[J]. J Neurol Sci, 2014, 338(1-2): 43-45.
- [8] 张萌萌, 王玲. 三叉神经痛患者行显微外科微血管减压术治疗的临床效果及护理配合[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(20): 53-55.
- [9] 陈国丽, 陈爱琴. 1 例三叉神经痛行微血管减压术后脑脊液耳漏并发脑积水的护理[J]. 母婴世界, 2018, 18(11): 249-250.
- [10] 张萍, 周亚梅, 陈淑惠, 等. 微血管减压术治疗三叉神经痛患者的护理要点[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(24): 212-213.

(收稿日期: 2019-05-06)

(本文编辑: 卜明)

人性化护理干预对放射性粒子联合胆道支架治疗肝门部胆管癌患者并发症的影响效果分析

袁莎莎

【摘要】 目的 对放射性粒子联合胆道支架治疗肝门部胆管癌患者实施人性化护理干预模式, 通过观察并发症情况, 探索最佳护理措施, 裨益临床。方法 选择 2016 年 8 月—2018 年 8 月本院收治的 100 例行放射性粒子联合胆道支架治疗肝门部胆管癌患者作为研究对象, 按照随机数表法将所有患者分为观察组和对照组两组, 每组各 50 例。观察组予以人性化护理干预, 对照组予以常规护理。术后观察两组患者并发症情况, 以及护理前后不良情绪变化。结果 观察组发生术后并发症 10 例(20.00%), 对照组发生 22 例(44.00%), 观察组术后并发症降低明显, 两组比较, 差异具统计学意义($P < 0.05$)。护理前, 两组患者的不良情绪变化水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 护理后, 与对照组比较, 观察组的 SAS 评分为(41.05±5.66)分, SDS 评分为(42.01±5.76)分, 均降低明显, 差异具统计学意义($P < 0.05$)。结论 人性化护理干预可降低放射性粒子联合胆道支架治疗肝门部胆管癌患者并发症发生, 改善患者的抑郁以及焦虑不良情绪发生。

【关键词】 肝门部胆管癌; 护理干预; 人性化护理; 介入治疗

[中图分类号] R473 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.046

肝门部胆管癌属于常见恶性肿瘤之一, 在胆管癌中发生率约占 60%~70%^[1], 其预后较差, 给患者及其家庭带来较大的心理及经济负担, 随着医疗技术的不断更新, 多种介入手段的综合治疗已成为治疗本病的趋势, 且已有研究证实: 经皮肝胆管引流及金属内支架置入术联合 CT 引导下 125I 放射性粒子植入术治疗肝门部胆管癌, 可明显延长患者的生存期^[2], 但是由于胆道处理较为复杂, 术后并发症发生率较高, 从而在一定程度上增加死亡风险^[3]。本科室护理人员在总结临床护理经验的基础上, 查阅知网文献, 将人性化护理干预应用于放射性粒子联合胆道支架治疗肝门部胆管癌患者之中, 通过观察其对并发症以及生活质量的影响效果, 探索最佳护理措施, 裨益临床实践。

一、资料与方法

1. 一般资料: 选择 2016 年 8 月—2018 年 8 月本院收治的 100 例行放射性粒子联合胆道支架治疗肝门部胆管癌患者作为研究对象, 按照随机数表法将所有患者分为观察组和对照组两组, 每组各 50 例。纳入标准: (1) 年龄 18~75 岁; (2) 符合“肝门部胆管癌”诊断标准, 且择期行放射性粒子联合胆道支架治疗者。排除标准: (1) 有其他诸如心肺疾病及肺部感染者等严重躯体及精神疾病患者; (2) 患者及家属拒绝治疗和(或)护理方案者; (3) 不符合手术指征者; (4) 妊娠及哺乳期

妇女; (5) 病例资料不完整者。观察组中男 32 例, 女 18 例; 年龄 45~71 岁, 平均(59.2±3.6)岁; 病程 8~17 个月, 平均(11.2±1.0)个月。对照组中男 30 例, 女 20 例; 年龄 47~75 岁, 平均(59.5±4.1)岁; 病程 8~19 个月, 平均(11.7±1.4)个月。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2. 治疗措施: (1) 对照组: 予以常规护理措施。主要包括术前对于患者行常规检查, 主要包括血、尿、便常规、凝血功能、肝肾功能、心电图等。做好碘过敏试验, 做好术前准备工作, 术后 6 h 禁饮食, 而后饮食避免刺激性食物, 以易消化的低脂流质饮食为主, 24 h 后可进食高蛋白、高热量、高维生素食物^[4]。关注患者的腹部体征变化, 记录大小便情况, 尤其是颜色变化。同时, 对于金属内支架置入术后常规护理主要为将引流管外口固定于皮肤, 以防止引流管由于患者活动而被拖出。常规消毒后外接引流袋, 术后 1 周内以庆大霉素冲洗引流管, 2 次/d, 以预防胆道逆行性感染, 根据引流液颜色, 更换冲洗频率, 若转为青黄色, 1 次/d, 冲洗过程中记录引流液的颜色及性状变化情况; 放射性粒子植入术后常规护理则多侧重患者的疼痛护理, 根据情况遵医嘱予以止痛、镇静药物; 同时患者多出现肠道症状如腹胀、腹痛、腹泻, 可予以米乐松 3 天可有效减轻组织水肿。(2) 观察组: 在常规护理基础上, 予以人性化护理干预模式^[5-6], 具体为: ①术前心理干预: 由于患者罹患恶性肿瘤, 对于疾病的治疗丧失信心, 护理人员