

神经外科 ICU 患者身体约束分级管理方案的构建及应用

杨平玉, 朱雯雯, 杨 扬, 魏银丽, 严红燕*
南通市第一人民医院, 江苏 南通 226000

【摘要】目的 探讨神经外科 ICU 患者身体约束分级管理方案的构建, 同时分析身体约束分级管理方案的具体应用效果。**方法** 本次研究中, 首先需通过查询文献资料、结合我院神经外科 ICU 具体情况构建神经外科 ICU 患者身体约束分级管理方案; 其次, 在本次研究中, 于神经外科 ICU 中选取研究对象 120 例, 均为 2020 年 1 月至 2022 年 5 月期间收治, 同时为达成研究目的, 将患者分为两个小组, 即对照组、观察组, 分组方法为“便利抽样法”, 对照组实施常规约束护理, 观察组使用身体约束分级管理方案, 并比较两种不同约束护理模式下的应用效果。**结果** 对两组患者的护理情况进行了调查统计, 结果显示, 使用身体约束分级管理方案的观察组, 身体约束率、约束强度、并发症发生率等指标均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 且观察组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 根据神经外科 ICU 护理的基本情况构建身体约束分级管理方案, 有助于降低对患者的约束强度、约束率和并发症风险, 提高护理满意度。

【关键词】 神经外科; ICU; 身体约束; 分级管理

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A

神经外科 ICU 患者情况复杂, 往往已经出现神经功能损伤, 可能在临床治疗期间出现生命安全上的威胁, 此类患者因神经功能损伤, 容易引起并发症风险, 如常见躁动、谵妄、意识障碍等, 并且神经外科 ICU 患者治疗期间需要多种置管, 一旦出现以上并发症情况, 很容易引起非计划性拔管, 因此一般需对患者实施身体约束管理。据统计数据显示, 神经外科 ICU 患者的身体约束率为 19.7%~74.6%, 但随着身体约束率的提升, 其中也出现了许多问题, 如约束规范性、合理性及有效性, 而且身体约束措施的使用下也会在一定程度上影响护患关系, 因此如何提升身体约束的合理性、规范性已成为需重点考虑的问题^[1]。立足神经外科 ICU 护理的实际情况看, 构建身体约束分级管理方案非常必要, 对解决其中约束不科学、不合理的问题有重要帮助。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验实施中, 共计选取 120 例研究对

象, 患有不同类型神经外科疾病, 于 2020 年 1 月至 2022 年 5 月期间在我院神经外科 ICU 中接受治疗。同时本次研究的实施以对照实验形式进行, 将患者随机分为对照组、观察组, 每组 60 例。对照组男 37 例, 女 23 例, 年龄 33~76 岁, 平均年龄 (59.5 ± 7.6) 岁; 观察组男 32 例和女 28 例, 年龄 29~76 岁, 平均年龄 (60.6 ± 7.7) 岁, 两组研究对象的一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。伦理委员会对本次研究审查通过, 伦理编号: 2021KT132。

纳入条件: ①患者符合神经外科 ICU 住院条件; ②患者年龄 ≥ 18 岁; ③ ICU 入住时间不足 24h; ④家属知情, 同意对患者使用身体约束。

排除条件: ①患者存在精神病史; ②家属拒绝采取身体约束措施; ③患者出现谵妄。

1.2 方法

1.2.1 对照组

将于对照组中实施常规身体约束护理措施, 对于谵妄、思维紊乱等风险较高的患者可采取身体约束。具体实施时, 需遵循“身体约束规范”, 合理

基金项目: 南通市卫健委课题 (课题名称: 基于“EXBELT”+“决策轮”干预手段构建神经外科患者系统性约束管理方案的应用研究, 课题编号: QB2021004)

通信作者: 严红燕, E-mail: 415787079@qq.com

选择约束带,如对于能够抬起肢体的患者需要给予约束,一般可对其使用腕部或手套式约束带;对于能够抬起胸部并可对抗阻力的患者可在腕部或手套式约束带基础上使用胸部约束带。

1.2.2 观察组

1.2.2.1 成立团队,制订方案

为确保身体约束分级管理方案的顺利构建,将围绕“构建身体约束分级管理方案”为目的成立专门的研究团队,其中需包括神经外科ICU临床护士、主管护师、主任护师,由护士长担任团队管理者,负责统筹管理整个团队;团队需查找“身体约束分级管理”相关的文献资料、专家意见,同时回顾性分析患者临床资料及约束措施,总结分析常规身体约束护理中的不足,并制订身体约束分级管理方案。

身体约束分级管理方案的具体制订过程中,需从以下几个方面开展工作。①活动水平评估:对患者身体约束分级管理的实施首先需要评估患者活动水平,从文献资料的总结分析后选择 RASS 评分,即 Richmond 躁动-镇静量表。RASS 评分中,如若患者处于平静状态可评定为 0 分,分值越高表明其躁动情况越严重;同时,在 -5~-1 分时,患者处于不清醒状态^[2-3]。②意识水平评估:可选择 GCS 评分,即格拉斯哥昏迷量表评估患者意识状态,分值越低表示患者意识障碍越严重。具体可分为意识清醒、轻度意识障碍、中度意识障碍和重度意识障碍,所对应的 GCS 评分分别为 15 分、12~14 分、9~11 分、3~8 分。③治疗设施分类:本次研究中对于治疗设施的分类包括 2 类,根据是否威胁神经外科 ICU 患者生命为分类条件。对于常用的敷料、导尿管、引流管、氧气面罩等均属于非威胁生命的治疗设施,即“Ⅰ类”;对于腰池引流管、血肿腔引流管、中心静脉导管等属于威胁患者生命的设施,被分配为“Ⅱ类”。④上肢肌力水平评估:根据文献资料筛查,选择 MMT 即徒手肌力检查量表评估患者上肢肌力水平,如若患者肢体能够离床可对应 MMT 量表 3~5 级,肢体不能离床则为 0~1 级,同时伴有轻微肌肉收缩。⑤约束等级分级:本次身体约束分级管理方案中,将约束强度分为 0 级、1 级、2 级和 3 级。0 级时无需采取约束措施;1 级时需要限制患者指关节活动;2 级时需要将患者的肢体固定于床档以上;对于 3 级患者,需要对其躯干、肢体使用约束措施。

1.2.2.2 培训与质量控制

完成对身体约束分级管理方案的构建后,需成立专门负责身体约束分级管理方案的培训小组,组织神经外科 ICU 护理人员集中学习,尤其要进行思想政治教育,使护士明确实施身体约束分级管理方案的重要性、必要性,并优化改进身体约束护理的规范性,了解各约束等级的护理要点^[4-6]。

对于“无需约束”,虽然无需对患者实施约束措施,但依然需动态监测患者情况,给予镇痛、镇静治疗,降低不良刺激,同时还继续评估后续是否有约束必要;“1 级约束”下,需对患者进行上肢约束,可采用手套约束,可防范抓挠敷料、导管,同时不会影响患者的屈指活动;“2 级约束”下,可重点对患者腕部、踝部给予约束,可采用腕式约束带,固定于床上;“3 级约束”下,对患者严格约束肢体、躯干,可选用肩部约束带和腕部约束带于两侧腋下、腰间、大腿等位置进行固定,严格限制肢体和躯干活动^[7-8]。

1.3 观察指标

统计比较两组患者的身体约束率、约束强度、并发症发生率(包括谵妄、非计划性拔管、皮肤异常、坠床等)以及患者和家属的满意度,用于评估不同约束护理模式下的约束效果。

进行家属满意度调查时,可向患者家属发放满意度调查问卷,评估约束强度、护理服务、专业性等几个方面,最高分值 100 分,具体分为满意、基本满意、不满意三个标准,对应的满意度分值范围分别为 > 85 分、60~85 分、< 60 分。

1.4 统计学处理

应用统计学软件 SPSS 21.0 对本研究数据进行分析,计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;以 $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 约束情况分析

经研究数据显示,观察组的身体约束率、约束强度明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 并发症发生情况

在对两组患者的并发症发生情况进行统计后确认观察组、对照组分别为 5.00%、21.67%,比较可见观察组并发症发生率显著低于对照组,差异有统

计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 满意度分析

观察组 ($n=60$), 满意 58 例、不满意 2 例, 满意度为 96.67% (58/60); 对照组 ($n=60$), 满意

54 例、不满意 6 例、满意度为 90.00% (54/60)。观察组患者及家属对约束措施的满意度显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=8.135, P < 0.05$)。

表 1 约束情况比较 [n (%)]

组别	例数	身体约束率	约束强度		
			1	2	3
观察组	60	19 (31.67)	7 (36.84)	12 (63.16)	0 (0.00)
对照组	60	37 (61.67)	0 (0.00)	33 (89.19)	4 (10.81)
χ^2		10.714	7.414	15.939	5.287
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 并发症发生率比较 [n (%)]

组别	例数	谵妄	非计划性拔管	皮肤异常	坠床	发生率
观察组	60	2 (3.33)	0 (0.00)	1 (1.67)	0 (0.00)	3 (5.00)
对照组	60	9 (15.00)	1 (1.67)	2 (3.33)	1 (1.67)	13 (21.67)
χ^2						12.869
P						< 0.05

3 讨论

神经外科 ICU 护理中, 对患者的身体约束率在逐渐上升, 通过对患者实施身体约束, 有助于降低护理风险事件发生率, 提高患者护理安全性。据本次研究分析可见, 神经外科 ICU 中的常规身体约束护理模式缺乏合理性、有效性, 反而具有一定的盲目性和片面性, 极有可能出现过度约束。从常规身体约束护理模式的实际情况分析可见, 其中并未能够对患者进行全面、综合的评估分析, 这是导致过度约束的主要原因。

本次研究中, 探析了构建身体约束分级管理方案在神经外科 ICU 护理中的应用情况看, 使用身体约束分级管理方案的观察组患者, 身体约束率 31.67%, 显著低于对照组 61.67% ($P < 0.05$)。相比常规身体约束护理模式, 身体约束分级管理方案在科学性、规范性上更胜一筹。首先, 从评估方式分析可见, 常规身体约束护理下仅仅通过评估患者的肢体肌力确认约束等级, 评估方式相对较为单一。在身体约束分级管理方案中, 需评估患者活动水平、意识水平、治疗设施类型、上肢肌力水平等多个方面, 相对更加严谨、全面, 且每一评估内容

均选用了比较简单、易操作的评估方法, 因此在科学性上明显优于常规身体约束护理模式。与此同时, 本次身体约束分级管理方案的实施中, 严格遵循了《住院患者身体约束护理》中的规定的身体约束护理标准, 因此在规范性上也有显著提升^[9]。

在身体约束分级管理方案中, 通过提升其整体科学性、规范性, 将能够在提高护理质量的同时最大限度地降低对患者身体的损害, 可以说真正优化了护理结局, 如结果中表 2 所见, 观察组、对照组并发症发生率分别为 5.00%、21.67%, 观察组并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 并且从身体约束分级管理方案中对于患者身体约束等级的评估上可以看出其中具有较强的合理性、科学性特点, 如结果中表 1 所示, 观察组的 19 例被约束患者中, 36.84% 为 1 级, 63.16% 为 2 级, 对照组中 89.19% 为 2 级, 10.81% 为 3 级, 可以看出常规约束护理模式在约束等级的评估上比较牵强, 但身体约束分级管理方案的实施中更加有弹性化特点, 能够真正立足于患者具体情况评估约束等级, 这对提高约束护理效果、减少过度约束发生有重要作用^[10]。

身体约束是神经外科 ICU 护理中很重要的护

理措施,对降低护理风险事件有重要帮助。随着时代的发展,常规身体约束护理模式已经不再适用,对本次研究中通过组建研究团队构建了身体约束分级管理方案,其中需要对患者进行活动水平、意识水平、治疗设施类型、上肢肌力等多个方面进行评估,很大程度地提高了身体约束分级管理方案的规范性与科学性。

综上所述,立足神经外科ICU护理构建身体约束分级管理方案可减少过度约束,提高约束护理质量。

参考文献

- [1] 王军,纪媛媛,李艳菲,等.基于约束决策轮的约束评估对神经外科ICU病人的影响[J].护理研究,2021,35(10):1799-1802.
- [2] 张萍,刘丽萍,杨倩,等.气管插管患者非计划拔管风险与防范研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(78):63-65.
- [3] 杨中善,许妮娜,詹昱新,等.住院患者规范化身体约束管理最佳证据总结[J].护理学报,2019,26(4):31-36.
- [4] 李芳家,闵丽华,任正华.ICU患者谵妄评估约束分级方案在神经外科意识障碍患者中的应用[J].实用医院临床杂志,2019,16(6):163-165.
- [5] 陈晓艳.神经内外科重症监护病房患者身体约束使用的现状及特征的调查分析[J].现代临床护理,2019,18(9):22-26.
- [6] 程念开,朱万芳.规范ICU患者身体约束管理实践[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(36):160,165.
- [7] 张会锦,侯春怡,黄小群,等.ICU患者身体约束相关影响因素分析[J].齐鲁护理杂志,2018,24(22):52-54.
- [8] 余明迪,张静萍,周谊霞.危重患者规范性身体约束评分量表的研制与信效度检验[J].中国医药导报,2018,15(16):158-161.
- [9] 许妮娜,杨中善,詹昱新,等.神经外科身体约束管理的系统评价[J].中国临床神经外科杂志,2020,25(2):113-117.
- [10] 宋秀婵,徐红,萧佩多,等.约束决策轮及等级在重症监护室危重症意识障碍患者中的应用[J].现代临床护理,2015,14(10):33-36.

(接第81页)

参考文献

- [1] 王通,宋金涛,闫天生,等.电视胸腔镜辅助肋骨接骨板治疗多发肋骨骨折合并血气胸[J].中国微创外科杂志,2016,16(3):245-248,278.
- [2] 张爱娟,林立宇,胡扬.临床护理对肋骨骨折合并血气胸伴高血压患者术后的重要作用分析[J].心血管病防治知识,2019,9(33):79-81.
- [3] 史鑫.综合护理在肋骨骨折合并血气胸引流术中的应用效果[J].实用临床护理学杂志,2018,3(46):110,120.
- [4] 任占良,张卫锋,韩英杰,等.单孔胸腔镜联合内固定术治疗多发肋骨骨折并血气胸的临床疗效[J].中国临床医学,2020,27(1):91-94.
- [5] 黄冬丽,林丽玲.临床护理对肋骨骨折合并血气胸伴高血压患者术后效果的观察[J].心血管病防治知识,2021,11(33):49-51.

(接第84页)

- [8] 邱清艳,杜薇,牟英,等.医院-社区-家庭一体化心脏康复模式改善射血分数保留型心力衰竭患者心肺功能的研究[J].实用医院临床杂志,2022,19(1):81-85.
- [9] 吴昕.运动康复护理对老年慢性心力衰竭患者NYHA心功能分级及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2019(8):1106-1108.
- [10] 陈姝锦,闫海艳.自我效能干预联合运动康复护理对慢性心力衰竭患者心功能、心理状态及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(18):3411-3415.