

早期体位管理方案在重型颅脑损伤患者中的应用

甘瑞峰 杨越 王静

解放军第九五一医院 新疆 841000

【摘要】：目的：分析早期体位管理方案在重型颅脑损伤患者中的应用效果。方法：选择医院 2025 年 1 月~2025 年 12 月 60 例重型颅脑损伤患者，采用随机数字表分组法，将患者分为对照组、研究组，每组各 30 例。对照组采用常规护理，研究组在对照组基础上加用早期体位管理方案，观察两组护理效果。结果：干预前两组颅内压、GCS 评分比较 ($P>0.05$)；干预后两组颅内压较干预前降低，GCS 评分较干预前升高 ($P<0.05$)，研究组颅内压低于对照组，GCS 评分高于对照组 ($P<0.05$)；研究组并发症发生率 10.00% 低于对照组 43.33% ($P<0.05$)；研究组护理满意度 93.33% 高于对照组 70.00% ($P<0.05$)。结论：重型颅脑损伤患者在护理过程中实施早期体位管理方案，有助于稳定患者颅内压，改善患者意识状态，降低卧床相关并发症，患者护理满意度较高，临床可行性较好，建议实施推广。

【关键词】：早期体位管理方案；重型颅脑损伤；护理效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.026

重型颅脑损伤多由交通事故、暴力撞击、高处坠落等外力导致，患者伤后伴有颅内血肿、脑水肿、颅内压增高、意识障碍，病情危重且变化迅速，致残率、致死率均长期处于较高水平^[1]。该类型患者需长期卧床休养，不当体位极易造成颅内淤血加重，导致颅内压升高，诱发压力性损伤及肺部感染和下肢静脉血栓等并发症。针对临床护理体位摆放并非常规卧床制动。规范化、科学化体位管理可促进脑部静脉回流、改善脑水肿，维持脑内血流动力学稳定^[2]。既往常规护理对体位管理标准化不足，存在随意性，无法有效改善颅内压，早期体位管理方案作为临床重要护理组成，以损伤急性期为干预起点，为患者制定个体化分层、定时的体位转换标准，规范患者肢体摆放、床头角度、翻身流程，用以促进患者病情改善^[3]。为此，研究选取 60 例符合病例，对早期体位管理的可行性价值进行分析，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择医院 2025 年 1 月~2025 年 12 月 60 例重型颅脑损伤患者，采用随机数字表分组法，将患者分为对照组、研究组，每组各 30 例。对照组男 19 例，女 11 例；年龄 21~72 岁，平均 (47.36 ± 9.25) 岁；致伤原因：交通事故 17 例，高处坠落 8 例，外力击伤 5 例；入院 GCS 评分 (5.12 ± 1.06) 分。研究组男 17 例，女 13 例；年龄 19~74 岁，平均 (46.89 ± 9.41) 岁；致伤原因：交通事故 16 例，高处坠落 9 例，外力击伤 5 例；入院 GCS 评分 (5.08 ± 1.12) 分。两组资料比较 $P>0.05$ ，不违背医学伦理，参与者知情。

纳入标准：经头颅 CT 及 MRI 检查确诊重型颅脑损伤；入院时间不超过 24 小时；年龄范围 18~75 岁。

排除标准：存在多发骨折，胸腹腔脏器损伤严重；颅内肿瘤，慢性颅脑疾病及既往卒中史；入院脑死亡；严重凝血功能

障碍。

1.2 方法

对照组予以常规护理，患者治疗过程中密切监测患者各项生理指标变化，包括血氧饱和度、心率、血压、意识、瞳孔等；为患者建立静脉通路，结合医嘱予以患者营养神经、降颅内压、预防感染等药物应用；结合患者实际情况予以吸痰处理，确保呼吸道通畅。若患者存在机械通气治疗，需做好气道护理工作；定时辅助患者翻身，但未制定统一的翻身标准；体位摆放依赖护理人员自身经验；日常做好患者口腔、皮肤、尿管等护理工作，结合实际情况予以患者健康指导。

研究组在对照组护理的同时增加早期体位管理方案，该方案在患者入院后，生命体征稳定后开启。

(1) 无禁忌证患者，体位基础标准为床头抬高 $15^{\circ}\sim30^{\circ}$ ，确保头部中立正中位，以免颈部出现扭曲、受压等情况，以此保障静脉回流。避免头部过低、单侧偏转过度的情况。若患者颅内压增高且存在休克及血流动力学不稳定，需避免平卧位，确保生命体征稳定后将床头抬高。

(2) 标准化体位轮换过程，为患者制定体位 $20^{\circ}\sim30^{\circ}$ ，每天累计维持时间超过 8 小时，有利于改善通气，降低颅内，保持双肩向前，患侧上肢外展，下肢用软枕垫着，避免内收内旋；平卧位只作为过渡体位姿势，单次维持时间需低于 2 小时，避免长时间单一姿势卧位。

(3) 翻身规范操作，患者翻身过程中需有 2 名人员同步完成，利用轴式翻身确保头颈、躯干同时转动，避免由于头颈扭转造成颅内压波动。患者翻身过程中需保证动作轻柔，不可生拉硬拽，完成体位调整 3~5 分钟后对患者颅内压进行监测，若出现指标升高，需及时进行体位调整。

(4) 个体化护理，予以患者颅内压持续监测，若指标超过 20mmHg，需将床头角度下调；若患者存在肺部感染可辅助

患者延长半卧位时间；若患者肢体活动障碍，可利用软枕及防压垫做好肢体支撑工作，确保功能位。

两组患者均干预两周。

1.3 观察指标

①颅内压：分别在干预前及干预两周后统计患者颅内压数值计算平均值。

②意识状态：利用采用 GCS 格拉斯哥昏迷量表评估，该量表分值 3~15 分，分数越低，提示患者意识状态越差。

③并发症：统计患者在干预过程中并发症发生情况，包括肺部感染，压力性损伤，下肢静脉血栓。

④护理满意度：患者病情稳定，出院前利用院内自治护理满意度问卷进行评估，满分 100 分。 ≥ 90 分，70~89 分，0~70 分分别代表非常满意、满意、不满意，统计非常满意、满意例数和占比。

1.4 统计学方法

SPSS25.0 软件。计量资料表示 ($\bar{x} \pm s$)，检验 t；计数资料表示 (n, %)，检验 χ^2 ；资料比较， $P < 0.05$ 有意义。

2 结果

2.1 颅内压、GCS 评分比较

干预前两组颅内压、GCS 评分比较 ($P > 0.05$)；干预后两组颅内压较干预前降低，GCS 评分较干预前升高 ($P < 0.05$)，研究组颅内压低于对照组，GCS 评分高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 颅内压、GCS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		对照组	研究组	t	P
例数		30	30	-	-
颅内压(mmHg)	干预前	26.41±3.28	26.27±3.35	0.164	0.871
	干预后	21.75±2.93	17.33±2.61	6.170	0.000
GCS 评分(分)	干预前	5.12±1.06	5.08±1.12	0.142	0.888
	干预后	7.46±1.31	9.23±1.45	4.961	0.000

2.2 并发症发生率比较

研究组并发症发生率 10.00% 低于对照组 43.33% ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 并发症发生率比较 (%)

组别	对照组	研究组	χ^2	P
例数	30	30	-	-
肺部感染	6(20.00)	2(6.67)	-	-

压力性损伤	4(13.33)	1(3.33)	-	-
下肢静脉血栓	3(10.00)	0(0.00)	-	-
总发生率	13(43.33)	3(10.00)	8.523	0.004

2.3 护理满意度比较

研究组护理满意度 93.33% 高于对照组 70.00% ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 护理满意度比较 (%)

组别	对照组	研究组	χ^2	P
例数	30	30	-	-
非常满意	11(36.67)	18(60.00)	-	-
满意	10(33.33)	10(33.33)	-	-
不满意	9(30.00)	2(6.67)	-	-
总满意度	21(70.00)	28(93.33)	5.455	0.020

3 讨论

重型颅脑损伤急性期患者核心以改变为颅内压增高及脑水肿，颅内压持续上升，极易造成脑组织缺血缺氧，加重继发性脑损伤，增加患者死亡及神经功能缺损程度。卧床体位对患者颈静脉回流、颅内动力学、胸腔压力均存在直接影响。常规护理缺乏体位标准化及规范化管理，护理人员结合自身经验进行体位摆放，极易造成患者头颈部扭曲。此外，床头角度不合理，长期处于卧位等情况极易造成颅内压波动，使患者各类卧床并发症发生率大幅度提高。早期体位管理方案属于重型患者临床护理的重要组成，该方案强调在患者病情稳定早期提供规范化体位指导，用以促进患者病情恢复及改善。

此次研究结果显示，干预前两组颅内压、GCS 评分比较 ($P > 0.05$)；干预后两组颅内压较干预前降低，GCS 评分较干预前升高 ($P < 0.05$)，研究组颅内压低于对照组，GCS 评分高于对照组 ($P < 0.05$)，证实早期体位管理方案对改善重型颅脑损伤患者颅内压及意识状态具有积极作用。分析原因，在体位规范化管理过程中，为患者设定统一床头抬高角度、轴式翻身操作周期，使患者头部维持中立位，以此加快颈静脉回流，可促进颅内瘀血快速吸收，防止脑水肿发生，使患者颅内压平稳，避免继发性脑损害的情况出现^[4]。由于重型颅脑损伤患者病情严重，患者多处于昏迷、吞咽反射、咳嗽无力等情况，导致气道内分泌物堆积，易造成肺部感染。持续受压极易导致压力性损伤发生；肢体活动障碍及血流缓慢，极易造成下肢深静脉血栓的发生；利用早期体位管理方案，可通过定时辅助患者体位姿势变化，延长半卧位维持时间，可促进痰液引流，避免坠积性肺炎的出现。与此同时，科学使用软枕支撑，将骨突部位

压力逐渐分散,可减少局部受压时间,辅助患者保持功能定时进行体位更换,有助于加快下肢血液循环^[5]。此次研究发现研究组并发症发生率 10.00% 低于对照组 43.33% ($P < 0.05$),该结果与上述理论具有一致性,证实早期体位管理有助于减少重型颅脑损伤患者卧床相关不良事件发生。

基于护理满意度方面分析,早期体位管理在制定过程中具有标准化特征,实施具有操作流程统一性,可避免由于护理行为随意造成护理不良情况发生,患者病情控制平稳,家属心理负担降低,整体护理服务质量较高。本次研究发现,研究组护理满意度 93.33% 高于对照组 70.00% ($P < 0.05$),这一结果证实早期体位管理方案实施有助于提升患者满意度。但实际护理操作过程中,体位管理针对休克、颅内活动性出血或严重颅底

骨折患者需结合颅内压、生命体征监测结果实施个性化调整,不能完全执行相同标准,患者翻身前后需严密监测颅内压、意识、瞳孔状态,若出现病情波动,应动态调整救治方案。本次研究存在局限,主要体现在单中心、小样本量、短期随访,导致研究结果外推性受到影响,需要在今后的临床研究中不断完善优化,进一步验证早期体位管理在颅脑损伤患者疾病治疗中的可行性,为今后同病例护理方案的制定提供循证支持。

综上所述,重型颅脑损伤患者实施早期体位管理方案可有效控制颅内压增高,促进患者意识恢复,防止患者并发症发生,且临床满意度较好,对患者病情急性期控制有重要作用,建议临床推广。

参考文献:

- [1] 颜叶,郑鹏,赵莉莉,等.流程管理理念指导的院前急救干预在重型颅脑损伤中的应用[J].中华神经外科疾病研究杂志,2026,20(2):106-111.
- [2] 刘小娟,焦丽艳,付继京,等.基于 FMEA 模型的预防性管理在重型颅脑损伤患者术后肺部感染中的应用[J].河北医药,2023,45(19):2937-2940.
- [3] 陈丹,张敏瑞,叶玉勤,等.根因分析法下护士主导的营养支持干预方案在重型颅脑损伤患者中的应用[J].护士进修杂志,2024,39(19):2048-2054.
- [4] 孟晓冰,陈云霞,陈梦琳,等.多学科团队合作下肠内营养管理在重型颅脑损伤患者中的应用[J].中华神经外科疾病研究杂志,2025,19(6):135-139.
- [5] 梁锐,张国锋,曹志.快速康复外科理念在重型颅脑损伤患者气道管理中的运用研究[J].现代诊断与治疗,2023,34(6):922-925.