

## 综合护理在颅内动脉瘤患者行介入栓塞术中的应用研究

蒙彩艳<sup>1</sup>, 黄曲云<sup>2</sup>

(1. 广西百色市人民医院, 右江民族医学院附属西南医院神经外科, 广西 百色 533000

E-mail: aixiangxiang8@sina.com;

2. 右江民族医学院附属医院神经外科二病区, 广西 百色 533000)

**摘要:** **目的** 探讨综合护理干预在颅内动脉瘤患者行介入栓塞术中的应用效果。**方法** 将住院患者随机分为观察组和对照组, 对照组实施常规护理干预, 观察组实施心理、疼痛等针对性综合护理干预, 比较两组护理干预效果, 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评定患者的心理状态, 以患者疼痛视觉模拟评分(VAS)评定患者的头痛状态, 采用简明健康调查问卷(SF-36)评定患者的生活质量。**结果** 观察组与对照组相比, 综合护理前 VAS 评分、SAS 评分、SDS 评分、SF-36 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。与对照组相比, 经综合护理后观察组患者 VAS 评分、SAS 评分、SDS 评分、SF-36 评分均明显优于常规护理干预后对照组, 并发症少于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$  或  $P < 0.001$ )。**结论** 对颅内动脉瘤患者行介入栓塞术实施综合护理干预, 可减轻病人的临床症状, 降低并发症, 改善生存质量。

**关键词:** 颅内动脉瘤介入栓塞术; 综合护理干预; 生存质量

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2017)04-0335-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2017.04.029

颅内动脉瘤系局部血管异常改变而导致脑血管瘤状膨出, 瘤破裂病死率、致残率高<sup>[1-2]</sup>, 介入栓塞术以其创伤小、疗效佳等优点为最佳治疗方案, 但剧烈头痛会影响患者的情绪、降低生活质量、制约手术疗效, 且易诱发动脉瘤再次破裂出血, 其死亡率为 45%~75%<sup>[2]</sup>。患者对手术缺乏认识, 担心手术费用昂贵, 以及承受动脉瘤体可能随时破裂的心理压力等因素, 使患者均有不同程度的焦虑、抑郁情绪, 影响预后。为此, 我院针对患者的心理特点、临床症状、破裂出血的诱因等对患者进行系统的综合护理, 取得了较好的效果, 现报道如下:

### 1 对象与方法

1.1 研究对象 选择 2014 年 6 月—2017 年 6 月入住我院神经外科行介入栓塞术的颅内动脉瘤患者 200 例。纳入标准: ①明确诊断为颅内动脉瘤; 意识清楚, 能独立描述头痛; Hunt-Hess 分级  $\leq 3$  级; 听力无障碍, 有疼痛、焦虑、抑郁。②行介入栓塞术。③有基本读写能力。④家属患者知情同意。排除标准: 伴有高血压, 存在脑功能障碍。按入院先后顺序将其分成观察组和对照组。观察组 100 例, 其中男性 64 例, 女性 36 例; 年龄 32~77 岁, 平均(54.50±11.20)岁; 其中前脑交通动脉瘤 48 例, 后脑交通动脉瘤 29 例, 大脑中动脉瘤 12 例, 大脑前动脉瘤 11 例。对照组 100 例, 其中男性 67 例, 女性 33 例; 年龄 31~75 岁, 平均(52.70

±10.20)岁; 其中前脑交通动脉瘤 45 例, 后脑交通动脉瘤 27 例, 大脑中动脉瘤 12 例, 大脑前动脉瘤 16 例。两组患者年龄、性别、动脉瘤类型等比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 研究方法

1.2.1 治疗方法 本次治疗中, 对无法配合治疗的患者选择全身麻醉, 其余选择局部麻醉, 术中患者全身肝素化, 在股动脉处置入引导管, 以 3D-DSA 技术了解动脉瘤的位置、大小、宽度等详细信息, 选择合适的弹簧圈将瘤腔致密填塞。

### 1.2.2 护理干预

1.2.2.1 对照组 常规护理干预: 核对患者信息, 遵医嘱给予药物及术前准备、解答患者及其家属的疑问等。

1.2.2.2 观察组 采用综合护理干预方法: 干预时间从患者入院当天开始至出院当天结束。根据患者的接受水平、干预效果确定干预次数, 每位患者至少进行 4 次, 分别是入院时、介入治疗前后、出院前, 根据其实际情况增加干预次数及时间; 每次 30 min。观察组在常规护理的基础上进行以下干预: (1)疼痛护理: 解释疼痛的发生机制、持续时间与诱发因素等, 动态评估患者疼痛的性质、程度及对头痛的认知。积极处理头痛, 疼痛缓解期指导病人行为疗法。给予心理、家庭、社会支持等缓解患者的头痛症状。(2)心理护理: ①评估患者

的心境<sup>[3]</sup>。患者入院后24 h内进行简单的心境问卷调查,内容为是否对疾病的康复、治疗有信心、疾病对工作及家庭状况的影响等心理感受。找出心理存在的问题,及时给予疏导。

②音乐放松疗法:音乐对焦虑有较好的改善作用<sup>[4]</sup>。本研究采用音乐配合深呼吸对患者进行干预,选择患者喜爱的乐曲伴随下行深呼吸,有效缓解患者的焦虑抑郁情绪。

③认知干预:不良情绪乃不良认知造成<sup>[5]</sup>。引导患者阐述对疾病、手术的看法等,找出认知与焦虑、抑郁的关系;以交谈、分析的形式,帮助患者发现自身认知与现况的差距,减轻患者焦虑、抑郁。

④医护联合查房,保证医护对病情掌握无偏差,能避免患者产生疑虑与胡乱琢磨而加重焦虑、抑郁。

⑤行为干预:针对患者的具体情况,讲解如何控制对症状的反应。如肌肉放松练习、转移注意力,意念想象等。

(3)再出血护理:颅内动脉瘤再出血占15%,死亡率高达40%~65%<sup>[6]</sup>。再出血高峰期为7~14 d<sup>[7]</sup>。瘤破裂出血40%~60%的患者出现警惕性先兆,如头痛、眼痛、脸痛或视力减退等<sup>[8]</sup>。护士注意询问患者主诉及监测颅内高压征,排除引起动脉瘤再次破裂出血的诱因,如病情好转后又突发加重,出现颅内高压征等,应考虑颅内再出血,及时报告医生处理。

(4)脑血管痉挛护理:脑血管痉挛是颅内动脉瘤治疗期间易出现并发症,该并发症容易导致缺血、缺氧性损伤<sup>[9]</sup>。脑血管痉挛一般发生在出血后2~3 d,7~10 d达高峰<sup>[8]</sup>。此段时间护士密切监测患者脑血管痉挛状况,遵医嘱使用抗血管痉挛药,注意用药效果及不良反应。

(5)血栓栓塞护理:血栓形成的重点在于预防<sup>[10]</sup>。术后穿刺侧肢保持制动与伸直位12 h时,此时护士帮助患者行踝泵关节活动,注意观察穿刺肢体感觉、活动、血运、足背动脉搏动等。术后嘱患者多饮水,促进造影剂排泄,为增加患者舒适与活动,本研究患者均不使用心电监护,选用手工测量生命体征,术后尽量缩短患者的禁食时间、及时拔除管道等,争取患者尽早离床活动,预防血栓形成。

(6)穿刺部位护理:术后穿刺点加压包扎12 h,注意穿刺部位局部有无渗血、瘀斑、血肿等。血压下降明显应警惕腹膜后血肿的发生。

(7)健康宣教:①术前指导:讲解本疾病相关知识,指导介入手术前、术中、术后配合方法等,解除患者的恐惧心理。②术后指导:如何防止穿刺部位血肿、血栓栓塞发生,用药指导等。③出院指导:避免导致再出血的诱因,如吸烟、饮酒,饮食不当、生活不规律、环境刺激、过度劳累、突然改变体位、心理压力等。避免精神紧张、

情绪波动、咳嗽、屏气,保持大便通畅。遵嘱复查CTA,不适随诊。

1.2.3 疗效测评 ①疼痛:分别在干预前及干预后1 d、3 d、5 d,根据疼痛视觉模拟评分(VAS)进行评定,纸上划一长10 cm横线,一端为0,表示无;另一端为10,表示非常严重。患者根据当前自我感觉在横线上选择某一点画上記号,表示当时疼痛程度。得分越高,表明疼痛程度越严重。

②焦虑自评量表和抑郁自评量表:由Zung编制而成,是了解患者焦虑、抑郁症状常用的自评工具<sup>[11]</sup>,量表各包含20个条目,按1级~4级评分,总分20分~80分,将所得总分乘以1.25得标准分(T分),焦虑自评量表 $T \geq 50$ 分为焦虑,抑郁自评量表 $T \geq 53$ 分为抑郁。在住院当天、术前术后24 h内、出院前2 d完成对患者问卷调查。

③生活质量评估:采用简明健康调查问卷(SF-36)从生理功能、生理职能、躯体疼痛、情感职能、精神健康、社会功能、精力、总体健康8个维度评估患者术前与术后1~3个月随访的生活质量<sup>[12]</sup>,采用百分制,得分越高,代表生活质量越好。本调查研究的4部分内容由研究者设计和发放调查问卷,采用统一指导语,要求病人独立逐项填写,评估护士接受过专业训练,每项共发放问卷200份,收回问卷200份,问卷有效率100%。

1.2.4 统计学方法 所有数据经过统计学处理,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述,组间比较采用 $t$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者干预前后疼痛比较 两组患者干预前疼痛差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),但干预后不同时间观察组疼痛明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.001$ ),见表1。

表1 两组病人不同时间疼痛评分比较  $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	干预前	干预后		
			1 d	3 d	5 d
观察组	100	8.60±1.36	6.70±1.26	5.20±1.43	1.62±0.79
对照组	100	8.40±1.54	7.10±1.26	5.80±1.32	2.46±0.99
$t$		0.973	-2.245	-3.083	-6.632
$P$		0.332	0.026	0.002	<0.05

2.2 两组患者不同时间的焦虑、抑郁比较 两组患者干预前焦虑、抑郁差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),但干预后不同时间观察组焦虑、抑郁明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.001$ ),见表2。

表 2 两组病人不同时间焦虑、抑郁评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	焦虑自评评分				抑郁自评评分			
		入院当天	手术前 24 h 内	手术后 24 h 内	出院前 2 d	入院当天	手术前 24 h 内	手术后 24 h 内	出院前 2 d
对照组	100	69.23±8.26	58.12±16.32	54.32±18.32	31.12±11.53	70.21±9.12	60.74±8.79	55.12±7.58	30.41±6.30
观察组	100	68.50±7.46	68.72±15.58	67.52±15.23	47.86±10.07	69.97±8.56	70.15±7.86	66.45±6.21	49.20±5.60
t		0.656	4.698	5.541	10.935	0.192	7.980	11.562	22.292
P		0.513	<0.001	<0.001	<0.001	0.848	<0.001	<0.05	<0.001

2.3 两组患者术前和术后 1~3 个月随访 SF-36 评分比较 两组患者术前生活质量比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。术后 1~3 个月随访结果显示两组 SF-36 评分比较观察组明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.001$ ),见表 3。

表 3 两组患者术前和术后 1~3 个月随访 SF-36 评分比较 ( $\bar{x} \pm s, s$ )

	观察组 (n=100)	对照组 (n=100)	t	P
术前	43.53±10.10	45.25±10.50	1.181	0.239
术后随访	76.88±12.12	65.53±11.23	6.869	<0.001
生理性角色功能受限				
术前	29.83±11.80	31.45±10.70	1.017	0.310
术后随访	46.74±12.98	38.57±13.31	4.395	<0.001
身体疼痛				
术前	40.65±10.12	41.89±11.05	0.869	0.386
术后随访	76.82±11.01	67.32±14.88	5.132	<0.05
总体健康				
术前	41.24±8.66	42.75±9.65	1.165	0.246
术后随访	68.55±10.12	58.72±11.56	6.398	<0.001
活力				
术前	59.61±8.45	61.54±9.11	1.553	0.122
术后随访	86.50±7.86	78.31±7.96	7.321	<0.001
社会功能				
术前	72.12±11.31	74.22±10.23	1.377	0.170
术后随访	94.12±13.98	83.55±11.12	5.917	<0.05
情感性角色功能受限				
术前	40.62±8.16	41.25±9.65	0.499	0.619
术后随访	69.32±15.72	58.98±11.16	5.364	<0.05
精神健康				
术前	60.81±11.10	62.75±10.71	1.258	0.210
术后随访	89.10±11.12	81.23±10.46	5.155	<0.001

2.4 两组患者的并发症发生比较 观察组并发症发生例数低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 4。

表 4 两组患者的并发症发生比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	动脉瘤破裂再出血	脑动脉痉挛	血栓	穿刺部位出血	发生并发症	未发生并发症
观察组	100	2	2	1	0	5	95
对照组	100	6	6	4	2	18	82

注:  $\chi^2 = 8.303, P = 0.004$

### 3 讨论

3.1 颅内动脉瘤介入栓塞术适用性分析。动脉瘤患者病情重,致残率、致死率高,早期手术是防止动脉瘤破裂的重要治疗手段。介入栓塞术是以创伤小、疗效佳等为优点的最佳治疗方案,使疾病治愈率得到极大地提高<sup>[2]</sup>。

3.2 综合护理干预能显著降低颅内动脉瘤患者的头痛症状。动脉瘤头痛是由于高颅压和血液破入脑脊液,释放大量活性物质,刺激硬脑膜、蛛网膜及神经或脑血管痉挛而引起的剧烈头痛<sup>[13]</sup>。由于疼痛刺激,影响患者休息,使病情加重,易患并发症。临床护士应解释头痛性质、程度及持续时间,改变头痛的认知行为,积极处理头痛,结合心理、家庭、社会支持等缓解患者的头痛症状,提高睡眠质量。

3.3 综合护理干预能显著改善颅内动脉瘤介入栓塞术的焦虑、抑郁情绪。患者对手术缺乏认识,对治疗预后不确定,担心医疗费用,以及动脉瘤体可能随时破裂,患者产生焦虑、抑郁情绪,使病情加重和导致并发症发生。人文关怀是护理的本质内容<sup>[14]</sup>。观察组护士通过人文关怀、提高患者疾病认知、放松疗法等综合心理护理,使患者焦虑、抑郁情绪明显消除而确保治疗方案顺利实施。

3.4 颅内动脉瘤患者早期病死率高达 36%,反复出血病死率可达 70% 以上<sup>[15]</sup>,及时、有效、规范地治疗、抢救患者生命、改善患者预后是护理的首要目的。观察组分析再出血的危险因素,针对潜在的护理问题等进行综合护理干预,挽救患者的生命,降低并发症的发生,利于患者生活质量的提高。

3.5 颅内动脉瘤破裂的危险是永久性的<sup>[6]</sup>,该疾病较为凶险。因此在综合护理干预的健康教育中,护士应不断对患者行健康指导,使其了解颅内动脉瘤的康复状况与健康生活方式紧密关联,增加遵医嘱依从性,有效降低并发症的发生,显著提高颅内动脉瘤患者的生存质量。

总之综合护理干预对颅内动脉瘤介入栓塞术的治疗效果起到积极的作用,值得临床大力推广。

- 参考文献:**
- [1] 卢桂花,余良,赖海燕,等. 临床护理路径在颅内动脉瘤血管内栓塞治疗中的应用[J]. 护理研究(下旬版),2014,28(9):3406-3407.
- [2] 张建男,何亮. 个性化护理干预在颅内动脉瘤介入栓塞术患者持续性头痛中的应用[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(9):881-883.
- [3] 刘燕. 脑动脉瘤病人不同时期的临床监护指标及个性化健康教育[J]. 右江民族医学院学报,2013,35(4):579-581.
- [4] 马官英. 音乐放松疗法对颅内动脉瘤患者术前焦虑的影响[J]. 中国实用护理杂志,2013,29(增刊):239.
- [5] 熊英,孟伟. 认知行为疗法改善颅内动脉瘤夹闭术患者术前焦虑抑郁效果的研究[J]. 中华现代护理杂志,2015,21(18):2135-2138.
- [6] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 2版. 武汉:湖北科学技术出版社,2015:764-765.
- [7] 翟干妹,宁婉秀,毛萍燕. 循证护理在颅内动脉瘤患者中的应用[J]. 护理实践与研究(上半月版),2012,9(15):24-25.
- [8] 王卫. 预见性护理干预在颅内动脉瘤破裂早期行夹闭术患者中的应用[J]. 护理实践与研究(上半月版),2011,8(23):68-69.
- [9] 谭玉婷,许琼,梁可深,等. 颅内动脉瘤介入栓塞术围术期脑血管痉挛的观察护理[J]. 护理实践与研究,2015,12(7):37-38.
- [10] 应彩羽,陈琴蓝. 143例复杂性颅内动脉瘤患者行载瘤动脉闭塞术的护理配合[J]. 中华护理杂志,2013,48(9):782-784.
- [11] 韦艳燕. 综合护理干预在类风湿关节炎病人行云克治疗中的应用研究[J]. 护理研究(中旬版),2015,29(2):535-539.
- [12] 杨莉莉,冯东杰,彭芳,等. Stanford B型主动脉夹层病人围术期危险因素的护理干预[J]. 护理研究(中旬版),2015,29(2):531-534.
- [13] 曹伟新,李乐之. 外科护理学[M]. 4版. 北京:人民卫生出版社,2006:388.
- [14] 武瑛瑛,刘秀梅. 人文关怀对颅内动脉瘤行介入治疗患者焦虑心理的影响[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(增刊):185.
- [15] 马晓璐. 1例颅内动脉瘤破裂致蛛网膜下隙出血患者的急诊介入治疗及护理[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(增刊):130.

收稿日期:2017-07-10;修回日期:2017-08-05

(上接第331页)

- [14] 王思北. 中国失能半失能老人4063万 占老年人口近两成[EB/OL]. [2016-10-09]. <http://www.legaldaily.com>.
- [15] 中华人民共和国民政部. 国务院关于印发“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知[EB/OL]. [2017-03-08]. <http://www.mca.gov.cn/article/yw/shgzzyzfw/fgwj/201703/20170300003515.shtml>.
- [16] 黄志强,成敏. 民族地区农村空巢老人生活问题研究——以广西喀斯特地区T村为例[J]. 广西师范学院学报(哲学社会科学版),2017,38(2):88-93.
- [17] 董申琴,邵小青,靳春艳,等. 城市社区空巢老人健康问题及护理研究进展[J]. 河北联合大学学报(医学版),2012,14(2):241-242.
- [18] 常红林. “互联网+”背景下的社区居家养老模式构建[J]. 新闻研究导刊,2016,7(23):18-19,27.
- [19] Kim CJ, Kim YS, Kang HY, et al. Development of Home Care Quality Indicators(HCQIs) at Demonstration Project of Elderly Care Insurance Program in Korea[J]. Korean Society of Nursing Science,2007,11:227.
- [20] 国务院. 国务院关于积极推进“互联网+”行动的指导意见[EB/OL]. [2015-07-05]. <http://www.gov.cn>.
- [21] 徐美玲. “互联网+居家养老”:智能化居家养老服务模式探析[J]. 北华大学学报(社会科学版),2016,17(5):115-118.
- [22] 鲍焯童. 物联网架构的智慧养老世界[J]. 中关村,2014(6):56-58.
- [23] 曹力,马丽丽,汤少梁,等. “互联网+”背景下居家养老的发展方向及创新模式研究[J]. 海南医学,2016,27(6):861-863.
- [24] 王玲. 老年护理学科的发展历程与引发的思考[J]. 中国护理管理,2007,7(4):12-14.
- [25] 孟润堂,胡樱,宇传华,等. 我国老年护理发展现状与护理人员老年护理从业意愿研究进展[J]. 中国全科医学,2015,18(15):1791-1796.
- [26] 刘宇,郭桂芳. 我国老年护理需求状况及对老年护理人才培养的思考[J]. 中国护理管理,2011,11(4):5-9.
- [27] 林娟. 心理护理对老年高血压患者依从性的效果评价[J]. 右江民族医学院学报,2016,38(1):121-122.

收稿日期:2017-07-14