

本文引文格式:张惠,张彬,章羽. 医护一体化快速康复外科护理模式对破裂颅内动脉瘤患者的干预效果[J]. 右江民族医学院学报, 2021, 43(4): 574-578.

【临床护理】

医护一体化快速康复外科护理模式对破裂 颅内动脉瘤患者的干预效果

张惠¹, 张彬², 章羽¹

(1. 铜陵职业技术学院, 安徽 铜陵 244000;

2. 安徽省铜陵市人民医院, 安徽 铜陵 244000)

摘要:目的 探究医护一体化协同快速康复外科护理模式对破裂颅内动脉瘤介入栓塞患者的干预效果。方法 采取历史对照研究(前瞻性单臂试验)方法,选取铜陵市人民医院 2019 年 1 月—2020 年 12 月期间进行介入栓塞手术的破裂颅内动脉瘤患者 107 例纳入本研究;观察组($n=58$)采取医护一体化快速康复外科护理,对照组($n=49$)采用常规护理。比较两组患者的术后康复时间、神经功能恢复情况、并发症发生率、心理健康状况、生活自理能力及对护理满意度。结果 观察组患者发病后第 90 天神经功能恢复良好率、Barthel 指数评分均优于对照组,观察组患者发病后第 90 天焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组;观察组患者的康复时间短于对照组、并发症发生率低于对照组;观察组患者出院时对护理满意度为 91.38%,对照组对护理满意度为 77.55%,以上所有差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对破裂颅内动脉瘤患者进行医护一体化管理协同快速康复外科护理模式干预,能有效改善患者焦虑、抑郁的心理,降低治疗期间并发症的发生率,从而加速康复进程,提高患者生活质量和对护理满意度,并有效改善患者神经功能预后。

关键词:医护一体化管理模式;快速康复外科;颅内动脉瘤;介入治疗;围手术期

中图分类号:R471 **文献标识码:**C **文章编号:**1001-5817(2021)04-0574-05

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2021.04.030

颅内动脉瘤(intracranial aneurysm, IA)是神经外科较为常见的血管病,是脑动脉腔内局限性的异常膨出,多因颅内血管壁压力增高或管壁先天缺陷所致。动脉瘤破裂是引发蛛网膜下腔出血的主要病因^[1],颅内动脉瘤首次发生破裂时其死亡率可高达 40%左右,再破裂出血患者的死亡率可高达 70%^[2]。因此针对破裂颅内动脉瘤患者,应进行早期、规范、有效的治疗以挽救病患的生命。目前破裂动脉瘤患者多采用血管内介入栓塞术治疗^[3],然而患者的最终预后并不单单取决于手术效果,患者能否接受高效的术后护理干预也同样重要。

快速康复外科(fast track surgery, FTS)理念是依据循证医学发展而来,通过优化护理措施,减少对患者身心的创伤及刺激,达到术后快速康复的目的^[4]。医护一体化管理模式是通过医护协同为患者制定个性化

护理服务,提高患者配合度及护理效率^[5]。本研究将两者相结合发挥协同作用,在治疗期间对破裂颅内动脉瘤患者进行干预,通过收集相关信息,与传统护理模式相关指标进行分析、讨论,以此初步探讨医护一体化快速康复外科护理模式对动脉瘤患者的干预效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取铜陵市人民医院 2019 年 1 月—2020 年 12 月期间进行介入栓塞手术的破裂颅内动脉瘤患者 107 例纳入研究对象。观察组采取医护一体化快速康复外科护理($n=58$),对照组采用常规护理($n=49$)。回顾性收集对照组患者的相关信息资料,对观察组患者进行前瞻性干预试验,并收集相关信息资料。破裂动脉瘤患者需满足下列所有条件方可诊断:①头 CT 或 MR 提示自发性颅内出血患者;②CTA 和/或 MRA 和/或 DSA 明确出血原因为颅内动脉瘤破裂患

基金项目:安徽省 2020 年高校自然科学重点项目(KJ2020A0970);安徽省 2020 年高校优秀青年人才支持计划重点项目(gxyqZD2020065);安徽省高校校级教研重点项目(tlpt2019TK001);安徽省高校校级科研项目(tlpt2019NG003)

第一作者简介:张惠(1987—),女,硕士,副教授,研究方向:老年护理、护理教育, E-mail:1249188628@qq.com

者;③均采用急诊血管内介入栓塞手术处理颅内破裂动脉瘤。

1.1.1 纳入标准 ①年龄 ≥ 18 岁;②颅内破裂动脉瘤患者;③同意接受并进行急诊血管内介入栓塞治疗者;④Hunt-Hess分级I~Ⅲ级者^[6];⑤观察组患者或其法定代表需知晓、理解试验研究相关信息,并在受试知情同意书上签字同意入组本研究。

1.1.2 排除标准 ①外伤性出血或肿瘤卒中患者;②影像学资料证明及任何原因导致患者发病前脑卒中患者改良Rankin量表(Modified Rankin Scale, mRS)^[7]评分 > 2 分者;③拒绝介入手术者;④有介入栓塞治疗绝对禁忌证患者;⑤孕妇;⑥痴呆、精神障碍患者或入院即存在严重器官功能障碍患者;⑦术后拒绝积极治疗、放弃治疗或自动出院患者;⑧在紧急情况下,无法取得本人和其合法代表人签署受试知情同意书者。

1.1.3 研究类型 历史对照研究(前瞻性单臂试验)。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组传统护理 病房护士对术后患者从饮食护理、疼痛护理、康复护理、管道护理、心理护理方面展开护理。

1.2.2 观察组医护一体化快速康复外科护理

1.2.2.1 成立医护一体化快速康复干预小组 医护一体化快速康复干预小组由医护人员共同构成,包括4名护理人员和2名医生,以上成员均有满5年神经外科临床工作经验且具备中级以上职称。小组长由4名护理人员中的专科护士长担任。在实施传统专科护理措施基础上,结合实行一系列有循证医学证据的围手术期优化护理措施,降低手术应激。

1.2.2.2 术前干预措施 ①健康宣教:医生介绍即将采取的手术方案及术后常见并发症等情况,提高患者及家属对疾病的认知度及治疗的积极性和信心。护理人员改变单一的口头宣教形式,在传统术前教育内容的基础上向患者发放宣传画册,推送功能锻炼宣教视频,使患者早期具备功能锻炼和预防意识,提高患者依从性。②心理护理:医护协同向患者及家属耐心地介绍手术方案和操作流程,通过讲解让患者及家属了解治疗流程从而缓解其术前恐惧焦虑的情绪。③制定个体化快速康复计划:术前根据患者的基本情况、病情、家庭情况等资料,医护协同为患者制定个体化快速康复计划。

1.2.2.3 术中护理 在传统术中护理基础上,加入医护一体化快速康复理念,结合循证医学证据做好以下护理:①保护性穿刺:尽量避免下肢穿刺输液,防止深静脉血栓。如采取下肢穿刺输液,则需使用抗血栓压

力泵。②限制补液量:术中控制补液量为 ≤ 20 ml/kg。③做好保暖:采取保温措施,手术室温度控制在 $24 \sim 26^\circ\text{C}$,保持患者体温在 36°C 左右。

1.2.2.4 术后管理 ①补液治疗:控制补液总量。患者当天液体摄入量(包括饮水或流质饮食总量)控制在 $500 \sim 1000$ ml,第2天为 $1000 \sim 2000$ ml,当口服量达到 2500 ml,并将这部分补液量计入总补液量。②早期活动:术后第1天鼓励并指导患者早期进行床上四肢运动,术后第2天鼓励患者下床活动。③预防并发症:破裂动脉瘤患者在颅内出血吸收完毕之前均需卧床。我们在患者术后第1天开始对可配合患者进行下肢训练活动,同时利用下肢抗血栓压力泵预防下肢深静脉血栓。条件允许时应在术后 24 h尽早拔出尿管,同时训练患者自主排尿预防尿路感染。④语言训练:指导可配合患者进行舌头、发音训练,医护人员示范并鼓励患者家属参与指导患者语言训练,循序渐进地进行字、词、短句的训练,协助患者早期恢复语言功能。⑤医护一体化延续性护理:建立微信交流群,定期向患者推送健康知识及家庭护理注意事项等,并予以随访,根据患者情况给予专业康复指导、用药护理等。⑥心理护理:在治疗期间动员患者家属共同关注患者的心理状态,配合参与患者的护理工作,避免患者受家属紧张、焦虑的负性情绪影响。

1.3 观察指标

1.3.1 术后康复时间及并发症发生情况 记录观察组和对照组患者术后首次肛门排气时间、住院总天数和并发症发生情况。

1.3.2 神经功能恢复情况 患者发病后3个月,采用格拉斯哥预后评分量表(Glasgow Outcome Scale, GOS)评判患者神经功能恢复情况。5分表示恢复正常生活、4分表示轻度残疾但能在保护下工作可独立生活、3分表示重度残疾但神智清醒日常生活需要照料、2分表示植物生存仅有最小反应(如随着睡眠/清醒周期,眼睛能睁开)、1分表示死亡^[8]。

1.3.3 生活自理能力 于患者发病后3个月,采用生活自理能力Barthel指数(Barthel Index of ADL, BI)评定患者生活自理能力。量表总分100分,量表评分 > 60 分表示患者轻度功能障碍,可独立完成部分日常生活;量表评分 $41 \sim 60$ 分表示患者中度功能障碍;量表评分 ≤ 40 分表示患者重度功能障碍^[9]。

1.3.4 心理健康状况 (1)评估工具:①焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)。该量表共计20个条目,采用4级评分法(1~4分),将初始得分乘以1.25后取整数部分,为标准化得分。SAS量表评分50

~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑^[10]。②抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)。该量表共 20 个条目,将量表各个条目得分相加之和即得初得分,将初始的得分乘以 1.25 后得到分值为标准分。参照我国 SDS 常模的结果,将 SDS 量表得分划分为 3 个等级,标准分总分 53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,73 分以上为重度抑郁^[11]。(2)在患者发病后第 30 天、第 90 天对其进行 SAS、SDS 评分,比较两组患者心理健康状况及恢复程度。

1.3.5 护理满意度 在患者出院时,采用住院患者护理工作满意度量表评估护理满意度^[12],该量表共计 22 个条目,采用 5 级评分法(1~5 分),总分为 22~110 分,其中>100 分为非常满意,90~100 分为满意,75~89 分为一般,<75 分为不满意。

1.4 统计学方法 数据采取双人录入核对,确保无误后采用 SPSS 23.0 软件对数据进行统计分析。符合正态分布的计量资料用($\bar{x} \pm s$)描述,计量资料比较采用 t 检验或方差分析;计数资料以频数(n)和百分比(%)描述,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组研究对象一般资料对比 对照组和观察组患者的性别构成比、年龄、Hunt-Hess 分级、动脉瘤位置及患慢性病情比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

因素	观察组 ($n=58$)	对照组 ($n=49$)	t/χ^2	P
年龄/岁	59.48±6.69	58.84±7.61	0.467	0.641
性别			2.458	0.117
男	36(62.07)	23(46.94)		
女	22(37.93)	26(53.06)		
Hunt-Hess 分级			0.004	0.998
I 级	21(36.21)	18(36.73)		
II 级	24(41.38)	20(40.82)		
III 级	13(22.41)	11(22.45)		
动脉瘤位置			1.229	0.746
交通动脉	19(32.76)	12(24.49)		
大脑中动脉	14(24.14)	15(30.61)		
基底动脉	18(31.03)	17(34.69)		
其它	7(12.07)	5(10.20)		
合并慢性病				
高血压	21(36.21)	23(46.94)	1.263	0.261
冠心病	9(15.52)	7(14.29)	0.032	0.859
糖尿病	6(10.34)	8(16.33)	0.393	0.531

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料数据用[n (%)]表示。

2.2 两组术后康复时间及并发症发生率的比较 观察组术后各项康复时间均短于对照组,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。观察组并发症总发生率低于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 2 两组术后恢复时间的比较

单位:d

组别	n	首次肛门排气时间	住院时间
观察组	58	1.55±0.50	13.80±2.53
对照组	49	3.14±0.98	16.96±2.55
t		-10.817	-6.433
P		<0.05	<0.001

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

表 3 两组术后并发症发生率比较

并发症	观察组 ($n=58$)	对照组 ($n=49$)	χ^2	P
穿刺处皮下血肿	1(1.72)	2(4.08)	0.022	0.882
下肢深静脉血栓	0(0.00)	3(6.12)	1.752	0.186
动脉瘤再出血	0(0.00)	1(2.04)	0.007	0.932
尿路感染	2(3.45)	4(8.16)	0.403	0.526
肺部感染	1(1.72)	2(4.08)	0.022	0.882
低体温	0(0.00)	1(2.04)	0.007	0.932
合计	4(6.90)	13(26.53)	7.662	0.006

注:表内计数资料数据用[n (%)]表示。

2.3 两组神经功能恢复情况比较 发病 3 个月后,观察组患者 GOS 评分为(4.24±0.71)分,对照组 GOS 评分为(3.16±0.59)分,两组比较差异有统计学意义($t=8.458, P < 0.001$)。其中观察组神经功能恢复良好率优于对照组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组神经功能恢复状况比较

GOS 评分分级	观察组 ($n=58$)	对照组 ($n=49$)	χ^2	P
恢复良好	46(79.31)	29(59.18)	5.133	0.023
轻度残疾	8(15.52)	12(24.89)	2.000	0.157
重度残疾	2(3.45)	3(6.12)	0.037	0.847
植物生存	1(1.72)	3(6.12)	0.467	0.494
死亡	1(1.72)	2(4.08)	0.022	0.882

注:表内计数资料数据用[n (%)]表示。

2.4 两组生活自理能力及心理健康状况的比较 发病 3 个月后,对患者生活自理能力进行评估。观察组和对照组患者的生活自理能力均处于良好水平,且观察组生活自理能力优于对照组。观察组患者 Barthel 指数评分为(67.48±6.28)分,对照组为(64.78±5.88)分, $t=2.288, P=0.024$ 。

两组患者发病后第 30 天两组 SAS 和 SDS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),发病后第 90 天两

组患者 SAS、SDS 评分比第 30 天时均降低,且观察组患者焦虑和抑郁状况改善均优于对照组 ($P < 0.001$),见表 5。

表 5 两组发病后第 30 天和第 90 天 SAS、SDS 评分比较

组别	SAS 评分		t	P	SDS 评分		t	P
	发病后 30 d	发病后 90 d			发病后 30 d	发病后 90 d		
观察组	65.26±5.49	53.17±5.19	12.187	<0.001	59.60±7.20	52.14±6.14	6.002	<0.001
对照组	63.70±4.90	56.98±5.63	6.298	<0.001	60.73±3.96	55.82±3.33	6.654	<0.001
t	1.543	-3.636			-0.981	-3.742		
P	0.126	<0.001			0.329	<0.001		

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.5 两组患者护理满意度的比较 出院时观察组患者对护理满意度高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 6。

表 6 两组患者对护理满意度比较

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	58	34(58.62)	19(32.76)	5(8.62)	53(91.38)
对照组	49	21(42.86)	17(34.70)	11(22.45)	38(77.55)
χ^2					3.994
P					0.046

注:表内计数资料数据用[$n(\%)$]表示。

3 讨论

3.1 医护一体化快速康复外科护理可促进患者的康复,降低了术后并发症的发生率 快速康复外科护理是一系列有循证医学证据的围手术期优化护理措施,将其和医护一体化管理相结合,应用在围手术期将临床促进康复的新观点与麻醉、营养、手术、护理等进行有效结合,从而降低手术并发症发生率,同时促进患者康复^[13]。

本研究中观察组患者进行医护一体化快速康复外科护理干预,研究结果提示观察组患者的首次肛门排气时间及住院天数均少于传统护理的对照组,治疗期间并发症发生率显著低于对照组。我们分析原因:一方面是因为患者在整个治疗期间持续性地接受医护人员多样化的康复宣教及指导,从而使患者及家属在治疗早期阶段就已形成较好的康复锻炼意识,同时还可以提高患者及家属对疾病治疗和康复的依从性,从而使患者预后时间缩短,预后效果提升;另一方面,医护一体化模式中,医护人员可根据患者情况制定个体化快速康复护理措施,可对不同患者或同一患者的不同病情阶段采取适度、合理、有针对性的治疗措施、管理措施及康复指导,有的放矢,使患者获得一个较为满

意的预后。相较于传统的康复护理模式,这种医护一体化的新型模式将会为患者提供更为高效、全面、精准的康复模式,从而使得患者整体康复效果提升,同时降低患者围手术期并发症的发生率。

3.2 医护一体化快速康复外科护理促进患者神经功能恢复 研究中,为了评估患者神经功能预后,我们统计了患者发病后 90 d GOS 评分,并将两组发病后 90 d GOS 评分加以比较。结果发现观察组患者 GOS 评分为(4.24±0.71)分,神经功能良好率为 79.31%,对照组 GOS 评分为(3.16±0.59)分,神经功能良好率为 59.18%,两组评分及良好率差异均有统计学意义。这一研究结果与顾倩等^[14-15]研究结果一致。

我们分析原因:医护一体化快速康复外科护理在患者出院后仍积极进行随访,在患者出院后的康复阶段进行延续性护理干预,我们通过定期向患者推送健康知识及家庭护理注意措施,并予以患者电话、上门随访,根据患者个体化情况并给予个体化的专业康复指导及用药护理,使得患者在出院后依然能够接受科学、高效的康复治疗,从而获得较为满意的神经功能预后。

3.3 医护一体化快速康复外科护理能促进患者心理健康 我们在研究中发现,两组患者在发病后 30 d SAS 评分、SDS 评分无统计学差异,而在发病后 90 d,采用医护一体化快速康复护理的观察组患者 SAS 评分、SDS 评分要更低,这提示观察组患者在经过医护一体化快速康复护理干预后,其心理健康程度及心理健康恢复速度要优于对照组,医护一体化快速康复外科护理模式可以起到促进患者心理健康的作用。

颅内破裂动脉瘤介入栓塞术后的患者基本都会存在头痛症状,同时因为疾病的突发性及严重性,部分患者在治疗期间常会出现焦虑甚至是抑郁心理,这种亚健康的心理状态在一定程度上会影响患者的预后。

我们在医护一体化快速康复外科护理模式中,通

过早期康复锻炼对患者进行积极的心理康复暗示,并激发患者的主观能动性以及对早日康复的渴望。同时针对患者个性化差异制定的个性化医护措施,提高了医护质量,对患者预后有着积极的作用。

另一方面,我们通过医护一体化快速康复外科护理模式在对患者治疗期间进行心理辅导,让患者或家属对疾病以及手术充分了解,减轻其对手术的恐惧,建立较高的依从性。术后通过医护一体化延续性护理,建立微信交流群,定期发布颅内动脉瘤术后康复知识、用药护理及家庭护理注意事项等。通过随访等方式了解患者康复情况并针对患者不同情况给予个性化专业指导,有效解决了患者对术后康复产生的担忧,帮助患者树立信心,从而缓解了患者抑郁和焦虑,促进心理健康。

3.4 医护一体化快速康复外科护理提高患者及家属的满意度 在研究中发现,相比于对照组患者,观察组患者及家属对护理的满意度更高,这说明医护一体化快速康复护理模式在提升患者满意度上有一定优势。在医护一体化护理模式中,医生、护士互相配合、理解和信任,并针对同一目标进行努力,这极大地增强了医护人员的工作凝聚力;同时医护人员给患者制定早期、长远、个性化的治疗、护理方案,对患者治疗期间进行持续性关注、指导,根据患者病情变化进行策略性、阶段性、灵活性处理,这也为提高患者的护理满意度打下了基础。李红英等^[16]的研究结果与我们相似。

综上所述,在颅内动脉瘤介入治疗期间,利用医护一体化管理协同快速康复外科护理模式对患者进行干预,可以有效减轻患者焦虑、抑郁情绪,同时降低治疗期间并发症发生率,并加速神经功能康复进程,从而提高护理满意度并改善患者的短期预后效果。

参考文献:

[1] 秦超,刘竞丽.蛛网膜下腔出血的诊断与治疗[J].中华神经科杂志,2020,53(10):814-818.

[2] 蒙彩艳,黄曲云.综合护理在颅内动脉瘤患者行介入栓塞术中的应用研究[J].右江民族医学院学报,2017,39(4):335-338.

[3] Pasarikovski R, Waggass G, Cardinell J, et al. Pipeline embolisation device with shield technology for the treat-

ment of ruptured intracranial aneurysm[J]. Neuroradiol J,2019,32(3):189-192.

- [4] Grant MC, Yang D, Wu CL, et al. Impact of Enhanced Recovery After Surgery and Fast Track Surgery Pathways on Healthcare-associated Infections: Results From a Systematic Review and Meta-analysis [J]. Ann Surg, 2017, 265(1):68-79.
- [5] 钟梅艳,梁青华,庄小强,等.医护治一体化康复管理模式在髋关节置换患者围手术期的应用研究[J].右江民族医学院学报,2019,41(3):359-362.
- [6] 陈松峰.不同 Hunt-Hess 分级及手术时机对血管内介入栓塞治疗脑动脉瘤破裂患者预后效果的影响[J].河南外科学杂志,2019,25(6):76-77.
- [7] 张磊,刘建民.改良 Rankin 量表[J].中华神经外科杂志,2012,28(5):512.
- [8] 张艺滨,王建群,陈良鑫,等.脑损伤指数在重型颅脑损伤昏迷患者预后评估中的价值[J].中国临床新医学,2017,10(2):117-120.
- [9] 王娟莉,王军娟.快速康复理念护理干预对颅内动脉瘤患者介入栓塞术后康复质量及自我效能感和生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(12):1517-1520.
- [10] 李姿慧,吴梦蝶,李琪,等.汉密尔顿焦虑量表和焦虑自评量表在功能性消化不良伴焦虑状态中的应用[J].长春中医药大学学报,2018,34(4):787-790.
- [11] 舒良.自评抑郁量表和抑郁状态问卷[J].中国心理卫生杂志,1999(增刊):194.
- [12] 冯志英,王建荣,张黎明,等.住院患者护理工作满意度量表的研制[J].中华护理杂志,2007,42(1):63-66.
- [13] 李珺,常一心.快速康复外科护理在脑动脉瘤血管栓塞介入术患者围手术期的应用效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(19):151-153.
- [14] 顾倩,王蓓丽,黄妍文.医护一体化管理模式联合快速康复外科理念在颅内动脉瘤开颅夹闭术的应用效果[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(11):1398-1401.
- [15] 贺春瑾.医护一体化快速康复理念在颅内动脉瘤介入治疗患者围术期的应用[J].当代护士(下旬刊),2020,27(12):79-81.
- [16] 李红英,张慧,罗莉娜,等.医护一体化护理模式在骨科患者术后快速康复中的应用价值分析[J].黑龙江医学,2017,41(6):573-574.

收稿日期:2021-03-07;修回日期:2021-07-04