



给予多维度深度护理干预模式在高血压性脑出血患者中应用对血压及术后并发症控制的影响

陈燕芳, 孙燕

(张家港市第一人民医院 神经外科, 江苏 张家港 215600)

摘要: 目的 探讨多维度深度护理干预模式在高血压性脑出血患者中应用效果及对血压、术后并发症控制的影响。**方法** 选取2019年11月至2021年11月本院接收的高血压性脑出血患者98例,按电脑数字表法随机分作两组,对照组49例行常规护理,观察组49例给予多维度深度护理干预模式护理,对比两组的血压控制情况,术后并发症控制情况及术后恢复情况。**结果** 观察组干预后的舒张压、收缩压比对照组低($P<0.05$);观察组术后并发症发生率是4.08%,比对照组的16.33%低($P<0.05$);观察组术后14d时的美国国立卫生研究所脑卒中量表(NIHSS)评分比对照组低,简化Fugl-Meyer运动功能量表(The Fugl-Meyer motor assessment, FMA)评分比对照组高($P<0.05$)。**结论** 多维度深度护理干预模式应用于高血压性脑出血中可有效合理控制血压,减轻术后并发症,并且有助于提升术后恢复效果。

关键词: 多维度深度护理干预模式;高血压性脑出血;血压;并发症

中图分类号: R47

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2023.013.021

本文引用格式: 陈燕芳,孙燕.给予多维度深度护理干预模式在高血压性脑出血患者中应用对血压及术后并发症控制的影响[J].世界最新医学信息文摘,2023,23(013):108-112.

Influence of Multi-dimensional Deep Nursing Intervention Mode on Blood Pressure and Postoperative Complications Control in Patients with Hypertensive Intracerebral Hemorrhage

CHEN Yan-fang, SUN Yan

(Department of Neurosurgery, Zhangjiagang First People's Hospital, Zhangjiagang Jiangsu 215600)

ABSTRACT: Objective To explore the application effect of multi-dimensional in-depth nursing intervention mode in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage and its influence on blood pressure and postoperative complications control. **Methods** 98 cases of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage were admitted to our hospital from November 2019 to November 2021 were selected, according to the computer digital table method, they were randomly divided into two groups, 49 cases in the control group were given routine nursing care, and 49 cases in the observation group were given multi-dimensional in-depth nursing intervention mode nursing. The surgical stress response, blood pressure control, postoperative complication control and postoperative recovery were compared between the two groups. **Results** In the observation group, the levels of adrenocorticotrophic hormone (ACTH) and cortisol (Cor) 12 hours after operation were lower than the control group ($P<0.05$). In the observation group, the diastolic blood pressure and systolic blood pressure after intervention were lower than the control group ($P<0.05$). In the observation group, the incidence of postoperative complications was 4.08%, which was lower than 16.33% in the control group ($P<0.05$). In the observation group, the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score at 14 days after operation was lower than the control group, and the Fugl-Meyer motor assessment (FMA) score was higher than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of multi-dimensional deep nursing intervention model in hypertensive intracerebral hemorrhage can effectively reduce surgical stress response, reasonably control blood pressure, reduce postoperative complications, as well as help to improve postoperative recovery effect.

KEY WORDS: multi-dimensional deep nursing intervention model; hypertensive intracerebral hemorrhage; stress response; blood pressure; complications

作者简介: 陈燕芳(1986-),女,主管护师,研究方向:神经外科。

0 引言

高血压性脑出血是临床常见脑血管疾病的一种,因血压骤然上升导致的脑动脉、静脉及毛细血管破裂引发,出血产生的血肿可对周围组织产生压迫作用,并致使微循环出现障碍,导致继发性脑损伤,降低患者相关神经功能^[1]。现阶段,临床上主要通过手术对高血压性脑出血展开治疗,可快速予以血肿清除,使其占位效应解除,减轻神经功能损伤程度。然而,高血压性脑出血病情较为凶险,为减少术后不良事件的发生,需注重术后血压、手术并发症的控制,而以往临床护理多强调术前准备、术后观察等基础性护理,难以满足患者多个方面的护理需求,导致术后恢复效果不够理想^[2]。多维度深度护理干预模式在深度挖掘患者各方面护理需求的基础上,从多个维度入手展开护理,可使患者生理、心理多方面的护理需求得到满足,提升护理干预全面性、有效性。本院近年来对高血压性脑出血患者展开多维度深度护理干预模式,并以2019年11月至2021年11月接收的98例患者为对象探讨干预效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2019年11月至2021年11月在本院接受治疗的高血压性脑出血患者中选取98例,通过电脑数字表法随机分组,共两组。对照组49例包括男性25例,女性24例;年龄38~65岁,平均(51.50±6.57)岁;出血部位:脑叶12例,左侧基底节18例,右侧基底节15例,小脑4例。观察组49例包括男性26例,女性23例;年龄39~65岁,平均(52.01±6.54)岁;脑叶11例,左侧基底节17例,右侧基底节16例,小脑5例。纳入标准:(1)符合《中国脑出血诊治指南(2019)》^[3]中的高血压性脑出血诊断标

准;(2)接受神经内镜手术治疗;(3)出血量<30mL;(4)配合知情同意书签字。排除标准:(1)合并其他基础性疾病、脏器功能障碍及恶性肿瘤;(2)意识障碍;(3)合并其他脑部疾病;(4)精神疾病史;(5)认知、语言交流障碍。本院医学伦理会审批通过了此次研究,且对比两组性别、年龄及出血部位可见($P>0.05$),可比较。

1.2 方法

对照组行常规护理:术前对相关检查进行完善,遵医嘱完成术前准备工作,介绍手术相关知识、配合要点等,并安抚患者紧张、恐惧等情绪,术中密切进行配合,术后强化病情观察,予以体位、导管、用药等方面的护理,指导患者尽早展开相关功能锻炼。

观察组给予多维度深度护理干预模式护理:(1)术前多维度深度护理。①健康宣教。亲切与患者谈话,以通俗易懂的语言对手术流程、注意事项、手术团队进行介绍,并解释围术期可能会出现的不适症状与处理方法,使患者手术认知水平提升;②心理干预。与患者展开全面交流,在了解其心理状态基础上予以不良情绪安抚、放松指导,通过深呼吸、转移情绪等指导促进患者放松,并介绍手术优势、术后恢复良好病例,使患者手术信心提升;③术前准备。进行头部备皮,依据患者血肿部位做好坐标值标记,并实施皮肤消毒,完成神经内镜、导向器、脑电图监测仪、脑室引流管等手术器械准备工作。(2)术中多维度深度护理。①体位安置。患者入室后,遵医嘱对手术体位进行摆放,将患者头部放置于Mayfield头架,并固定,双眼予以眼膏涂抹后,通过贴眼贴膜对眼睑进行封闭,将干棉球塞入患者耳朵;②手术配合。提前完成相关仪器调试工作,精准传递单极电刀、碘伏消毒液、磨钻、脑膜颞等手术器械,期间严密予以患者生命体征观察,有异常出现及时告知医生;③保温

护理。实施室温控制、输液加热、体温加热、体温监测等保暖措施，切口部位冲洗液选择温盐水。(3) 术后多维度护理。①体位护理。术后，患者意识尚未清醒期间，调整其姿势为平卧位，并将头部偏向一侧，意识清醒后，以出血、切口部位为依据调整舒适体位，并予以床头 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 抬高；②生命体征观察与导管护理。定时观察、清洁消毒切口，切口引流管间隔2~4h开启一次，遵医嘱规范进行术后用药，全过程监测患者呼吸、心率、血压等生命体征，注重相关导管管理，避免受压、弯折等，并定时观察引流液颜色、量、性质等；③呼吸道护理。患者意识清醒后，指导正确咳嗽、排痰，并视情况予以相应的化痰药物或雾化治疗；④饮食护理。患者可经口进食后，指导家属为其准备清淡、流质饮食，并逐渐过渡至普通饮食，食物以瘦肉、鸡肉、鱼肉、豆制品、新鲜蔬果等为主，盐摄入量限制为每天5g以下；⑤功能锻炼。耐心介绍高血压性脑出血的术后康复必要性、锻炼方法等，卧床期间予以抗痉挛肢体摆放、关节被动与主动活动，并逐渐展开上肢抬举、屈肘及下肢直抬、屈膝运动，随后过渡至床边坐起、床边站立、原地活动、辅助步行、独立行走训练。

1.3 观察指标

(1) 血压控制情况。护理前、后，通过上臂式欧姆龙电子血压计 (HEM-7211) 检测两组舒张压、收缩压，测3次，取平均值。(2) 术后并发症控制情况。统计两组肺部感染、再次脑出血、颅内感染、消化道出血、

脑疝等术后并发症发生情况。(3) 术后恢复情况。术前、术后14d时，通过美国国立卫生研究所脑卒中量表 (NIHSS)、简化Fugl-Meyer运动功能量表 (The Fugl-Meyer motor assessment, FMA) 调查了解两组术后恢复情况。NIHSS评分介于0~42分，得分越高，神经功能障碍程度越高^[4]；FMA包含上肢33项、下肢17项，总分100分，得分高，肢体运动功能也越好^[5]。

1.4 统计学分析

此研究数据处理以SPSS 20.0进行，[n (%)]表示计数资料，检验方法是 χ^2 ，($\bar{x} \pm s$)表示计量资料， t 检验，($P < 0.05$)为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血压控制情况

干预前，两组舒张压、收缩压对比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，两组舒张压、收缩压均降低，且观察组较低 ($P < 0.05$)，见表1。

2.2 术后并发症控制情况

观察组术后并发症发生率是4.08%，比对照组的16.33%低 ($P < 0.05$)，见表2。

2.3 术后恢复情况

术前，两组NIHSS、FMA评分对比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；术后14d时，两组NIHSS评分均降低，且观察组更低；而FMA评分均升高，且观察组更高 ($P < 0.05$)，见表3。

表 1 两组血压控制情况对比 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别 (n)	舒张压		t 值	P 值	收缩压		t 值	P 值
	干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组 ($n=49$)	95.31 \pm 3.12	88.78 \pm 3.23	10.179	<0.001	159.56 \pm 5.41	143.58 \pm 4.36	16.099	<0.001
观察组 ($n=49$)	95.28 \pm 3.15	84.46 \pm 3.14	17.029	<0.001	159.57 \pm 5.40	137.46 \pm 4.25	22.522	<0.001
t 值	0.047	6.713	-	-	0.009	7.036	-	-
P 值	0.962	<0.001	-	-	0.993	<0.001	-	-

表 2 两组术后并发症控制情况对比 [n (%)]

组别	例数	并发症					总发生
		肺部感染	再次脑出血	颅内感染	消化道出血	脑疝	
对照组	49	2 (4.08)	1 (2.04)	2 (4.08)	2 (4.08)	1 (2.04)	8 (16.33)
观察组	49	1 (2.04)	0	0	1 (2.04)	0	2 (4.08)
χ^2 值	-	-	-	-	-	-	4.009
<i>P</i> 值	-	-	-	-	-	-	0.045

表 3 两组术后恢复情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (<i>n</i>)	NIHSS		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	FMA		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
	术前	术后 14d			术前	术后 14d		
对照组 (<i>n</i> =49)	26.25 ± 3.22	12.29 ± 2.31	24.659	<0.001	51.56 ± 2.41	75.18 ± 4.36	33.189	<0.001
观察组 (<i>n</i> =49)	26.22 ± 3.25	8.14 ± 2.12	32.616	<0.001	51.57 ± 2.43	87.26 ± 5.25	43.185	<0.001
<i>t</i> 值	0.046	9.265	-	-	0.020	12.391	-	-
<i>P</i> 值	0.963	<0.001	-	-	0.984	<0.001	-	-

3 讨论

高血压性脑出血属于自发性脑出血的一种,在长期高血压状态影响下,患者颅内微细动脉受损,颅内小血管出现纤维素样、淀粉样等改变,并对小血管壁肌层造成侵犯,致使颅内动脉壁变薄,增加血管破裂风险,从而引发高血压性脑出血^[6-7]。手术是现阶段临床上对高血压性脑出血的常用治疗方法,可快速予以血肿清除,解除血肿机械性压迫,促进颅内压下降,改善患者预后^[8]。但高血压性脑出血患者病情紧急,且手术操作难度较大,对围术期护理有较高的要求,这就需要临床上积极探索高血压性脑出血的有效性护理模式,通过予以患者全面化、规范化的护理干预,达到提升手术有效性、安全性的效果^[9]。

多维度深度护理干预模式将人文关怀作为主旨,通过实施多层次、多维度的护理,可使不同患者多个方面的护理需求均得到满足。本次研究将此护理模式应用于高血压性脑出血患者中,结果显示,干预后舒张压、收缩压均降低,且观察组较低 ($P < 0.05$),且并发症发生率也较对照组低 ($P < 0.05$),提示予高血压

性脑出血患者多维度深度护理干预模式可有效控制术后血压及并发症的发生。多维度深度护理干预模式术前护理中通过实施健康宣教,可使患者对手术的认知水平得以提升,正确进行配合;心理干预可使患者不良情绪有效缓解,做好心理方面的手术准备;术前准备可完成患者生理方面及器械方面的手术准备,促进手术顺利开展。术中护理通过实施体位安置,便于手术操作的实施;手术配合通过精准予以器械传递,可促进手术高效进行;保温护理通过实施保温干预,可避免术中低体温发生。通过以上两个方面护理措施的实施,可使患者生理、心理方面的手术护理需求得到满足,主动、正确对手术进行配合,提升手术操作精准性,减轻手术操作对患者产生的创伤,降低术后应激反应程度,从而有效控制术后血压,降低并发症风险。不仅如此,多维度深度护理术后通过予以体位护理,并注重生命体征观察与导管护理、呼吸道护理、功能锻炼,可使患者顺利完成术后康复,减少术后康复过程中的不良事件,提升血压控制效果,减少手术并发症^[10-11]。

高血压性脑出血导致的神经功能损害病理过程复杂程度极高,即使及时通过手术予以血



肿清除,并实施减轻脑水肿、神经营养等治疗,也难以对部分神经网络缺损进行逆转,可能致使患者术后遗留相关功能障碍^[12-13]。本次研究中,观察组患者术后14d时的NIHSS评分比对照低,FMA评分比对照组高($P<0.05$),提示高血压性脑出血患者中应用多维度深度护理干预模式可有效改善其神经、运动功能。术前多维度护理通过实施健康宣教、心理干预、术前准备,可使患者对手术的耐受度、配合度得以提升,促进手术安全进行;术中护理通过实施体位安置、手术配合、保温护理,可促进促进手术安全进行,使手术操作对患者产生的创伤减轻;术后通过实施体位护理、生命体征观察与导管护理、呼吸道护理、饮食护理、功能锻炼,可使患者术后顺利康复。通过以上多个维度深度护理干预的实施,可是患者手术应激反应减轻,降低血压、术后并发症发生率,促进其尽早展开功能锻炼,缩短制动时间,促进身体机能提升、神经系统重塑,使神经细胞凋亡减少,从而达到改善神经与运动功能的效果^[14-15]。

综上所述,多维度深度护理模式应用于高血压性脑出血患者中可有效提升术后血压与并发症控制效果,并且有助于进一步提升术后康复效果。然而,本次研究存在样本量少、未行长期随访等不足,研究结论的客观性可能受此影响,需展开进一步的大规模研究,以更为客观地探讨多维度深度护理干预模式在高血压性脑出血患者中应用效果及对血压、术后并发症控制的影响。

参考文献

[1] 苏玲,郭星,李静,等.基于聚焦解决模式的心理干预在高血压脑出血患者围手术期护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(24):3316-3320.
 [2] Hu S, Sheng W G, Hu Y, et al. A nomogram to predict early hematoma expansion of hypertensive cerebral hemorrhage[J].Medicine,2021,100(7):24737-24737.
 [3] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会

脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2019)[J].中华神经科杂志,2019,52(12):994-1005.
 [4] 姜海鹏,张凯,王广斌,等.早期康复联合高压氧对急诊微创术后高血压脑出血患者神经功能恢复及预后的影响[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2021,28(4):445-449.
 [5] 姜立先,方伟,陈威,等.重复高频颅磁刺激对外伤性脑出血患者上肢精细运动功能及认知水平的影响[J].中风与神经疾病杂志,2020,37(6):535-538.
 [6] 邓文娟,张悦.早期康复护理对高血压性脑出血患者认知功能神经功能和生活质量的影响[J].山西医药杂志,2020,49(20):2864-2866.
 [7] Mao Y, Shen Z, Zhu H, et al. Observation on therapeutic effect of stereotactic soft channel puncture and drainage on hypertensive cerebral hemorrhage[J].Annals of Palliative Medicine,2020,9(2):23-25.
 [8] 邵静,王娜.高血压脑出血微创颅内血肿清除术后并发的预防性护理[J].山西医药杂志,2020,49(5):641-643.
 [9] 郭林静.手术室临床急救护理措施应用于老年高血压性脑出血患者的效果研究[J].中国药物与临床,2020,20(19):3318-3320.
 [10] 梁志会.时效性激励护理干预对基底节区脑出血患者术后神经功能康复的影响[J].山西医药杂志,2020,49(17):2387-2389.
 [11] 吕云侠,席冰玉.健康教育在高血压脑出血患者术后康复护理中的应用探讨[J].山西医药杂志 2021,50(22):3175-3177.
 [12] 赵丽,田姗,辛红娟,等.Snyder希望理论的护理干预对急性高血压性脑出血患者心理状态,生命质量及神经功能的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(2):81-86.
 [13] Liu Z, Zhang X, Ma L. Analysis of correlation between MSCT classification and prognosis of basal ganglia hypertensive intracerebral hemorrhage[J].Discussion of Clinical Cases,2020,6(4):1-1.
 [14] 伏瑜,辛玲,邓忠玲,等.目标导向性康复护理对ICU高血压脑出血患者神经功能的影响[J].临床与病理杂志,2020,40(9):2463-2468.
 [15] 张双,于美.人性化护理在高血压脑出血患者血肿穿刺引流术后的应用效果[J].中医学报,2020,8(1):309-310.