

. 护理技术 .

系统化整体护理对颅内破裂动脉瘤介入治疗后
心理状态及认知功能的影响

杜梦妮 陈 功

【摘要】目的 探讨系统化整体护理对颅内破裂动脉瘤介入治疗后心理状态和认知功能的影响。**方法** 回顾性分析 2019 年 1 月至 2020 年 5 月介入治疗的 86 例颅内破裂动脉瘤的临床资料。根据护理方法分为对照组(40 例)和观察组(46 例)。对照组进行常规护理,观察组在常规护理的基础上进行系统化整体护理。入院时、出院时采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估精神状况;采用简易智能量表(MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评估认知功能。**结果** 入院时,两组 SAS 评分、SDS 评分、MMSE 评分和 MoCA 评分均无统计学差异($P>0.05$);出院时,两组 SAS 评分、SDS 评分、MMSE 评分和 MoCA 评分均明显改善($P<0.05$),并且观察组明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 颅内破裂动脉瘤介入治疗后进行系统化整体护理,可显著提高病人的认知功能,减少负面情绪。

【关键词】 颅内破裂动脉瘤;介入治疗;系统化整体护理;认知功能康复效果

【文章编号】 1009-153X(2020)10-0722-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

颅内动脉瘤破裂是导致蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)的主要原因^[1]。SAH 会诱发不同程度的神经损伤,导致认知功能障碍,影响病人的生活质量。良好的临床护理,有助于病人神经功能的快速恢复^[2,3]。系统化整体护理是以现代化的护理理念为指导的新型护理模式,从心理、生理、饮食等方面为病人提供系统化、综合性的临床护理,强化临床治疗效果,促进病人快速康复^[4]。本文探讨系统化整体护理对颅内破裂动脉瘤介入治疗后心理状态及认知功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2019 年 1 月至 2020 年 5 月收治的 86 例颅内破裂动脉瘤的临床资料,均采用介入治疗。根据护理方法分为对照组(40 例)和观察组(46 例),两组病人基本资料无统计学差异($P>0.05$,表 1)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理进行干预,包括健康教育、治疗前后病情监护和并发症干预等。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上进行系统化整体护理。①心理护理:术后部分病人仍有明显头痛,开展积极有效的心理护理可以缓解焦虑和疼痛,并提高

治疗依从性。②术后护理:术后将病人转移至重症监护室,密切监测生命体征变化和脑血管痉挛、脑积水的发生情况。③安全护理:防止坠床;防止胃管、吸氧管、导尿管等脱落。④运动指导:为病人制定个体化运动方案,引导病人家属协助病人进行被动运动,活动病人的关节、肢体等,待进一步恢复后,可协助病人站立、缓慢行走、洗脸、刷牙等,循序渐进提高病人的生活自理能力。⑤饮食护理:制定合适的饮食方案,确保营养全面。⑥物理治疗:采用低频脉冲电刺激疗法、高压氧治疗等物理疗法进行康复治疗。⑦出院护理支持:通过微信、电话等途径对病人的基本情况随访,了解病人康复状况,督促病人定期检查^[5]。

1.3 观察指标 入院时、出院时采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评估精神状况;采用简易智能量表(MMSE)和蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评估认知功能。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行处理;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 t 检验; $P<0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

2.1 两组 SAS 和 SDS 评分比较 入院时,两组 SAS 和 SDS 评分均无统计学差异($P>0.05$);出院时,两组 SDS 和 SAS 评分明显下降($P<0.05$),并且观察组明显

表 1 两组基本资料比较

组别	年龄(岁)	性别(例,男/女)	动脉瘤直径(mm)	Hunt-Hess 分级(例,Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ)
观察组	59.8±9.6	28/18	10.71±2.95	20/13/3
对照组	59.6±9.8	24/16	10.65±2.92	28/10/2

表 2 两组心理状态量表评分和认知功能量表评分比较(分)

组别	评估时间	SAS 评分	SDS 评分	MMSE 评分	MoCA 评分
对照组	入院时	63.76±8.34	56.27±7.83	10.36±3.12	11.82±2.26
	出院时	49.61±6.38	47.72±6.44	10.87±3.24	12.12±2.35
观察组	入院时	64.17±8.96	57.12±7.94	15.72±4.12	18.71±3.14
	出院时	37.76±5.81	38.16±5.25	20.38±4.36	22.73±3.85

注:与入院时相应值比,* $P<0.05$;与对照组相应值比,# $P<0.05$;SAS. 焦虑自评量表;SDS. 和抑郁自评量表;MMSE. 简易智能量表;MoCA. 蒙特利尔认知评估量表

低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

2.2 两组认知功能评分比较 入院时,两组 MMSE 和 MoCA 评分均无统计学差异($P>0.05$);出院时,两组 MMSE 和 MoCA 评分均明显增高($P<0.05$),而且观察组模型高于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

介入治疗是颅内动脉瘤病人常用的治疗方法^[6],但是术后可能会出现认知功能障碍、自理能力下降、脑血管痉挛、再出血和脑积水等并发症^[7]。近年来,研究发现,有效的护理干预可以减少颅内破裂动脉瘤病人术后并发症^[2]。系统化整体护理是以现代化的护理理念为指导,为病人提供系统化、综合性的临床护理服务,经系统培训的护理人员通过从心理、生理、饮食、辅助治疗、康复治疗等各方面提供专业化的护理服务,让病人从中获得更大的受益,促进病人快速康复^[4]。本文观察组病人采用系统化整体护理,通过从心理、生理、饮食、康复等各方面进行有效干预,在专业化护理措施的影响下,病人及其家属能够积极配合临床治疗,对病人康复发挥更加积极的作用,比如病人会主动进行肢体功能恢复训练,家属会积极帮助病人开展康复训练,病人康复的进度较对照组更快,心理压力逐步释放,心理状态得以及时调整,焦虑、紧张等负面情绪显著减少,表现为 SAS 和 SDS 评分降低,病人的认知功能恢复较快,出院时 MMSE 和 MoCA 评分显著提高。

总之,颅内破裂动脉瘤介入治疗后进行系统化

整体护理,可显著提高病人的认知功能,减少负面情绪。

【参考文献】

[1] 张 兰,库洪彬,王 敏,等. 动脉瘤性蛛网膜下腔出血病人血清 sLOX-1、netrin-1 水平变化及其与病人预后的关系[J]. 中国临床神经外科杂志,2020,25(6):377-380.

[2] 荣向霞,黄冠敏,黄 艳,等. 加速康复外科护理在动脉瘤性蛛网膜下腔出血患者围手术期的应用效果[J]. 安徽医学,2019,40(9):1060-1062.

[3] 徐跃峤,王 宁,胡 锦,等. 重症动脉瘤性蛛网膜下腔出血管理专家共识(2015)[J]. 中国脑血管病杂志,2015,12(4):215-225.

[4] 苏 琳,王斌全,袁剑云,等. 系统化整体护理的研究进展[J]. 护理研究,2009,23(5):1322-1323.

[5] 王 娜,张娜芹,马春梅,等. 动脉瘤性蛛网膜下腔出血病人认知功能障碍的护理研究进展[J]. 护理研究,2019,33(7):1170-1173.

[6] 国家卫生计生委脑卒中防治工程编写委员会. 中国动脉瘤性蛛网膜下腔出血诊疗指南[J]. 中国脑血管病杂志,2016,13(7):384-392.

[7] 朱琳琳,边 锐,程 超,等. 前交通动脉瘤患者认知功能研究[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2016,15(5):417-419.

(2020-07-09 收稿,2020-08-10 修回)