

. 护理技术 .

改良精细化宣教对脑血管病介入术后焦虑的影响

杨俊丽 刘喜梅

【摘要】目的 探讨围手术期改良精细化宣教对脑血管病介入术后焦虑的影响。**方法** 回顾性分析 2021 年 5 月至 2023 年 4 月行介入治疗的 312 例脑血管病的临床资料。围手术期采用常规宣教方法 212 例(对照组),采用改良精细化宣教方法 100 例(观察组)。术后采用焦虑自评量表(SAS)评分评估焦虑。**结果** 观察组 SAS 评分(38.71 ± 15.61)分,其中轻度焦虑 14 例,重度焦虑 7 例,重度焦虑 5 例。对照组 SAS 评分(54.09 ± 13.83)分,其中轻度焦虑 62 例,中度焦虑 54 例,重度焦虑 29 例。观察组 SAS 评分明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 脑血管病介入治疗围手术期改良精细化宣教,能有效降低焦虑程度。

【关键词】 脑血管病;血管内介入术;改良精细化宣教;焦虑

【文章编号】 1009-153X(2023)10-0659-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 815.2; R 473.6

脑血管造影是诊断脑血管疾病的“金标准”^[1-3],是一种创伤性检查,可造成病人血压、心率改变等^[2]。研究发现,大部分脑血管疾病在接受介入治疗过程中,担心不良反应和临床疗效,容易引发紧张、焦虑、抑郁等不良情绪,产生负面影响^[4]。健康教育可提高病人对疾病的认知,树立战胜疾病的信心^[5]。传统健康教育不利于病人及家属对宣教内容的理解和记忆,使健康教育难以达到预期效果^[6]。如何快速掌握宣教内容并有效落实已成为围手术期护理关注的焦点。本文探讨围手术期改良精细化宣教和常规方式宣教对介入治疗后病人焦虑的影响。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准 入选标准:年龄 ≤ 80 岁;病人神志清楚,能配合完成术前、术后治疗、护理;缺血性及出血性脑血管病;糖尿病病史 ≤ 10 年;择期手术。排除标准:合并严重心、肺疾病;医源性缝合技术导致血肿;合并恶性肿瘤;合并肝脏疾病或肝肾功能不全、血液病。

1.2 研究对象 2021 年 5 月至 2023 年 4 月收治符合标准的脑血管病 312 例。围手术期采用常规宣教 212 例(对照组),采用改良精细化宣教 100 例(观察组)。两组基线资料无统计学差异($P > 0.05$,表 1)。

1.3 宣教方法

1.3.1 术前宣教 两组均完善各项检查,备皮,安定 10 mg、阿托品 0.5 mg 肌肉注射,术前 1 h 静脉滴注尼膜地平(4 滴/min)。一日睡眠 > 5 h,辅助睡眠药物,

生命体征平稳。对照组进行常规宣教。观察组组织预手术病人集中、多次观看脑血管介入宣教视频,内容包括术后肢体制动的方法及注意事项、术后饮水的原因及方法、术后正确翻身的方法及注意事项、护士足背动脉检查时的配合、家属需配合的具体内容等,使病人知晓如何配合术后治疗、护理。

1.3.2 术中宣教 对照组:导管室护士随时观察生命体征变化,并与病人沟通至完成检查、治疗。观察组:全麻病人密切监测病人全麻状态下心率、呼吸、血压波动情况;局麻病人根据需要,在医生指导下可观看随机视频资料,分散注意力。

1.3.3 术后宣教 对照组:传统口头宣教血管内治疗介入手术的注意事项,内容包括绝对卧床 24 h、穿刺侧肢体制动 8 h 后床上翻身、每小时观察穿刺点有无渗血血肿、观察肢体温度、颜色、足背动脉搏动情况并记录、术后饮水注意事项、正确翻身方法、床上大小便方法。观察组:病人观看视频护士协同示范,根据配合程度护士重点指导和强调。

1.4 焦虑的评估方法 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分评估焦虑,其中 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。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 20.0 软件分析;定量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 t 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组 SAS 评分(38.71 ± 15.61)分,其中轻度焦虑 14 例,重度焦虑 7 例,重度焦虑 5 例。对照组 SAS 评分(54.09 ± 13.83)分,其中轻度焦虑 62 例,中度焦虑 54 例,重度焦虑 29 例。观察组 SAS 评分明显低于

表 1 两组别人的基线资料比较

临床资料	总例数(n=312)	对照组(n=212)	观察组(n=100%)
性别(例,男/女)	210/102	135/77	75/25
年龄(岁)	59.7±10.5	60.3±10.1	58.5±11.2
合并高血压病(例)	62(19.9%)	46(21.7%)	16(16%)
合并糖尿病(例)	39(12.5%)	24(11.3%)	15(15%)
冠心病病史(例)	16(5.1%)	12(5.7%)	4(4%)
体质实数(kg/m²)	20.4±3.2	20.5±3.2	20.4±3.2
吸烟史(例)	194(62.2%)	126(59.4%)	68(68%)
饮酒史(例)	207(66.3%)	135(63.7%)	72(72%)

对照组($P<0.05$)。

3 讨论

随着医疗改革进程的推进,现阶段病人的需求已经不仅仅局限于疾病的治疗,更侧重于所接受到的护理服务质量,现代化的护理模式也逐步过度到以病人为中心的个性化、多角度的护理模式^[7]。脑血管病人受年龄、文化程度等因素的影响^[8],对疾病相关知识掌握情况各不相同。修琳等^[9]报道精细化护理的健康宣教指通过讲座、多媒体、微信及一对一指导等多元化方式进行宣教。本研究正是对精细化护理措施的补充,增加视频协同示范可更直接、全面、有效地保证宣教效果,强调宣教后的落实,如卧床正确喝水、卧床大小便器使用、术肢制动翻身方法等注意事项。

多数病人对全脑血管造影存在陌生、恐惧心理,从排斥手术到逐渐接受手术,反复看精细化宣教视频起着至关重要的作用。通过视频了解手术过程、熟悉围手术期配合要点、掌握介入治疗后注意事项,增强对其依从性及耐受性,减轻紧张和恐惧心理,有利于恢复和减少并发症。采用微视频健康教育,病人及家属对脑血管病介入治疗相关知识掌握的更多更牢固,能更积极主动地配合临床治疗及护理,从而提高诊疗依从性^[10,11]。

总之,脑血管介入术围手术期精细化宣教,能提高病人的认知度,减轻恐惧心理,提高病人对手术的耐受性,有效降低术后焦虑程度。

【参考文献】

[1] 韩新巍. 介入治疗临床应用与研究进展[M]. 郑州: 郑州大

学出版社,2008:47.

[2] 赵慧强,陈旭,刘洪阳,等. 冠心病合并缺血性脑血管病人一站式完成心脑血管介入治疗的可行性研究[J]. 中国介入心脏病学杂志,2021,29(3):154-158.

[3] 王友杰,张忠俊,程清涛. 三维MRI血管成像与DSA对脑血管疾病病人动脉粥样硬化狭窄程度的评估价值比较[J]. 中国CT和MRI杂志,2022,20(8):38-40.

[4] 张卉,牛振娥,吴忠慧,等. 基于个人与家庭自我管理理论的健康教育在脑血管介入治疗病人中的应用[J]. 临床与病理杂志,2021,41(4):848-853.

[5] 王秋磊,祁小红. 心介入导管室专科护理质量敏感指标的初步构建[J]. 中国实用护理杂志,2018,34(33):2587.

[6] 詹也男,付晓华,赖茂珍,等. 微视频扫码用于脑血管病介入治疗病人健康教育[J]. 护理学杂志,2022,37(3):10-12,38.

[7] 沈秀红,王孝欣,林萍. 手术室整体护理中人性化护理理念的应用效果分析[J]. 中国医药指南,2015,13(5):261-262.

[8] 康颖,王熙燕,赵慧,等. 反馈式健康教育结合心理疏导在脑血管疾病护理中的应用[J]. 西部医学,2019,31(12):1948-1951.

[9] 修琳,栗江霞,王建红. 精细化护理在脑血管造影术后病人中的应用[J]. 护理研究,2022,36(9):1690-1692.

[10] 吕鹏,王芬,朱亚鑫,等. 四川省护士工作环境现状及影响因素研究[J]. 中国卫生统计,2020,37(1):90-93.

[11] ZHANG C, WANG S, LI H, *et al.* Anaesthesiology in China: a cross-sectional survey of the current status of anaesthesiology departments [J]. Lancet Reg Health West Pac, 2021, 12: 100166.

(2023-08-02收稿,2023-09-12修回)