

临床护理路径在缺血性脑血管病介入患者护理中的应用

孙华娟, 谈士慧, 王玲

南京医科大学附属淮安第一医院神经内科, 江苏 淮安 223300

摘要: **目的** 探讨实施临床护理路径对缺血性脑血管病介入患者术后并发症及情绪的影响。**方法** 将 2016 年 8 月至 2018 年 8 月在本院治疗的 180 例脑血管介入患者按照入院时间先后分为观察组与对照组, 每组 90 例患者。观察组予以临床护理路径进行管理, 对照组采用常规护理管理, 观察并记录两组患者手术前后疾病不确定感量表 (MUIS) 评分、状态焦虑量表 (SAI) 评分及术后并发症的情况。**结果** 观察组下肢静脉血栓、假性动脉瘤、穿刺部位渗血并发症发生率略低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 观察组患者的 MUIS、SAI 评分改善情况显著优于对照组 ($P < 0.01$)。**结论** 对于脑血管介入患者, 实施临床护理路径可能降低术后并发症的发生率, 改善患者不确定感、焦虑等负面情绪, 有利患者生活质量的提高。

关键词: 临床护理路径; 脑血管介入; 并发症; 焦虑; 疾病不确定感; 缺血性脑血管病

中图分类号: R 743 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2020)06-0863-03

缺血性脑血管病是神经科常见的急性脑血管病, 具有高发病率、高致残率、高致死率、高复发率等特点, 给个人、家庭、社会带来沉重负担^[1-2]。2015 年发表在新英格兰杂志上的五大临床研究结果证实, 血管内治疗 (ET) 可以使急性前循环大血管闭塞脑卒中患者获益^[3-7], 这一结论为急性脑卒中患者的治疗带来了福音。然而手术作为应激源, 不同患者对于手术会产生不同程度的不确定感及焦虑^[8]。对于疾病的不确定感及焦虑状态可能会影响患者的治疗效果及临床预后。本文针对临床护理路径对缺血性脑血管病介入患者术后并发症及情绪的影响。作如下报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2016 年 8 月至 2018 年 8 月在本院住院治疗的缺血性脑血管病介入患者 180 例为研究对象。根据入院时间先后顺序将患者分为观察组和对照组, 各 90 例。观察组男性 52 例, 女性 38 例; 年龄 (63.8 ± 7.5) 岁; 糖尿病患者 22 例, 高血压患者 55 例, 高血脂患者 36 例, 吸烟史患者 39 例, 饮酒史患者 31 例, 房颤患者 7 例。对照组男性 49 例, 女性 41 例; 年龄 (61.5 ± 7.2) 岁; 糖尿病患者 26 例, 高血压患者 57 例, 高血脂患者 33 例, 吸烟史患者 32 例, 饮酒史患者 33 例, 房颤患者 9 例。两组患者基本临床资料比较均无统计学差异 ($P > 0.05$)。本研究

在患者知情同意并由本院伦理委员会批准的情况下进行。纳入标准: (1) 符合缺血性脑血管病的诊断标准, 即头颅 CT 或 MRI 排除脑出血, 数字减影脑血管造影 (DSA)、CTA 或 MRA 检查明确脑血管狭窄; (2) 无明显认知障碍, 能准确表述自身感受; (3) 无严重肝、肾等重要脏器功能障碍; (4) 近期 (6 个月) 来无明显影响情绪的感情事件。

1.2 方法 对照组采用传统的教育方式, 患者只接受护士口头讲解的方式提供的常规的健康教育及护理措施: 术前备皮, 告知患者或家属术前禁食、禁饮, 术中及术后监测患者各项生命体征, 记录患者血压、足背动脉搏动、下肢皮肤温度、排尿等情况, 若有异常情况应立即报告责任医师进行处理。由护士长及科室内骨干护士及责任医生组成临床护理路径小组对观察组患者进行护理干预: (1) 入院时: 主管护士、分管医护人员自我介绍, 宣讲医院、科室规章制度, 引领患者及家属熟悉科室环境, 尽快消除其对环境的陌生感; 询问患者现病史、既往史、家族史, 做好入院评估, 及时落实各项护理措施; 向患者及家属介绍神经系统疾病的基本知识及治疗方案, 讲解相关检查的目的及注意事项; 给予饮食、生活习惯指导, 适当进行心理辅导; 床尾放置信息交流单 (患者或家属写下想了解的护理问题, 护理人员收集问题后给予及时解答, 并记录在计划单上); 根据不同患者制定个性化护理措

施;(2)术前:再次评估患者病情严重程度,进行必要的心理护理,消除患者术前紧张情绪;训练患者床上大小便;简单讲解手术目的、简要过程,术后注意事项及可能出现的并发症;邀请成功手术患者,讲解手术感受,心得,增加患者信心;床边指导患者右下肢制动训练,并练习制动时的床上大小便及翻身活动;(3)术中:准备好抢救药物,严格执行各项护理操作流程,保证手术顺利进行,全程陪护患者身边,严密监测患者生命体征并作相关记录,一旦出现不良事件及时报告给责任医师,遵医嘱采取救护措施;(4)术后当天:监测、记录患者基础生命体征的变化,术侧下肢伸直制动大于 12 h,观察足背动脉搏动;指导患者进食种类、方法,鼓励患者适当喝水;鼓励患者真实表达自身感受,加强心理辅导;(5)出院时:告知出院流程和办理出院时所需手续,出院带药的服用方法,注意事项,以及复诊时间。

1.3 观察指标 观察并记录观察组和对照组患者的术后下肢静脉血栓、假性动脉瘤、穿刺部位渗血发生率及脑血管介入手术前后疾病不确定感量表(MUIS)评分、状态焦虑量表(SAI)评分情况。(1)患者术后下肢静脉血栓、假性动脉瘤均由双下肢血管彩超或CTA确诊;(2)术后如穿刺局部皮肤、皮下出现大小不等的淤斑、肿块压之不褪或血液直接从穿刺局部溢出即判断为渗血;(3)MUIS是一个自我评价式的量表,共25个条目,每个条目采用Likert5级评分法:1分非常不同意,2分不同意,3分不确定,4分同意,5分非常同意,总分数为25~125分,分数越高,表示患者存在较高的疾病不确定。总量表Conbrach's系数为0.838。(4)SAI用于评定短暂的焦虑状态,共20个条目,采用Likert4级评分法,1分为完全没有,2分为有些,3分为中等程度,4分为非常明显,总分20~80分,分数越高,表示焦虑状态越严重。

1.4 统计学方法 选择SPSS 17.0进行数据统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用成组 t 检验;计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组基本临床资料比较 观察组与对照组患者在年龄、性别、糖尿病、高血压病、心房颤动等方面无明显统计学差异($P > 0.05$)。见表1。

2.2 两组手术相关并发症比较 观察组患者下肢静脉血栓形成、假性动脉瘤、穿刺部位渗血等并发症的发生率明显低于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

2.3 两组患者焦虑状态比较 观察组与对照组患者在入院时的焦虑状态无明显差异($P > 0.05$);术前24 h,对照组患者的焦虑状态加重,而对照组患者的焦虑状态较术前有下降趋势,两组之间有明显统计学差异($P < 0.01$);术后24 h,观察组患者的焦虑状态明显下降,对照组患者有所好转,两组患者间具有明显统计学差异($P < 0.01$);出院当天,两组患者焦虑情绪均明显好转,但观察组患者仍明显好于对照组,且具有统计学意义($P < 0.01$)。见表3。

2.4 两组患者不确定感比较 两组患者入院当天不确定感均较明显,无统计学差异($P > 0.05$);术前24 h、术后24 h、出院当天,两组患者的不确定感均呈现逐渐好转趋势,但观察组患者在不同时间节点的不确定感好转程度均明显优于对照组,且具有显著统计学差异($P < 0.01$)。见表4。

表1 两组患者基本资料比较 [$n = 90$, 例(%)]

组别	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	男性	糖尿病	高血压	心房颤动
观察组	63.8 \pm 7.5	52(57.78)	22(24.44)	55(61.11)	7(7.78)
对照组	61.5 \pm 7.2	49(54.44)	26(28.89)	57(63.33)	9(10.00)
t/χ^2 值	2.099	0.203	0.455	0.095	0.274
P 值	0.037	0.652	0.500	0.758	0.600

表2 两组患者术后并发症的比较 [$n = 90$, 例(%)]

组别	下肢静脉血栓	假性动脉瘤	穿刺部位渗血
观察组	2(2.22)	1(1.11)	6(6.67)
对照组	7(7.78)	4(4.44)	13(14.44)
χ^2 值	1.871	0.823	2.883
P 值	0.171	0.364	0.089

表3 两组患者手术前后SAI评分的比较 ($n = 90$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	入院当天	术前24 h	术后24 h	出院当天
观察组	47.63 \pm 5.16	46.57 \pm 5.33	42.15 \pm 4.24	40.06 \pm 4.01
对照组	47.76 \pm 5.22	49.67 \pm 6.27	47.55 \pm 5.41	45.76 \pm 4.92
t 值	0.219	3.574	7.453	8.520
P 值	0.826	0.001	0.000	0.000

表4 两组患者手术前后MUIS评分的比较 ($n = 90$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	入院当天	术前24 h	术后24 h	出院当天
观察组	77.66 \pm 6.21	72.09 \pm 5.76	65.19 \pm 4.45	50.06 \pm 3.91
对照组	77.80 \pm 6.34	75.65 \pm 6.07	70.21 \pm 5.19	60.73 \pm 4.65
t 值	0.150	4.036	6.967	16.661
P 值	0.881	0.000	0.000	0.000

3 讨论

随时社会的不断发展,我国经济水平的不断提高,人民的生活习惯、生存环境不断改善,人口的老齡化也随之不断加剧,脑血管病已成为危害我国人民健康的主要病症之一,具有较高的发病率、致残率、致死率、复发率,给个人、家庭、社会带来沉重的负担^[1]。

血管介入治疗为缺血性脑卒中患者带来了福音,并广泛应用于临床。

但是诸多因素影响、制约着血管内介入治疗患者的临床预后。比如,围手术期患者如果得不到正确、及时的护理,可能会增加手术后并发症的发生;再者,血管介入治疗虽然具有创伤小的特点,但多数患者是在局部麻醉的状态下接受手术治疗,因此,围手术期的患者易产生焦虑、不确定感、紧张等不良心理情绪,后者会引起呼吸急促、血压上升、心率加快等症状,从而影响介入手术治疗的效果及临床预后。所以,对于血管介入治疗患者进行全面的临床护理十分重要。

临床护理路径是针对不同疾病的诊断,以患者为中心,制订最佳的标准服务和管理方式,贯彻于患者入院到出院的全过程。与传统护理模式相比,临床护理路径更具有针对性,可显著改善患者的预后,减少手术不良相关事件的发生率。金转兰^[9]的研究表明,子宫肌瘤患者在围手术期采取临床护理路径可缩短患者的预后恢复时间,改善患者的睡眠质量,提高患者的护理舒适度。在本研究中,对急性缺血性脑血管病患者实行临床护理路径后,降低了患者血管介入治疗后下肢静脉血栓形成、假性动脉瘤、穿刺部位渗血等并发症的发生率。提示了临床护理路径在患者术后并发症的控制方面起到了积极作用。

血管介入手术虽然是微创手术,但仍可作为应激源对患者造成刺激,在围手术期尤为明显,严重时可能导致患者产生紧张、焦虑及不确定感等负面情绪,不利于手术的顺利开展^[10]。

焦虑状态是一种紧张不安的内心感受,是一种对潜在危险的情绪反应。焦虑状态下,患者的交感神经兴奋性增高,引起心率加快、血压升高,严重时会影响睡眠、食欲,甚至出现心慌、恶心、呕吐等症状,最终可能影响疾病的治疗效果^[11]。本研究的所有患者在入院时均存在焦虑情绪,虽然医护人员对疾病进行了解释,但对照组患者的焦虑情绪在院期间并没有得以消除,只有在出院时才有所好转。而观察组患者在临床护理路径小组成员的帮助下,焦虑情绪的好转情况明显优于对照组患者。表明与传统护理方式相比,临床护理路径更有利于患者焦虑情绪的管理。

疾病不确定感是一种认知状态,来源于患者对疾病缺乏相关知识、对自身疾病的状态缺乏明确认知、疾病进展及预后的担忧等。有研究表明,疾病不确定感会产生多方面影响,它会降低患者心理调节能力和

应对突发情况的处理能力,从而影响患者的躯体、认知等功能^[12]。本研究中,所有患者在入院时均存在明显的不确定感,随着医护人员对疾病的介绍及患者对自身病情的不断了解,所有患者的不确定感较入院时均呈现下降趋势,这种情况在观察组更为明显,提示实施临床护理路径可有效减轻患者的不确定感,使患者能更好的配合治疗。

本研究结果表明通过对急性缺血性脑卒中患者实施临床护理路径,为患者提供更细致的医疗服务,可增加患者对医护人员的信任,降低患者对疾病的焦虑情绪和不确定感,最终保障了介入治疗的效果及预后。

参考文献

- [1] Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the American Heart Association[J]. *Circulation*, 2015, 131(4): e29 – e322.
- [2] Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke[J]. *N Engl J Med*, 2008, 359(13): 1317 – 1329.
- [3] Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection[J]. *N Engl J Med*, 2015, 372(11): 1009 – 1018.
- [4] Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke[J]. *N Engl J Med*, 2015, 372(11): 1019 – 1030.
- [5] Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke[J]. *N Engl J Med*, 2015, 372(24): 2296 – 2306.
- [6] Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke[J]. *N Engl J Med*, 2015, 372(24): 2285 – 2295.
- [7] Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke[J]. *N Engl J Med*, 2015, 372(1): 11 – 20.
- [8] 赵会芳. 个性化临床护理路径对围手术期患者疾病不确定感及焦虑状态的影响[J]. *山东医学高等专科学校学报*, 2015, 37(4): 296 – 297.
- [9] 金转兰. 临床护理路径在子宫肌瘤患者围手术期护理中的应用[J]. *甘肃医药*, 2016, 35(12): 945 – 947.
- [10] 李兴民, 王明旭. 现代行为医学[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2000.
- [11] 郭小荣, 董景文. 恶性肿瘤伴焦虑、抑郁病人的心理护理研究[J]. *护理研究(上旬版)*, 2011, 25(1): 54 – 55.
- [12] 崔洪艳. 慢性病患者家属疾病不确定感与社会支持、应对方式的相关性研究[D]. 延吉: 延边大学, 2010.

收稿日期: 2019 – 11 – 11 编辑: 王国品