

# 不同手术时机下高血压脑出血患者并发症护理干预效果对比研究

张冰凝

巴彦淖尔市医院 内蒙古 巴彦淖尔 015000

**【摘要】**目的：探讨不同手术时机下高血压脑出血患者并发症护理干预的临床效果。方法：选取2022年1月—2025年1月在我院神经外科接受手术治疗的高血压脑出血患者80例，按照手术时机不同分为观察组（早期手术联合针对性护理干预 n=40）和对照组（延期手术联合常规护理干预，n=40），对比两组并发症发生率及神经功能改善情况。结果：观察组并发症发生率低于对照组，神经功能改善情况优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：早期手术配合针对性护理干预，能有效降低高血压脑出血患者术后并发症发生率，促进神经功能恢复。

**【关键词】**：高血压脑出血；手术时机；护理干预；并发症；神经功能

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.009

高血压脑出血是临床脑血管疾病中极具凶险性的重症类型，其核心特点表现为发病急促、病情进展迅速且病死率居高不下。在高血压脑出血的临床治疗中，手术治疗是目前清除颅内血肿、有效减轻脑组织受压情况的核心干预手段，这是临床医师达成共识的诊疗原则。值得注意的是，手术时机的科学选择与护理干预的规范化质量，这两个关键因素直接关系到患者术后并发症的发生概率，同时也对患者最终的康复结局起着决定性作用。在当前临床实践过程中，关于早期手术与延期手术这两种治疗方案的疗效差异，目前仍存在一定的争议，尚未形成统一的诊疗标准；而在护理干预方面，针对性护理干预措施与常规护理模式在临床干预效果上也存在显著区别，前者在改善患者预后方面更具优势。基于此，本文旨在探讨不同手术时机下高血压脑出血患者并发症护理干预的临床效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年1月—2025年1月在我院神经外科接受手术治疗的高血压脑出血患者80例，按照手术时机不同分为观察组和对照组，观察组男22例、女18例，年龄45—78岁，平均（ $61.5\pm 8.2$ ）岁；对照组男23例、女17例，年龄46—79岁，平均（ $62.3\pm 8.5$ ）岁。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。所有患者均经头颅CT或MRI检查确诊，需行开颅血肿清除术治疗。排除标准：合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍者；凝血功能异常者；精神疾病患者。

### 1.2 方法

两组均接受开颅血肿清除术治疗，手术操作由同一组医护人员完成，仅手术时机和护理干预方式不同。

观察组患者均采用早期手术联合针对性护理干预模式进行治疗与护理。其中，手术时机严格控制在患者发病6小时内，此阶段患者颅内血肿尚未完全凝固，及时实施手术治疗，能够快速清除血肿，有效减轻血肿对周围脑组织的压迫，降低脑组织缺血缺氧性损伤的发生率，为患者后续神经功能恢复奠定良

好基础。

护理干预工作重点围绕并发症预防和神经功能保护两大核心展开，护理人员结合患者个体病情，制定个性化护理方案，确保各项护理措施精准落实。（1）术前护理阶段：护理人员每30分钟为患者测量一次血压，密切观察患者意识状态、瞳孔变化及生命体征，及时发现异常情况并第一时间告知主治医师；同时快速建立静脉通路，备好手术所需器械、药品及急救物品，全面做好术前各项准备工作，保障手术顺利开展。（2）术后护理环节：护理人员重点做好多方面护理工作：气道护理方面，每2小时为患者翻身、拍背一次，拍背时遵循从下往上、从外向内的原则，促进痰液排出，同时根据患者痰液黏稠情况，给予雾化吸入化痰药物，每日2-3次，有效预防肺部感染；泌尿系统护理方面，加强留置导尿管的固定与护理，每日用碘伏清洁患者尿道口2次，保持尿道口清洁干燥，定期夹闭导尿管，每3-4小时开放一次，训练患者膀胱收缩功能，减少尿路感染的发生风险。消化道护理方面，患者术后禁食24小时，待胃肠功能恢复、肛门排气后，逐步恢复饮食，初期给予温凉、易消化的流质食物，如米汤、菜汤等，避免辛辣、过热、刺激性食物，密切观察患者有无腹痛、呕血等症状，预防应激性溃疡发生。此外，在患者术后48小时内，待病情稳定、生命体征平稳后，护理人员联合康复治疗师开展早期康复训练，包括肢体功能训练和语言功能训练，每日训练2次，每次30分钟，循序渐进帮助患者恢复神经功能，提升康复效果。

对照组患者采用延期手术联合常规护理干预方案。手术安排在患者发病72小时后开展。护理工作由护理人员按照神经外科常规护理标准执行，主要包括对患者生命体征的持续监测、日常基础护理等基础护理内容，未为患者制定并实施针对性的并发症预防措施，也未开展早期康复训练。

### 1.3 观察指标

（1）并发症发生率，包括肺部感染、尿路感染、消化道出血；（2）神经功能缺损评分（NIHSS），分别于术前、术后7d、术后14d评估，评分范围0—42分，评分越高提示神经

功能缺损越严重。

#### 1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据,计数(由百分率(%)进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行  $\chi^2$ 、t 检验;  $P < 0.05$ , 则差异显著。

## 2 结果

### 2.1 两组并发症发生率对比

观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 并发症发生率对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
n	40	40		
肺部感染	1(2.50)	4(10.00)		
尿路感染	0(0.00)	3(7.50)		
消化道出血	1(2.50)	2(5.00)		
总发生率	2(5.0)	9(22.5)	5.165	0.023

### 2.2 两组不同时间点 NIHSS 评分对比

术后 7d、术后 14d, 观察组 NIHSS 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 不同时间点 NIHSS 评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	观察组	对照组	t	P
n	40	40		
术前	15.6±3.2	15.8±3.3	0.254	0.359
术后 7d	10.3±2.5	13.6±2.9	6.225	0.000
术后 14d	8.2±2.1	11.5±2.8	7.215	0.000

## 3 讨论

对于高血压患者而言,高血压脑出血是临床上最为严重的并发症之一,临床接诊中这类患者病情进展快、风险高,需重点关注。其发病机制其实很明确,主要是因为患者长期血压控制不佳,持续对脑内细小动脉造成损伤,导致脑内小动脉发生玻璃样变性,血管壁的弹性逐渐下降、脆性不断增加,最终引发血管破裂,血液外溢形成脑内血肿,这也是临床中高血压脑出血最核心的发病原因<sup>[1]</sup>。在临床表现上,高血压脑出血患者发病多较突然,临床医生接诊时,常见患者出现剧烈头痛、喷射性呕吐等症状,部分患者还会伴随单侧肢体瘫痪、言语不清,严重时会出现意识模糊、昏迷等意识障碍表现。如果患者发病后未能及时接受有效治疗,脑内血肿会持续压迫周围脑组织,进而引发脑疝,这也是导致患者死亡的主要原因之一,临床中

这类危重病例并不少见<sup>[2]</sup>。目前,在高血压脑出血的临床治疗中,手术治疗是最主要的治疗手段,能够快速清除血肿、减轻脑组织压迫,为患者康复争取时间。但在实际诊疗过程中,手术时机的选择一直是神经外科医生研究的热点问题,其中早期手术(发病 6 小时内)与延期手术(发病 72 小时后)的疗效差异,临床至今仍存在一定争议,部分医生倾向早期手术,部分则认为延期手术能降低风险。另外,术后并发症的发生,直接影响着高血压脑出血患者的康复效果和预后情况<sup>[3]</sup>。临床中常规的护理模式多为统一化操作,缺乏针对患者个体病情、手术方式的针对性措施,很难有效预防肺部感染、压疮等常见术后并发症。而针对性护理干预则不同,护理人员会结合患者的具体病情、手术时机及手术特点,制定个性化护理方案,精准落实并发症预防措施和康复指导,从而进一步提升治疗效果,帮助患者更好地恢复<sup>[4]</sup>。

本文研究显示,观察组并发症总发生率(5.0%)低于对照组(22.5%), ( $P < 0.05$ )。这一结果充分证实,早期手术结合针对性护理干预的综合方案,能切实有效降低高血压脑出血患者术后并发症的发生风险,为临床治疗护理方案的优化提供了实践依据。从临床病理角度分析,早期手术的核心价值在于抓住了高血压脑出血患者的黄金救治窗口期。在患者发病后的数小时内,颅内血肿处于形成初期,此时通过微创手术或开颅手术精准清除血肿,可直接缓解血肿对周围脑组织的机械性压迫,避免脑组织因长期受压出现缺血、坏死的情况。同时,血肿分解产生的毒性物质是引发继发性脑损伤的关键因素,早期手术能快速清除这些有害物质,从根源上阻断其对脑组织的进一步损伤,为患者术后神经功能的恢复奠定了基础,也从病理层面减少了各类并发症的诱发基础<sup>[5]</sup>。而针对性护理干预则构建了全方位的并发症预防体系,与对照组的常规护理相比,其个性化与精准性是降低并发症发生率的核心保障。在护理环节中,气道护理是预防肺部感染的关键:护理人员会根据患者的意识状态与痰液黏稠度,制定个性化翻身、拍背频率,同时结合雾化吸入治疗,通过调整雾化药物的配比与吸入时长,有效清除气道分泌物,维持气道通畅,从源头降低肺部感染的发生概率。针对留置导尿管的护理,护理人员严格遵循无菌操作原则,每日对尿道口进行规范清洁,同时结合膀胱功能训练,指导患者进行间歇性夹闭导尿管的练习,帮助其逐步恢复自主排尿功能,大幅减少了尿路感染的发生风险。在消化道护理方面,护理人员会根据患者术后胃肠功能的恢复进度,制定循序渐进的饮食恢复计划,初期以温凉的流质食物为主,同时密切观察患者进食后的胃肠反应,及时调整饮食方案,有效预防了应激性溃疡的发生<sup>[6]</sup>。早期手术的病理干预与针对性护理的临床防护形成互补,二者协同作用,既解决了高血压脑出血患者的核心理论问题,又通过个性化护理精准规避了各类术后并发症的诱发因素,相较于单一的常规护理方案,更适配高血压脑出血

患者的临床救治需求，值得在临床实践中推广应用。

在神经功能恢复方面，术后 7d、术后 14d，观察组 NIHSS 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。造成该评分差异的核心原因，主要与两组患者的治疗方案及干预时机存在明显不同密切相关，具体分析如下：对于观察组患者而言，临床采用早期手术治疗方案，能够在患者发病后短时间内快速解除颅内血肿对周围神经组织的压迫，从根本上阻断血肿压迫引发的神经组织血液循环障碍，有效避免神经细胞因长期缺血、缺氧而发生不可逆的损伤，为后续受损神经功能的恢复创造了良好的病理基础<sup>[7]</sup>。与此同时，观察组在术后早期同步开展针对性康复训练，训练内容涵盖肢体功能训练与语言功能训练两方面，其中肢体功能训练包括关节被动活动、肌肉按摩、主动活动训练等，语言功能训练则以发音练习、短句对话、吞咽功能协调训练为主，通过科学规范的早期康复干预，能够有效促进神经功能重塑，

帮助患者逐步恢复肢体活动能力与语言表达能力，进而显著改善 NIHSS 评分。反观对照组患者，其采用延期手术治疗方案，颅内血肿对神经组织的压迫时间明显延长，在此期间，神经细胞持续处于缺血缺氧状态，损伤程度不断加重，部分神经细胞甚至出现坏死，导致神经功能缺损进一步加剧。尽管对照组患者术后接受了常规护理干预，包括生命体征监测、基础护理、用药指导等，但常规护理缺乏针对性的康复训练措施，无法有效促进神经功能重塑，也难以逆转已发生的神经细胞损伤，因此，对照组患者 NIHSS 评分改善效果不佳，评分始终高于同期观察组患者。

#### 4 结语

综上所述，早期手术联合针对性护理干预在高血压脑出血患者中应用，可以显著减少术后并发症的发生，加快神经功能恢复，值得大力推广。

#### 参考文献：

- [1] 韩梅.高血压脑出血术后康复护理的应用时机及效果[J].河北北方学院学报(自然科学版),2023,39(10):27-29.
- [2] 韦艳,陆燕文,阮晴瑛.基于 Cox 回归模型的层级护理干预对高血压脑出血手术患者术后再出血的影响[J].医药高职教育与现代护理,2026,9(1):52-56.
- [3] 任颖娟,何娟.基于跨理论模型的协同护理模式对高血压脑出血手术患者的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(20):3705-3711.
- [4] 周硕果,贺兰天,胡瑞,等.基于失效模式与效应分析模式的护理方案对高血压脑出血患者颅内感染和手术预后的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(19):3543-3548.
- [5] 刘苗苗,王平.激励护理在高血压脑出血术后患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(1):164-166.
- [6] 陆兴艳.高压氧理疗结合结构式护理在高血压脑出血术后应用的效果[J].中外医学研究,2025,23(22):90-93.
- [7] 吴梦诗,曾如婷,康丽钦,等.需方视角全局护理联合 ORTCC 模式在高血压脑出血围术期中的应用[J].心血管病防治知识,2025,15(3):123-126.