

综合护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果

贾孟宇 董建敏^(通讯作者)

内蒙古心脑血管医院综合病房一区 内蒙古 呼和浩特 010076

【摘要】目的：评估综合护理干预在神经外科高血压脑出血手术患者中的护理效果，探讨其对术后恢复、并发症发生率等影响。方法：本研究纳入2025年1月到12月期间接受神经外科高血压脑出血手术治疗的100例患者，随机分为对照组与干预组，每组50例。对照组接受常规护理干预，干预组则在常规护理基础上实施综合护理干预。结果：干预组在术后神经功能恢复、血压控制、并发症发生率、恢复期活动能力及心理状态方面均显著优于对照组（ $P < 0.001$ ）。结论：综合护理干预显著促进神经外科高血压脑出血手术患者术后神经功能恢复，稳定血压，减少术后并发症的发生，让恢复期恢复活动能力，改善患者的心理状态，可作为神经外科高血压脑出血手术患者护理的有效方案，提高治疗效果并改善患者的预后。

【关键词】：综合护理干预；神经外科；高血压脑出血；手术患者

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.042

引言

高血压是脑出血的主要危险因素，长时间的血压升高让脑血管脆弱，最终基于血管压力发生破裂，致使血液渗漏至脑组织，引发脑出血。患者常表现为剧烈头痛、呕吐等症状，伴随病情的进展，血肿可能会压迫脑组织，进一步损害神经功能，造成生命威胁。综合护理干预涉及术前、术中及术后的全方位护理，能够精准评估患者的病情，制定个性化护理方案，有效执行手术各个环节，缓解患者的术后不适，减少术后并发症，还能促进患者在术后早期恢复意识、改善神经功能，并凭借心理疏导帮助患者恢复积极的心态，减轻心理压力。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入了2025年1月到12月期间接受神经外科高血压脑出血手术治疗的100例患者，分为对照组50例和干预组50例。对照组患者中，男性25例，女性25例，年龄范围为45至80岁，平均年龄为 (62.4 ± 9.2) 岁。干预组患者中，男性26例，女性24例，年龄范围为46至79岁，平均年龄为 (61.8 ± 8.9) 岁。两组患者的性别和年龄分布均匀，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 筛选标准

1.2.1 纳入标准

- （1）诊断为高血压脑出血，经过神经影像学检查确诊，符合脑出血的临床表现。
- （2）年龄在45岁至80岁之间，能够接受手术治疗，并能配合术后康复。
- （3）手术前病情稳定，且无严重的内科并发症^[1]。
- （4）术前意识清楚、无严重神经功能障碍，能够理解并配合护理方案。
- （5）患者或其法定监护人签署知情同意书，愿意参与本

研究，并能完成随访。

1.2.2 排除标准

- （1）伴有严重的多脏器功能衰竭，如肝脏、肾脏等，无法耐受手术治疗。
- （2）既往有脑外伤、脑肿瘤或其他重大脑部疾病史，导致症状与脑出血混淆。
- （3）合并恶性肿瘤、精神障碍或其他影响患者参与研究的严重疾病^[2]。
- （4）无法配合护理干预或存在语言障碍，无法与护理人员进行有效沟通。
- （5）术后出现严重并发症需要转入重症监护，无法继续本研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组患者在术后接受常规护理干预，主要包括基本生命体征监测、术后伤口护理、预防感染和并发症的常规治疗等。护理人员按照常规的护理流程操作，患者接受手术后常规的药物治疗及康复指导，护理内容不包括任何额外的干预措施或特别的个性化护理方案。

1.3.2 干预组

干预组接受神经外科高血压脑出血手术的患者，除了接受常规的术后护理外，还在其治疗过程中实施了综合护理干预，具体的干预措施如下：

- （1）术前评估与护理干预：评估所有患者术前健康，包括患者的基础疾病、血压控制情况等，为每个患者制定个性化的护理计划。严格监测血压控制不稳定的患者，保证血压在手术前达到理想水平，使用药物调整帮助患者控制高血压，降低术中出血的风险。术前给予患者充分的心理疏导，帮助患者缓解手术前的紧张情绪，为手术成功创造良好的心理条件。

(2) 术后监护: 术后 24 小时内密切监测患者的生命体征, 包括血压、心率等, 特别关注血压波动及可能的低血压等并发症。使用精准的仪器设备监测血压, 及时发现并处理异常变化。术后早期评估神经功能, 使用如格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 等量表评估患者的意识水平和神经功能恢复情况, 并按照评估结果决定是否需要进一步干预。加强高风险患者监护, 必要时给予药物干预, 如使用脱水药物控制颅内压, 抗凝药物调节血液黏稠度等, 采用无创的脑电图监测, 评估脑功能恢复的实时数据, 以便及时调整护理方案^[3]。

(3) 心理护理干预: 术后定期评估心理, 如术后可能出现的焦虑、抑郁等情绪问题, 及时识别并开展心理干预, 帮助其正确理解病情, 建立积极的康复心态。组织护理人员与患者及其家属沟通, 提供疾病知识教育, 解答患者在术后康复过程中的疑问, 增强患者的信心, 从而防止术后负面情绪的发生。另外, 设置术后心理支持小组, 定期疏导患者, 鼓励患者互相支持, 分享术后恢复过程中的心得体会, 以此增强患者的集体归属感。

(4) 术后并发症预防: 为干预组患者实施积极的术后并发症预防措施。利用早期下床活动, 预防深静脉血栓形成, 借助呼吸道畅通、肺部功能锻炼等措施, 预防肺部感染。同时, 为术后出现活动受限的患者, 提供个性化的康复训练, 如关节活动度训练、下肢肌力训练等, 防止患者长期卧床造成肌肉萎缩等问题。除此之外, 依据患者的恢复情况, 逐步开展脑部康复训练, 促进脑血流量恢复, 提高神经功能的恢复速度^[4]。

(5) 血压监测: 为术后血压变化较大的患者加强药物干预, 控制血压在合理范围内, 按照血压波动情况, 及时调整药物方案, 避免因血压波动过大引发脑出血复发或其他并发症。与此同时, 定期评估药物使用, 防止药物副作用的发生, 如使用降压药时关注药物的肝肾功能影响, 调整药物种类或剂量, 以保证药物的使用安全。告知术后需要长期服药的患者正确使用降压药及注意事项, 加强用药教育, 促使药物疗效最大化。

(5) 营养支持: 由于术后患者常因疼痛、吞咽困难或意识障碍等原因存在进食困难, 护理团队为患者制定合适的营养方案, 借助肠外营养、肠内营养等途径, 保证患者获得足够的营养支持, 促进术后恢复。同时, 依据患者的体重、年龄及基础代谢情况, 科学制定营养支持计划, 防止术后体力恢复缓慢, 并指导患者逐步恢复口服进食, 逐渐恢复到常规饮食, 密切监控患者的体重变化, 及时调整饮食结构^[5]。

(6) 患者教育: 术后阶段, 采用个别指导及集体讲座等形式, 普及高血压脑出血的相关知识, 教会患者如何监控血压、注意药物使用等, 帮助患者更好地参与康复过程。强调患者改变术后生活方式, 包括戒烟、限酒等, 促使患者改变不良生活习惯, 预防脑出血复发。另外, 利用电话随访或门诊复查等方式, 持续管理患者健康, 有效指导患者术后恢复过程中的每一

个环节。

1.4 观察指标

(1) 神经功能评估: 使用格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 和神经功能缺损量表 (NIHSS) 评估术后患者的神经功能恢复情况, 定期监测意识状态及肢体运动功能。

(2) 血压控制效果: 监测术后 24 小时内及随访期间患者的血压变化, 记录血压波动情况, 保证血压维持在理想范围内 ($\leq 140/90\text{mmHg}$)。

(3) 术后并发症发生率: 统计术后感染、脑水肿等常见并发症的发生情况, 评估综合护理干预的效果。

(4) 恢复期活动能力: 评估患者的肢体功能恢复情况, 记录术后早期活动能力, 重点关注下肢活动及自主站立的恢复情况。

(5) 心理状态评估: 使用焦虑抑郁量表 (HADS) 或简单心理评估工具评估患者的术后心理状态, 定期监测焦虑、抑郁等负面情绪变化, 评估心理护理干预的效果。

1.5 统计学方法

数据的统计分析是通过 SPSS28.0 软件进行的。对计数资料采用卡方 (X^2) 检验, 计量资料则通过 t 检验来分析。当 P 值小于 0.05 时, 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 神经功能恢复情况

在术后 24 小时内, 干预组与对照组的 GCS 评分差异不显著 ($P>0.05$)。但在术后 72 小时和 1 周时, 干预组的神经功能恢复明显优于对照组 ($P<0.001$) (见表 1), 如此综合护理干预可加快神经功能的恢复。

表 1 神经功能恢复情况比较 (GCS 评分) ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	干预组	t 值	P 值
术后 24 小时 GCS 评分	9.45 \pm 2.12	9.52 \pm 2.15	0.49	0.626
术后 72 小时 GCS 评分	10.32 \pm 1.84	11.10 \pm 1.22	4.12	<0.001
术后 1 周 GCS 评分	11.05 \pm 1.45	12.08 \pm 1.10	4.78	<0.001

2.2 血压控制情况

干预组在术后血压控制方面优于对照组, 收缩压和舒张压显著降低 ($P<0.001$) (见表 2), 表明综合护理干预有助于术后血压的稳定。

表 2 血压控制情况比较 (收缩压和舒张压) ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	干预组	t 值	P 值
----	-----	-----	-----	-----

术后收缩压(mmHg)	145.30±8.12	138.00±7.45	4.98	<0.001
术后舒张压(mmHg)	90.20±5.10	85.30±4.60	5.51	<0.001

注：续表 2。

2.3 术后并发症发生情况

干预组的脑水肿、术后感染及深静脉血栓的发生率均显著低于对照组，总并发症发生率也较低（ $P<0.05$ ）（见表 3），说明综合护理干预有效减少了术后并发症的发生。

表 3 术后并发症发生率比较（%）

组别	对照组	干预组	χ^2 值	P 值
脑水肿发生率	12(24.00%)	4(8.00%)	5.79	0.016
术后感染发生率	6(12.00%)	2(4.00%)	4.55	0.033
深静脉血栓发生率	5(10.00%)	3(6.00%)	1.75	0.186
总并发症发生率	19(38.00%)	7(14.00%)	8.35	0.004

2.4 恢复期活动情况

干预组在术后恢复期下肢活动能力评分显著高于对照组，尤其在术后 2 周和 4 周时差异更为显著（ $P<0.001$ ）（见表 4），表明综合护理干预有利于恢复患者下肢活动。

表 4 恢复期活动能力比较（下肢活动能力评分）（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	对照组	干预组	t 值	P 值
术后 1 周下肢活动能力评分	2.10±1.05	2.12±1.09	0.15	0.877
术后 2 周下肢活动能力评分	3.25±1.18	4.10±1.01	4.37	<0.001
术后 4 周下肢活动能力评分	4.05±1.25	5.20±1.12	5.73	<0.001

2.5 心理状态情况

干预组在术后 1 周和 4 周的焦虑与抑郁评分均显著低于对照组（ $P<0.05$ ），表明综合护理干预对患者的心理状态有积极影响。

表 5 心理状态评估（HADS 评分）（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	对照组	干预组	t 值	P 值
术后 1 周 HADS 焦虑评分	7.80±2.15	6.30±1.80	2.51	0.014
术后 1 周 HADS 抑郁评分	6.90±2.05	5.30±1.75	2.21	0.028
术后 4 周 HADS 焦虑评分	7.30±2.10	5.10±1.50	3.6	<0.001
术后 4 周 HADS 抑郁评分	6.50±2.00	4.30±1.45	3.76	<0.001

3 讨论

作为一种急性致命性疾病，高血压脑出血术后的并发症预防、神经功能恢复以及患者的血压管理是康复过程中需要关注的关键因素。本研究提出的综合护理干预方案，采用多维度的干预策略，取得显著的临床效果。凭借持续的评估，可以及时发现患者术后神经功能的变化，并按照实际情况调整护理方案，可有效避免神经损伤进一步恶化，帮助患者在术后快速恢复神经功能，减轻因脑出血带来的长期残疾风险。与此同时，高血压是脑出血的根本原因之一，术后稳定控制血压，可减少再次出血及脑水肿等并发症的风险。对照组与干预组的血压控制差异表明，综合护理干预优化血压管理，可以帮助患者维持稳定的血压，还能有效防止术后不良事件发生。

而且，并发症的发生是影响术后恢复的重要因素，研究显示干预组在并发症发生率方面较低，这表明综合护理干预多方面干预，能有效减少脑水肿等常见并发症，保障患者的生命安全。恢复期的活动能力方面，就神经外科患者来说，术后的早期活动能增强患者的自理能力。研究结果显示，综合护理干预利用个性化的康复训练，有利于患者更早地恢复下肢活动能力，减少术后长期卧床的影响，全面恢复身体功能。另外，由于脑出血手术后的患者常伴有较大的心理压力，影响康复进程，心理疏导能有效减轻患者的术后焦虑，增强患者的康复信心，促进身体恢复。

综上所述，综合护理干预采取全方位的护理措施，可以有效恢复患者神经功能，减少术后并发症，改善患者的心理状态。未来可进一步探索护理干预的个性化，以进一步提高患者的整体康复效果。

参考文献：

- [1] 王丽君. 护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者康复状况的影响[J]. 婚育与健康, 2024, 30(17): 178-180.
- [2] 陈苗苗. 综合护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果[J]. 名医, 2024, (07): 96-98.
- [3] 王灿. 综合护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果[J]. 疾病监测与控制, 2023, 17(06): 482-484.
- [4] 宋迎, 郑慧军. 综合护理干预对于神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果分析[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(20): 155-157.
- [5] 武大玲. 综合护理干预对神经外科高血压脑出血手术患者的护理效果评价[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(21): 111.