

延续性康复护理在颅内动脉瘤术后患者中应用的效果分析

朱成慧 杨 越 王 静

解放军第九五一医院 新疆 841000

【摘要】目的：分析延续性康复护理对颅内动脉瘤患者术后恢复的影响。方法：选择本院神经外科 2025.3-2026.3 期间收治颅内动脉瘤手术患者 70 例，随机数字表分组，对照组（ $n=35$ ）行常规康复护理、观察组（ $n=35$ ）行延续性康复护理。比较两组并发症发生率、神经功能（NIHSS 评分）、日常生活能力（Barthel 指数 BI 评分）、护理满意度。结果：观察组并发症发生率 5.72% 低于对照组 25.72%（ $P<0.05$ ）。观察组出院后 3 个月 NIHSS 评分低于对照组，BI 评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组总满意度 97.14% 高于对照组 80.00%（ $P<0.05$ ）。结论：延续性康复护理可改善颅内动脉瘤患者术后神经功能与生活自理能力，减少并发症，获得患者认可，具有较高实践价值。

【关键词】：延续性康复护理；颅内动脉瘤；神经功能；并发症发生率；护理满意度

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.093

颅内动脉瘤为神经外科常见脑血管疾病之一，其破裂造成的蛛网膜下腔出血具有极高致残率、病死率^[1]。针对此病，血管内介入栓塞术、开颅夹闭术均为常用术式，手术可有效闭塞动脉瘤、防止再出血发生，但术后存在脑水肿、神经功能缺损、脑血管痉挛、认知功能障碍等多重问题，患者恢复过程较长，且具有不确定性^[2]。部分颅内动脉瘤患者术后可能遗留不同程度神经功能障碍与自理能力下降，限制其回归家庭与社会。针对颅内动脉瘤手术患者，常规康复护理集中于院内，离院后中断，患者家庭康复阶段缺乏专业护理支持，部分患者可能因康复训练不当或中断而影响康复效果。延续性康复护理指延伸院内康复护理至患者所在社区或家庭，通过离院后持续随访、指导，为患者提供连续的康复护理支持^[3]。本研究主要分析将延续性康复护理用于颅内动脉瘤患者术后康复中的临床价值。内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院神经外科 2025.3-2026.3 期间收治颅内动脉瘤手术患者 70 例，随机数字表分组，对照组（ $n=35$ ）、观察组（ $n=35$ ）。其中，对照组年龄 30~74 岁，均值（ 55.12 ± 10.68 ）岁；男 17 例，女 18 例；Hunt-Hess 分级：I 级 10 例，II 级 16 例，III 级 9 例。观察组年龄 32~72 岁，均值（ 52.38 ± 10.42 ）岁；男 16 例，女 19 例；Hunt-Hess 分级：I 级 11 例，II 级 15 例，III 级 9 例。比较一般资料（ $P>0.05$ ）。研究符合赫尔辛基宣言；参与者及家属知情同意。

纳入标准：① DSA 或 CTA 检查确诊颅内动脉瘤；② 符合手术指征，行介入栓塞术或开颅夹闭术；③ 临床资料完整；④ 术后体征稳定，意识清晰。

排除标准：① 严重心、肝、肾功能不全；② 术后出现颅内感染、大面积脑梗死等严重并发症；③ 术后评估需二次手术；④ 恶性肿瘤。

1.2 方法

对照组行常规康复护理。住院阶段神经外科护士进行常规康复护理指导，包含病情观察、被动肢体活动、体位管理、基础护理、离院时常规康复指导等，为患者发放纸质版宣教手册，口头交代注意事项。离院后常规电话随访 2 次/月，询问患者恢复情况，解答患者与家属关于康复护理的相关疑问，叮嘱按时复诊。

观察组基于对照组行延续性康复护理。

（1）离院前评估、计划制定。离院前 3d，责任护士与康复治疗师全面评估患者状况，包含神经功能缺损程度、肢体运动功能、家庭环境与生活自理能力，基于评估结果个体化制定延续康复计划，覆盖用药指导、饮食指导、康复训练方案、复诊安排等内容。

（2）家庭康复训练指导。结合患者功能障碍类型制定分阶段、个体化家庭康复训练计划，具体内容如下：① 第一阶段（离院 1~2 周）：被动关节活动+良肢位管理。肌力 ≤ 2 级的患侧肢体，指导家属被动活动各关节 2 次/d，无痛范围内各活动 10~15 次，动作缓慢、轻柔。同时指导良肢位摆放：仰卧位时患侧肩胛骨下垫软枕，保持肩前伸，患侧上肢置于枕上呈外展位，肘伸直；侧卧位时，患侧上肢伸展置于枕上，患侧下肢微屈，膝下垫枕；患侧卧位时患侧上肢前伸、肩关节屈曲，下肢微屈。每日对皮肤情况检测，防范压疮。② 第二阶段（离院 3~4 周）：辅助主动运动+坐位平衡。患肢肌力恢复至 3 级时，指导家属协助患者患侧上肢 Bobath 握手高举，3 组/d，10 次/组；下肢桥式运动，仰卧位屈膝，双足平踏床面，抬高臀部，对腰背肌、髋关节控制能力进行锻炼，3 组/d，10 次/组；坐位平衡训练，协助患者坐于床边或椅子上，双脚平放，于无靠背支撑下逐步延长坐位时间，2min 开始，逐步延长到 15~20min，2 次/d。③ 第三阶段（离院 5~8 周）：日常活动能力训练+行走训练。指导患者于家庭环境、家属协助下开展功能性活动，包含进食训练、穿衣训练、洗漱训练等。行走训练，基于平衡

能力、下肢肌力，从平行杠内站立起步，逐步过渡至助行器辅助行走，2次/d，15~20min/次，期间家属陪同保护。各项训练均以无明显疲劳、疼痛加重为度。

(3) 延续性随访。离院后，以电话随访、家庭访视结合的方式随访。离院第1周首次家庭访视，对患者家庭康复环境、训练执行情况进行评估；第2、4电话随访，对患者康复进程了解，同时询问用药与其他存在问题；第8周二次家庭访视，对康复效果评估，并对训练方案进行调整。

(4) 家属培训、支持。系统培训主要照护家属，包含康复训练辅助技巧、异常情况识别与应急处置、患者心理支持技巧等。构建护患沟通渠道，随时为家属解答康复中遇到的问题。

1.3 观察指标

(1) 并发症发生率：统计离院后3个月内脑血管痉挛、脑积水、颅内感染、癫痫等发生情况。

(2) 神经功能、日常生活能力：出院时、出院后3个月以卒中量表(NIHSS)、Barthel指数(BI)评估，前者0~42分，越低越好；后者0-100分，越高越好。

(3) 护理满意度：随访3个月时评估，提供自制问卷，0-100分，≥90分十分满意，<70分不满意，71-89比较满意。满意度=(十分满意+比较满意)例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件处理数据。(x̄±s)表示计量数据，t检验；(%)表示计数数据，x²检验；数据差异检验，P<0.05 有意义。

2 结果

2.1 并发症发生率

观察组总发生率低于对照组(P<0.05)。如表1：

表1 并发症发生率(%)

组别	对照组	观察组	x²	P
例数	35	35		
脑血管痉挛	4(11.43)	1(2.86)	-	-
脑积水	3(8.57)	1(2.86)	-	-
颅内感染	1(2.86)	0(0.00)	-	-
癫痫	1(2.86)	0(0.00)	-	-
总发生率	9(25.72)	2(5.72)	5.285	0.022

2.2 神经功能、日常生活能力

出院时两组NIHSS、BI评分(P>0.05)；出院后3个月，观察组NIHSS低于对照组，BI高于对照组(P<0.05)。如表2：

表2 神经功能、日常生活能力(x̄±s, 分)

	组别	对照组	观察组	t	P
NIHSS	例数	35	35		
	出院时	10.42±2.46	10.86±2.58	0.730	0.468
	出院后 3 个月	8.38±2.26	6.24±1.72	4.458	<0.001
BI	出院时	52.46±10.24	53.12±10.56	0.265	0.791
	出院后 3 个月	64.38±9.86	74.46±8.72	4.531	<0.001

2.3 护理满意度

观察组总满意度高于对照组(P<0.05)。如表3：

表3 护理满意度(%)

组别	对照组	观察组	x²	P
例数	35	35		
十分满意	12(34.29)	20(57.14)	-	-
比较满意	16(45.71)	14(40.00)	-	-
满意	7(20.00)	1(2.86)	-	-
总满意率	28(80.00)	34(97.14)	5.081	0.024

3 讨论

颅内动脉瘤术后恢复涉及多维过程，包含神经功能重建、脑组织损伤修复、生活自理能力恢复等^[4]。手术虽可成功闭塞动脉瘤、规避再出血，但术前蛛网膜下腔出血已造成脑损伤，加之术中牵拉、血管操作造成的缺血改变，以及术后迟发性脑血管痉挛等一系列病理过程，均导致患者康复期漫长。而常规康复护理多局限于院内指导，患者回归家庭后缺乏专业、持续的康复指导，容易出现训练中断、用药不规范、疏忽并发症信号等问题，可能进一步延长康复期。延续性康复护理则可通过出院前评估与计划制定、分阶段家庭康复训练指导、定期随访、家属培训等干预，延伸专业护理到患者家庭，填补患者离院归家后的康复支持空白。

本研究显示，比较对照组，观察组并发症更少(P<0.05)；此结果为延续性康复护理在安全保障层面的核心体现。分析来看，脑血管痉挛为颅内动脉瘤术后常见并发症之一，其发作高峰为术后3~14d，但迟发性痉挛可在术后数周发作。离院后因脱离持续体征监测，若未能早期识别头痛、意识状态改变等预警信号，易增加脑血管痉挛发作风险。而延续性康复护理中，离院后第1周家庭访视，主动评估患者意识状态、运动功能等，可提高痉挛前驱症状检出率。家属培训中异常识别模块也可提升家属早期识别能力，使患者在症状出现早期获得及时干预。脑积水、癫痫等并发症减少与离院后长期随访监督，保障规范

用药、规律康复训练有关,可避免因用药不当或中断训练增加并发症风险。

观察组NIHSS评分较对照组低,BI评分更高,此结果表明延续性康复可促进患者功能恢复。患者离院后3个月为神经功能恢复关键窗口期,此阶段脑水肿基本消退,神经可塑性机制处于激活状态,规律、持续的感觉-运动输入可促进皮层功能重组^[5]。分阶段康复训练可基于患者肌力、功能水平渐进推进,确保训练强度适配患者能力。被动关节活动可维持早期关节灵活性,避免因长期制动造成关节挛缩、软组织粘连;肌力恢复关键窗口及时介入辅助主动运动则可促进神经-肌肉传导通路再激活;生活自理能力训练可使住院期间习得的功能向家庭环

境迁移,促进患者日常自理能力提升。此外,比较两组满意度,观察组更高,此为延续性康复护理综合效果的延伸反映。其原因如下:患者与家属离院后获得持续的专业支持,可在遇到康复问题时及时获得帮助,这一“可及性”可优化患者与家属护理体验,获得认可;分阶段康复训练方案可为患者与家属提供切实可行的家庭康复计划,便于减轻家属照护负担与患者焦虑情绪,在患者规律训练,逐步恢复神经功能与自理能力时,其对护理服务的评价自然随之提升。

综上,延续性康复护理可降低颅内动脉瘤术后并发症风险,改善患者神经功能与自理能力,获得患者认可,具有较高实践价值。

参考文献:

- [1] 卢映,王欣,郭曼.阶段式功能康复护理在颅内动脉瘤术后患者中的应用[J].国际护理学杂志,2026,45(2):278-281.
- [2] 张春芹,谢程程,王婷婷.颅内动脉瘤破裂出血患者延续性护理需求现状及影响因素分析[J].中国康复理论与实践,2026,32(3):356-363.
- [3] 陈利,陈丽,张岩,等.颅内动脉瘤介入术后康复护理质量评价指标体系的构建与应用[J].循证护理,2024,10(11):2019-2024.
- [4] 卢瑞玲,肖胜辉,王薇薇,等.Ahmadi理论下延续性护理对颅内动脉瘤介入术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(8):18-20.
- [5] 谢芳,谢芬,罗媛.颅内动脉瘤患者介入栓塞术后康复锻炼依从性的影响因素分析[J].当代护士,2024,31(25):132-136.