

快速康复理念联合程序化护理在颅内动脉瘤破裂DSA介入手术患者围术期中的应用

任 航

上海长征医院 上海 201908

摘要:目的:分析ERAS联合程序化护理在ICA破裂DSA介入手术患者中的应用效果。方法:选取2023年6月-2024年6月本院62例ICA破裂患者开展研究,均行DSA介入手术,用随机数字表法平均分为对照组31例,行常规护理,观察组31例,联合ERAS、程序化护理,比较两组护理效果。结果:观察组的QLQ-C30和ESCA评分均明显高于对照组,并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:ICA破裂患者实施DSA介入治疗时,采取ERAS、程序化护理,能提升自护能力和生活质量,减少并发症,具有推广价值。

关键词:快速康复理念;程序化护理;颅内动脉瘤破裂;血管造影;介入手术

ICA属于常见神经外科病,患者颅内动脉血管异常,导致异常膨出,影响血管壁,表现为瘤状突起,ICA进展快,程度严重,致残率高,会威胁生命。最近,血管内栓塞、DSA等技术日益成熟,对于ICA破裂者,实施介入治疗,无明显创伤,疗效明显^[1]。但介入治疗难免创伤,可能导致并发症,从而影响预后,故而要联合科学、细致护理。常规护理效果有限,术前禁食禁水时间长,后续恢复慢,并发症多。引入ERAS理念,其目的为加快康复进程,改善预后。实施程序化护理,全面分析ICA破裂特征,制定综合化、标准化护理措施,对护理流程进行优化,致力于节约医疗资源,缩短康复时间,该模式具有预见性、全面性等特征,可实现持续改进^[2]。本研究以ICA破裂患者为对象,分析ERAS、程序化护理应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料。选取2023年6月-2024年6月本院62例ICA破裂患者开展研究,均行DSA介入手术,用随机数字表法平均分为对照组31例,男17例,女14例,年龄为25-76岁,平均年龄(44.67±5.48)岁;观察组31例,男16例,女15例,年龄为26-77岁,平均年龄(44.85±5.40)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合ICA破裂诊断标准;常见表现有恶心呕吐、突发疼痛,动眼神经麻痹,同时颈项强直;有完整资料;知情同意本次研究。

排除标准:重要脏器功能异常;颅脑受损严重;患有脑组织肿瘤;失语;意识精神疾病。

1.2 方法。对照组行常规护理,提供心理疏导,观察生命体征,采取抗凝药物,监测药效,检查有无异常反应

等。观察组以对照组为基础,联合ERAS、程序化护理:

1.2.1 创建护理小组。由科主任担任组长,组员有介入室护士、主治医师、护士长和麻醉师等,护士长召集全员,进行培训,讲解ICA破裂知识、DSA知识、介入治疗知识等,同时介绍ERAS理念,令患者了解程序化护理内涵。了解患者病情,结合实际要求,检索相关文献,制定护理方案。

1.2.2 入院护理。提醒患者多卧床休息,尽量不更换体位,维持稳定情绪,维护大便通畅,不能剧烈咳嗽。进行术前检验,尽可能减少户外活动;介绍DSA知识,讲解介入治疗程序,告诉其治疗优点,提醒常见并发症,并说明防范措施等。提供情绪疏导,减轻恐惧、不安等情绪。严格控制探视人数,明确探视时间,针对药物、饮食等,加强卫生宣教。

1.2.3 术前护理。术前1d介入室护士、麻醉师负责,讲解麻醉知识,介绍手术程序,如患者、家属提出疑问,应马上解答。观察生命体征,起到持续监测作用。手术当天,做好术前准备,开展碘过敏试验,术前2h禁水,6h禁食。先提供镇静止吐治疗,可选择阿托品、地西洋等药物;采取适宜体位,提供低流量吸氧,将静脉输液通道打开,保证其通畅。

心理护理,患者一般不了解介入治疗,害怕其不安全、不能达到预期效果,故而常伴有不安、焦躁等情绪,深入了解患者顾虑,讲解治疗方法,提醒注意事项。讲解治疗成功病例,减轻焦虑、不安等情绪,多同情、关怀患者,提供心理支持,加强信心。和患者友好沟通,维持最佳心态。

1.2.4 术中护理。采取镇静剂时,主动和患者沟通,

缓解不安、焦躁等心理，观察镇静效果，待其稳定后，将导尿管放好，选择舒适体位。了解患者信息，核对药物、器械等信息，观察生命体征，按照医嘱，选择生理盐水，予以静滴，术中加强巡视，秉持无菌理念。

1.2.5 术后护理。待麻醉苏醒后，将床头抬高，达到15-30°，促进静脉血液回流，缓解脑组织水肿。观察呼吸道，对于内部分泌物，第一时间清除，令患者平卧，将头部侧偏，防范误吸。结合患者病情，尽快恢复饮食。

为患者拔除引流管时，保证内口在出口之下，对患者进行搬运前，将引流管夹闭。进行排便时，提醒患者控制力度，防范剧烈咳嗽，不能用力咳嗽，避免血压忽然增加，进而引发再破裂出血。保证大小便规律，选择食物时，确保容易消化，富含营养，如患者存在便秘，建议选择乳果糖口服液，起到通便作用。

1.2.6 疼痛护理。评估伤口愈合情况，联合手术方案，选择适宜体位，以坐卧位为主，保证头高脚低。评估疼痛程度，对于较轻者，可采取放松法，通过播放音乐、深呼吸等，减轻疼痛，起到镇痛作用。若疼痛明

显，可按照医嘱，选择镇痛药，为其留置镇痛泵。

1.2.7 出院护理。待患者出院后，保持轻松、稳定情绪，提醒其日常饮食时，禁止选择难消化、辛辣食物，纠正不良生活习惯，可多摄入新鲜果蔬。睡眠时间充足，切忌熬夜。介绍用药方法，提醒不良反应，一旦出现异常，要马上回院，接受诊治。

1.3 观察指标。评价生活质量：选择QLQ-C30量表^[3]，纳入5个维度，百分制。评价自护能力：借助ESCA量表^[4]，涵盖健康知识、自护责任感、自我护理技能和自我概念，分值越高，自护能力越高，总分172分。评价并发症：包括穿刺部位血肿、脑血管痉挛、动脉瘤再破裂出血和血栓形成^[5]。

1.4 统计学方法。SPSS27.0处理数据， $(\bar{x} \pm s)$ 与 $(\%)$ 表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量比较。干预后两组各个维度QLQ-C30评分均明显高于干预前，观察组变化更明显（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	社会功能(分)		情绪功能(分)		角色功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	53.24±4.19	82.47±5.61 ^a	54.07±5.16	81.44±5.71 ^a	52.34±4.13	82.36±3.64 ^a
对照组	31	53.51±4.10	73.64±5.40 ^a	54.12±5.11	74.65±5.58 ^a	52.41±4.10	73.28±4.81 ^a
<i>t</i>	/	0.256	6.314	0.038	4.735	0.067	8.381
<i>P</i>	/	0.798	0.000	0.970	0.000	0.947	0.000

续表1 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	认知功能(分)		躯体功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	54.26±3.94	81.33±3.64 ^a	53.28±4.14	82.47±4.77 ^a
对照组	31	54.19±3.76	72.26±4.87 ^a	52.61±4.28	71.36±6.61 ^a
<i>t</i>	/	0.072	8.306	0.626	7.589
<i>P</i>	/	0.943	0.000	0.533	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组自护能力比较

干预后两组健康知识、自护责任感、自我护理技能

和自我概念评分均明显高于干预前，观察组变化更明显（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组自护能力比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	健康知识(分)		自护责任感(分)		自我护理技能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	34.25±4.16	57.76±6.58 ^a	17.15±1.24	23.24±4.15 ^a	20.25±2.67	32.23±3.48 ^a
对照组	31	34.31±4.19	44.45±5.65 ^a	17.21±1.20	20.25±2.31 ^a	20.32±2.48	24.46±2.33 ^a
<i>t</i>	/	0.057	8.545	0.194	3.505	0.107	10.330
<i>P</i>	/	0.955	0.000	0.847	0.001	0.915	0.000

续表2 两组自护能力比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	自我概念(分)		总分(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	21.25±2.82	28.72±3.42 ^a	92.25±4.16	140.85±14.48 ^a
对照组	31	21.42±2.76	24.37±3.14 ^a	92.41±4.19	108.85±11.37 ^a
<i>t</i>	/	0.240	5.217	0.151	9.678
<i>P</i>	/	0.811	0.000	0.881	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组并发症比较

对比并发症发生率,观察组更低($P < 0.05$)。详见

表3。

表3 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	穿刺部位血肿	脑血管痉挛	动脉瘤再破裂出血	血栓形成	发生率
观察组	31	1	0	0	1	6.45
对照组	31	3	2	2	3	32.26
χ^2	/	/	/	/	/	6.613
<i>P</i>	/	/	/	/	/	0.010

讨论:ICA破裂进展迅速,危害大,目前多经由DSA,开展介入疗法,尽管疗效明确,但易出现并发症,影响生活质量,故应重视围术期护理,应提高介入安全,调节预后^[6]。

引入ERAS,对围术期护理进行优化,减轻创伤应激,防范并发症,加快各项功能、器官恢复进程,令其尽快恢复。联合程序化护理,该模式的目标主要为提升或维护健康水平,了解其身心需求,并尽量满足,该模式具有全面整体、连续性、预见性等特征^[7-8]。将二者联合,用于ICA破裂护理,从“人”“健康”“环境”和“护理”等层面出发,进行全方位干预,术前做好准备工作,缩短禁食禁饮时间,疏导负面情绪,术中监测病情,选择适当体位,合理用药,保证无菌操作^[9]。术后监测病情,尽快恢复饮食,减少并发症。研究结果显示和对照组比,观察组的各个维度QLQ-C30评分均更高($P < 0.05$),表明联合护理,可改善健康水平,提高生活质量。观察组的健康知识、自护责任感、自我护理技能和自我概念评分均更高($P < 0.05$),代表联合护理能提升自护能力,加强健康教育,患者依从性高。观察组的并发症发生率更低($P < 0.05$),表示联合护理能减少并发症,可加快康复进程。说明应用ERAS、程序化护理可以提升DSA介入疗效,改善ICA破裂身心健康。综上所述,ICA破裂患者实施DSA介入治疗时,采取ERAS、程序化护理,能提升自护能力和生活质量,减少并发症,具有推广价值。

参考文献

[1]唐艳,乐革芬,胡学斌,杨海峰,王强平,郭开开,蔡毅

珂.国产血流导向装置Choydar辅助栓塞颅内未破裂宽颈动脉瘤的围手术期护理[J].中国临床神经外科杂志,2023,28(3):190-191.

[2]张群,张琳,底瑞青.颅内动脉瘤破裂出血介入栓塞术围术期整体护理效果分析[J].河南外科学杂志,2024,30(3):175-178.

[3]王子凤,杨静,任彦婷.快速康复理念联合程序化护理在颅内动脉瘤破裂DSA介入手术患者围术期中的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(7):1239-1242.

[4]江里英.围术期一体化管理模式对颅内动脉瘤破裂DSA介入手术患者康复效果的影响[J].黑龙江医药科学,2023,46(2):51-53.

[5]刘清源,姜朋军,王硕,吴俊.代谢组学和细胞因子谱学探讨颅内动脉瘤破裂的危险因素研究[J].中国卒中杂志,2023,18(4):463-471.

[6]杨潇,国晶晶,刘松,田健,赵一樊,田超.颅内动脉瘤患者颈内动脉虹吸部解剖特点及其与动脉瘤破裂的关联性研究[J].中国临床新医学,2023,16(4):379-383.

[7]李姗姗,于奕,张凤,史霞,刘会会,韩秋菊,李暘.颅内动脉瘤破裂患者护理质量敏感指标体系的构建[J].中华现代护理杂志,2023,29(16):2186-2191.

[8]陈佩珊.1例颅内动脉瘤破裂出血行气管切开患者肺康复的护理[J].当代护士(下旬刊),2023,30(9):160-162.

[9]岳建华,李春霞.血管内介入治疗颅内动脉瘤破裂出血的围术期护理[J].全科护理,2023,21(21):2977-2979.