

# 集束化护理对预防颅内动脉瘤介入术后麻醉恢复期躁动的影响

李红梅

北流市人民医院 广西 北流 537400

**【摘要】目的：**主要分析不同护理干预措施对颅内动脉瘤(LA)介入术后麻醉恢复期患者的影响。**方法：**研究时间为2020年7月—2021年7月，选取30例在插管全麻下接受LA介入术患者作为研究对象，以入院先后顺序将其分为对照组(常规干预，前15例)、实验组(集束化护理，后15例)。针对两组患者的麻醉恢复期躁动发生情况、恢复情况进行对比。**结果：**躁动发生率对照组为26.67%，高于实验组的0.00% ( $P<0.05$ )。术后随访显示，实验组轻度致残、重度致残发生率均低于对照组，且恢复乐观所占比例高于对照组 ( $P<0.05$ )。**结论：**相比常规护理，集束化护理在介入术后患者的临床应用效果更优，有利于减少麻醉恢复期躁动情况和不良事件的发生，值得临床推广应用。

**【关键词】**躁动；集束化护理；常规护理；麻醉；介入术

## Effect of cluster nursing on preventing restlessness during anesthesia recovery after intracranial aneurysm intervention

Li Hongmei

Beiliu People's Hospital, Guangxi 537400, China

**【Abstract】 Objective:** To analyze the effects of different nursing interventions on patients recovering from anesthesia after intracranial aneurysm (LA) intervention. **Methods:** From July 2020 to July 2021, 30 patients receiving LA intervention under intubation and general anesthesia were divided into the reference group (routine intervention, the first 15 cases) and the experimental group (cluster nursing, the last 15 cases). The occurrence and recovery of agitation during anesthesia recovery were compared. **Results:** The incidence of agitation in the reference group was 26.67%, significantly higher than that in the experimental group (0.00%) ( $P<0.05$ ). Postoperative follow-up showed that the incidence of mild disability and severe disability in the experimental group was lower than that in the reference group, and the proportion of optimistic recovery was higher than that in the reference group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Compared with conventional nursing, cluster nursing is more effective in patients after interventional surgery, which is beneficial to reduce restlessness and adverse events in the recovery period of anesthesia, and is worthy of clinical application.

**【Key words】** Agitation; Cluster nursing; Routine nursing; Anesthesia; Interventional surgery

**【中图分类号】** R473

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-1685(2022)01-0134-03

颅内动脉瘤(LA)是血管壁上局部持久存在膨出,多因动脉壁局部薄弱和血流冲击而形成,通常发生在 Willis 动脉环上的分叉部位,人群发病率为 0.2%~9%<sup>[1]</sup>。研究表明<sup>[2]</sup>,对于 60 岁以上老年患者采取保守治疗,2 个月内死亡率为 49%。在一项回顾性研究报道的 70 岁以上老年患者资料中显示,首次出血后 1 年内病死率超过 75%,其中 50% 的患者死于 3 个月内。在 LA 破裂后极易造成自发性蛛网膜下腔出血,进而突发剧烈头痛,并伴有意识障碍和呕吐以及恶心等临床症状<sup>[3]</sup>。老年人由于各项生理功能全面下降,基础疾病多,开颅手术风险较大,临床致死和致残率均较高;随着介入技术和器材的不断发展,血管内介入治疗具有快速、微创、病程短等优势,现已成为治疗颅内动脉瘤的有效方式<sup>[4]</sup>。必须尽快为颅内动脉瘤破裂患者实施平稳介入治疗,常选择插管全身麻醉,这就为术

后麻醉恢复期的护理提出更高的要求。若恢复期出现躁动,可导致患者血压控制不理想、加重颅内出血、出现反流、误吸等加重病情,故避免麻醉恢复期躁动情况的发生显得尤为重要<sup>[5]</sup>。笔者运用集束化护理措施避免颅内动脉瘤介入治疗术后麻醉恢复期躁动进行阐述。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

研究时间为 2020 年 7 月—2021 年 7 月,选取 30 例颅内动脉瘤介入术患者作为研究对象,以入院先后顺序将其分为对照组(常规干预,前 15 例)、实验组(集束化护理,后 15 例)。对照组男性 8 例,女性 7 例,年龄 35~80 岁,平均年龄(60.59±1.47)岁;实验组男性 7 例,女性 8 例,年龄 40~80 岁,平均年龄(60.56±1.51)岁。两组接受颅内动脉瘤介入术患

者一般资料差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 研究可比。全部患者均接受插管全身麻醉; 排除烈性传染性疾病、血液疾病和免疫性疾病; 已获得伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 对照组主要维持患者生命体征平稳, 在其清醒后告知其手术情况, 达到出室标准后护送回病房, 并做好交接等一系列工作。

1.2.2 实验组实施集束化护理 具体内容如下:

1.2.2.1 术前成立集束化护理小组 选取经验丰富的医护人员作为小组成员, 由护士长带领组员对麻醉恢复期躁动发生现状作为循证依据, 同时结合文献分析、总结与评价制定“集束化护理”相关措施, 并组织护理人员实施护理计划。

1.2.2.2 集束化护理培训 对护理人员进行颅内动脉瘤介入术全麻恢复期躁动的循证医学证据系统培训, 使每位护理人员均熟练掌握, 以确保其在护理工作中严格按照各项规程操作。(1) 颅内动脉瘤介入术多为急诊手术; (2) 存在饱胃, 出现躁动以至反流误吸; (3) 多为高龄患者, 合并高血压等心脑血管疾病; (4) 神志不清或术前即烦躁不安; (5) 术后穿刺肢体髓关节制动 6 小时, 卧床休息 24 小时。

1.2.2.3 集束化护理 具体内容如下:

1.2.2.3.1 心理护理 麻醉前为清醒患者讲解麻醉和复苏相关的知识, 提高患者心理阈值, 让患者麻醉清醒后能配合医护人员指令。

1.2.2.3.2 预防脑血管痉挛 微量泵泵注尼莫地平钙离子拮抗剂, 2~3mL/h。

1.2.2.3.3 高血压者泵注硝酸甘油或硝普钠降压, 依血压调速, 血压维持在 120~140/70~90mmHg。

1.2.2.3.4 遵循吸痰指征 吸痰前充分给氧, 在自主呼吸未恢复前吸痰; 若患者已清醒, 操作前先为其讲解可能出现的不适, 使其能积极配合, 且动作轻柔, 每次吸痰时间控制在 10s 左右, 并保证在安全前提下尽量减少吸痰操作, 进而减少躁动风险。

1.2.2.3.5 术后恢复室护理人员陪伴在患者床旁 密切观察生命体征变化, 若出现头颈部移动、睁眼、肢体活动等, 轻呼唤其姓名并告知手术顺利结束, 缓解苏醒后不安心理, 避免术后应激反应; 可轻握其双手、抚摸患者额头, 通过肢体语言沟通方式将医护人员的关怀传递给患者, 减轻患者的恐惧心理。

1.2.2.3.6 体位护理 为患者系好约束带, 穿刺侧肢体制动, 翻身幅度不宜过大。

1.2.2.3.7 观察是否有躁动先兆, 同时掌握躁动评分方法, 若超过 2 分遵医嘱给予小剂量咪达唑仑注射液镇静, 剂量控制在 1~2 mg。

1.2.2.3.8 术后镇痛护理 若因体位、疼痛、尿潴留、气管导管等刺激出现不适及时解除诱因, 并对其进行解释、鼓励、安慰以及心理暗示转移患者注意力等减轻不适。

1.3 观察指标

针对躁动发生率、恢复情况进行对比。

1.3.1 对患者术后躁动发生率进行评估, 实验组没有发生麻醉恢复期躁动。躁动评分: 0 分为无躁动; 1 分为轻微躁动, 告知后可显著改善; 2 分为中度躁动, 试图拔除尿管, 需制动; 3 分为重度躁动, 需多人强制制动。

1.3.2 术后康复期为患者提供格拉斯哥预后评分表 (GOS)<sup>[6]</sup> 恢复乐观 (5 分): 预后效果好, 机体功能具有轻度缺陷, 但对日常生活影响小; 轻度致残 (4 分): 预后伴随轻度肢体残疾, 日常活动能力良好; 重度致残 (3 分): 意识清醒, 日常生活大部分均需家属照料; 植物人状态 (2 分): 存在睁眼反应, 大部分时间处于睡眠; 死亡 (1 分)。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 24.0 统计分析软件, 符合正态分布的计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 两组间对比用  $t$  检验, 计数资料以百分率 (%) 表示, 两组间比较以  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 躁动发生率结果

对照组躁动发生率为 26.67%, 显著高于实验组的 0.00%, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 1。

表 1 对比两组躁动发生率和不良事件发生率 [n(%)]

组别	例数	躁动	未躁动	躁动发生率
对照组	15	4	11	4 (26.67)
实验组	15	0	15	0 (0.00)
$\chi^2$	—	—	—	30.773
$P$	—	—	—	0.001

2.2 恢复情况

两组均未出现植物人状态和死亡人员, 其中, 实验组轻度致残、重度致残发生率均低于对照组; 另外, 实验组恢复乐观所占比例高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 对比两组恢复情况 [n(%)]

组别	例数	恢复乐观	轻度致残	重度致残	植物人状态	死亡
对照组	15	10 (66.67)	3 (20.00)	2 (13.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
实验组	15	14 (93.33)	1 (6.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
$\chi^2$	—	22.211	7.687	14.281	0.001	—
$P$	—	0.001	0.001	0.001	1.000	—

3 讨论

LA 在用力、疲劳、紧张等血压突然升高情况下使其易破

裂, 具有较高的致残率、病死率; 患者主要表现为头痛、呕吐、意识障碍等, 若不及时治疗或方式不当, 极易引发脑积水、颅

内血肿形成、脑室内出血、脑血管痉挛等并发症<sup>[7]</sup>。目前对于 LA 破裂主要治疗方式包含药物、手术, 药物主要以解除血管痉挛肌降低颅内压为主, 但疗效不佳, 因此, 手术成为 LA 主要治疗方式<sup>[8]</sup>。血管内介入栓塞术是治疗 LA 破裂主要术式, 能达到填塞动脉瘤的效果, 以减少再次出血的发生率, 但治疗后患者可能出现一系列并发症, 不利于预后, 需配合优质、全面的护理服务<sup>[9]</sup>。集束化护理是临床新型护理模式, 主要通过集合一系列循证治疗、护理措施和解决疑难问题, 目的是协助医护人员为患者通过更加优化的护理服务, 尽可能改善患者的护理结局, 提高临床护理质量<sup>[10]</sup>。此外, 集束化护理具有目的性, 能有效避免常规护理的盲目性, 加强护理人员的责任心和职业道德, 将被动转为主动, 确保患者在治疗期间得到更为全面的护理<sup>[11]</sup>。

躁动一般出现在麻醉苏醒时期, 通常同时存在定向障碍和兴奋躁动, 发生躁动原因通常包括以下几种: 性别、年龄、肝脏手术、术后镇痛、酸碱失衡、留置尿管等; 可能因麻醉药物对中枢神经产生的抑制程度不同, 残余药物对感觉反应与处理产生影响<sup>[12]</sup>。躁动出现不但会增加复苏室人员工作量, 延长离开复苏室的时间, 还会影响手术效果和预后, 因此临床上使用科学的护理方式以减少躁动情况, 缩短患者复苏停留时间<sup>[13]</sup>。张志红的研究以接受介入术治疗的 LA 患者作为研究对象, 给予集束化护理干预措施以改善其预后情况, 避免麻醉恢复期躁动情况的发生, 并避免引发再出血、脑血管痉挛等事件<sup>[14]</sup>。本文研究结果呈现, 躁动发生率实验组低于对照组, 恢复乐观所占比例高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 集束化护理在 LA 介入术后患者中获得满意疗效, 避免麻醉恢复期躁动的发生, 利于患者术后康复, 提高了患者生活质量, 值得临床推广应用。

### 参考文献

[1] 徐兵, 宣家龙, 雍成明, 等. 早期血管内介入栓塞术对颅内动脉瘤破裂患者氧化应激反应及神经功能的影响[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(4): 357-360.

[2] 赵岳峰. 颅内动脉瘤介入栓塞术治疗高分级动脉瘤性蛛网膜下腔出血的疗效及对 GOS 评分、免疫球蛋白的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(1): 125-127.

[3] LI R, DUAN Y X, LIU J J, et al. Control study of low

tube voltage computed tomography angiography (CTA) and digital subtraction angiography (DSA) in diagnosing intracranial micro-aneurysm[J]. International journal of imaging systems and technology, 2018, 28(2): 86-91.

[4] 王应, 郭锦, 尹小勇, 等. 早期介入栓塞术对颅内动脉瘤病人血清 MMP-9、NSE 水平及预后的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(13): 2276-2280.

[5] 王瑞青. 集束化护理策略在肝癌介入治疗患者围术期中的应用效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(53): 117-118.

[6] 林建萍, 曹丽君, 王敏涵, 等. 基于遗忘曲线理论的延续性护理在颅内动脉瘤介入术后患者中的应用效果[J]. 当代医学, 2021, 27(14): 188-189.

[7] PIOTIN M, BIONDI A, SOUROUR N, et al. The LUNA aneurysm embolization system for intracranial aneurysm treatment: short-term, mid-term and long-term clinical and angiographic results[J]. Journal of neurointerventional surgery, 2018, 10(12): E34.

[8] 孟广丽, 王翠香. 循证护理对颅内动脉瘤患者介入栓塞术后并发症、心理状态及预后的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(23): 2772-2776.

[9] 刘建荣, 王妮, 唐小路, 等. 集束化护理干预在重型颅脑损伤后躁动患者中的临床应用效果[J]. 广西医科大学学报, 2017, 34(4): 636-640.

[10] 藏琳琳. 集束化护理对外伤性颅脑损伤患者术后躁动及生活质量的影响[J]. 河南医学研究, 2017, 26(13): 2469-2470.

[11] 郭先才, 李佳雨, 周汉京, 等. 全身麻醉病人术后苏醒期躁动风险预测模型的建立及应用[J]. 护理研究, 2021, 35(11): 2038-2041.

[12] 崔倩. 集束化护理应用于缺血性脑卒中介入术后患者的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(92): 101-103.

[13] 张会荣. 专项止血护理对颅内动脉瘤介入栓塞术患者术后血管并发症的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(13): 2399-2402.

[14] 张志红. 个性化护理在颅内动脉瘤介入术后持续性头痛中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(13): 243-245.

(上接第 133 页)

[11] 徐建花, 石庆雅. 优质护理干预对老年慢性阻塞性肺病患者的护理效果观察[J]. 医药前沿, 2019, 9(19): 202-203.

[12] 唐明珠, 贺碧英. 老年 2 型糖尿病合并肺炎采用综合护理干预临床疗效的影响观察[J]. 湖南中医药大学学

报, 2018, 38(A1): 1.

[13] 乔京. 护理干预对老年重症肺炎并发呼吸机相关性肺炎患者临床效果观察[J]. 糖尿病天地(下旬), 2019, 16(10): 261.

[14] 陈锦秀. 护理干预对重症肺炎并发呼吸机相关性肺炎老年患者的疗效观察[J]. 中外医学研究, 2018, 16(1): 111-112.