

# 个性化心理护理对围手术期高血压脑出血患者负性情绪及生活质量的影响研究

孟萍萍

济南市济阳区人民医院 251400

**【摘要】**目的 探究个性化心理护理对围手术期高血压脑出血患者负性情绪及生活质量的影响。方法 选我院2020年1月至2022年10月期间80例高血压脑出血手术患者,随机分为A组、B组,各40例,分别实施常规护理、常规护理+个性化心理护理,比较两组患者护理前后负性情绪[抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)]、脑神经功能[美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)]、肢体运动力量表(Fugl-Meyer)、日常生活能力指数(Barthe1)。结果 护理前B组SDS、SAS评分与A组相近,差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理后B组SDS、SAS评分均较A组低,差异有统计学意义( $P<0.05$ );护理前B组NIHSS评分/Fugl-Meyer评分、Barthe1评分与A组相近,差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理后B组NIHSS评分较A组低,Fugl-Meyer评分、Barthe1评分较A组高,差异有统计学意义( $P<0.05$ );护理前B组SF-36评分水平与A组相近,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 对高血压脑出血手术患者常规护理基础上,实施个性化心理护理,可改善其情绪状态,改善其脑神经功能、肢体运动能力及日常生活能力,提升其生活质量。

**【关键词】**高血压脑出血;个性化心理护理;负性情绪

高血压脑出血为高血压患者常见并发症,主要表现为脑动脉破裂、局部血肿压迫,引发脑循环障碍、脑组织压迫相关脑神经损伤,出现语言障碍、认知障碍、运动能力障碍等症状,严重影响患者生存质量<sup>[1]</sup>。手术清除血肿为该病主要治疗方式,可直接解除脑组织压迫,促进患者脑神经修复,改善相关临床症状。但患者术后脑神经功能损伤恢复过程相对较长,需通过积极康复锻炼以缩短病程,提升其生活自理能力<sup>[2]</sup>。但高血压脑出血多发病突然,且后遗症相对较多,影响患者正常生活状态,会引发其相关负性情绪,影响患者康复锻炼依从性,影响其脑组织血流灌注,因此需加强护理干预<sup>[3]</sup>。对高血压脑出血手术患者常规围术期护理中,多以针对患者生命体征、后遗症状实施护理干预,但对患者情绪状

态关注较少,可能会影响护理效果<sup>[4]</sup>。个性化心理护理,指结合患者特征、心理需求针对性干预的护理方式,主要目的为改善患者负性情绪,提升其康复质量。为此,本次研究选我院2020年1月至2022年10月期间80例高血压脑出血手术患者,探究个性化心理护理对其影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选我院2020年1月至2022年10月期间80例高血压脑出血手术患者,随机分为A组、B组,各40例;B组患者一般资料与A组相近( $P>0.05$ );研究符合医学伦理,见表1。

表1 两组患者一般资料

组别	n	男/女(n,例)	年龄( $\bar{x} \pm s$ ,岁)	体质量指数( $\bar{x} \pm s$ ,kg/m <sup>2</sup> )	出血部位[n(%)]			
					脑干	小脑	丘脑	破入脑室
A组	40	24/16	71.43 ± 3.87	24.55 ± 2.58	8(20.00)	13(32.50)	9(22.50)	10(25.00)
B组	40	25/15	72.05 ± 4.11	25.39 ± 1.76	11(27.50)	12(30.00)	8(20.00)	9(22.50)
$t/\chi^2$		0.053	0.695	1.701			0.625	
P		0.818	0.489	0.093			0.891	

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①经临床症状、头颅CT、MRI等诊断确诊;②年龄≤80岁;③均接受微创血肿清除术,手术顺利完成;④意识状态清晰,认知功能正常,可配合完成量表调查;⑤患者、家属签署知情同意书。

排除标准:①入组前3个月内颅脑外伤史、脑卒中病史;②精神疾病史;③术中并发脑出血;④心脏、肝脏等器官功能衰竭;⑤研究期间转院、退出。

### 1.3 方法

A组(常规围术期护理):(1)术前:保持病房环境干净整洁;协助患者完成各项检查;对患者、家属口头宣教手术相关注意事项;(2)术后:①基础护理:生命体征监护,遵医嘱指导用药;叮嘱家属为患者准备宽松裤子,避免影响下肢静脉回流引发下肢深静脉血栓;②饮食护理:结合患者吞咽障碍情况,予以鼻饲喂养、黏性食物咀嚼指导等干预;随患者吞咽功能恢复,指导其清淡、优质蛋白、低盐、高膳食纤维饮食,避免用力排便增加再出血发生风险;③吞咽障碍:通过咽后壁冷刺激、舌体酸刺激、指导唇舌运动等改善其吞咽功能;④语言障碍:指导患者发音训练,从单音节开始,结合患者康复情况,逐渐进行短词、短句、

长句、新闻等大声朗读;⑤肢体功能锻炼:患者生命体征稳定后,指导家属对患者被动关节运动及肌肉按摩,随患者功能康复,逐渐开展床上主动肢体运动、翻身训练、床边坐立、床下平衡训练等,鼓励患者生活自理;⑥生活指导:指导患者规律生活作息,戒烟戒酒,保证良好饮食习惯,适当增加运动量;定期自我血压水平监测,出现异常及时回院复查。

B组(常规围术期护理+个性化心理护理):在A组护理基础上实施个性化心理护理:(1)一对一心理疏导:与患者耐心交流,了解其目前情绪状态,对于存在语言功能障碍,无法准确描述自身不良情绪形成原因患者,结合患者表现、患者家属主诉等方式了解不良情绪发生原因,并实施针对性心理疏导,包括列举成功案例、强调医院专业性、与医生商议使用性价比高治疗方式等,以改善其不良情绪;与患者沟通期间,保证视线交流,语速放缓,态度真诚,提升患者护理信任感;(2)个性化认知干预:结合患者基础认知水平,利用脑组织模型、科普视频等方式进行个性化认知干预,认知干预期间以患者可理解话术针对性讲解,对于认知水平较低患者,通过重复介绍、家属宣教等方式完成干预内容;介绍治疗目的、术后康复护理方法等,重点讲解情绪状态对脑循环及脑

神经功能康复影响, 强调应激情绪、持续负性情绪均会影响脑组织血流灌注, 影响脑神经功能修复基础, 甚至可能会增加再出血发生风险, 提升患者对控制自身情绪状态重视程度; (3) 自我情绪管理: ①正向思维: 对于思考问题时消极应对患者干预中, 主动询问其消极应对原因, 了解其日常生活状态, 评估患者消极应对发生原因, 并进行正向思维引导, 如了解患者工作生活中会明显出现情绪波动事件, 与患者共同分析保持情绪稳定积极应对、应激情绪下消极应对可能会带来的结果, 帮助患者了解积极应对会为事件带来积极结局, 如可更理想的完成日常生活、总结经验教训、建立更好人际关系等, 以帮助患者建立正向思维; ②应激情绪管理: 患者感受到自身明显情绪波动时, 保持舒适体位下进行呼吸配合肌肉运动, 即经鼻缓慢深吸气同时配合肌肉缓慢紧缩, 缩唇缓慢吐气同时配合肌肉缓慢舒展, 为应激情绪的形成提供舒缓时间, 控制应激情绪形成, 保持其情绪状态稳定。

1.4 观察指标

(1) 负性情绪: 以抑郁自评量表 (SDS)<sup>[5]</sup>、焦虑自评量表 (SAS)<sup>[6]</sup>量表评估患者情绪状态; SDS 量表中共计 20 个评价条目, 每个条目评分范围 1~4 分, 所有条目评分结果相加获得总分, 转化为百分制后获得标准分 (25~100 分), 分数高、抑郁情绪严重; SAS 量表中共计 20 个评

价条目, 每个条目评分范围 1~4 分, 所有条目评分结果相加获得总分, 转化为百分制后获得标准分 (25~100 分), 分数高、焦虑情绪严重; (2) 脑神经功能: 以美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评价患者脑神经损伤情况, 包括视野、意识水平、共济运动、感觉等评估内容, 总分 0~42 分, 分数高表示脑神经损伤严重; (3) 肢体运动功能: 以肢体运动能力量表 (Fugl-Meyer) 评估, 包括上肢运动能力 (66 分)、下肢运动能力 (34 分), 总分 100 分, 分数高、肢体运动能力好。

1.5 统计学

(%)、(  $\bar{x} \pm s$  ) 分别表示计数、符合正态分布的计量资料, 分别以  $\chi^2$ 、t 检验; P<0.05 为统计学结果判定标准; 统计学软件为 SPSS24.0。

2 结果

2.1 负性情绪

护理前 B 组 SDS、SAS 评分与 A 组相近 (P>0.05); 护理后 B 组 SDS、SAS 评分均较 A 组低 (P<0.05), 见表 2。

2.2 脑神经功能、肢体运动能力、日常生活自理情况

护理前 B 组 NIHSS 评分、Fugl-Meyer 评分、Barthel 评分与 A 组相近 (P>0.05); 护理后 B 组 NIHSS 评分较 A 组低 (P<0.05); 护理后 B 组 Fugl-Meyer 评分、Barthel 评分较 A 组高 (P<0.05), 见表 3。

表 2 负性情绪 (  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	SDS		SAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
A 组	40	56.34 ± 8.99	48.56 ± 5.21	57.41 ± 6.63	49.96 ± 6.75
B 组	40	58.02 ± 6.34	45.37 ± 4.80	58.88 ± 5.54	45.28 ± 7.14
t		0.966	2.848	1.076	3.012
P		0.337	0.006	0.285	0.003

表 3 脑神经功能、肢体运动能力、日常生活自理情况 (  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	NIHSS		Fugl-Meyer		Barthel	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
A 组	40	15.69 ± 2.31	10.25 ± 1.98	59.67 ± 6.88	65.63 ± 7.17	55.48 ± 7.98	63.34 ± 4.20
B 组	40	16.77 ± 3.04	8.84 ± 1.35	57.05 ± 7.41	71.22 ± 8.34	54.53 ± 8.42	69.96 ± 6.48
t		1.789	3.721	1.639	3.214	0.518	5.422
P		0.077	<0.001	0.105	0.002	0.606	<0.001

2.3 生活质量

护理前 B 组 SF-36 评分水平与 A 组相近 (P>0.05); 护理后 B 组 SF-36 评分水平较 A 组高 (P<0.05)。

3 讨论

个性化围术期心理护理, 旨在结合患者特征, 实施符合患者个人特色的护理干预方式, 以改善其不良情绪, 提升患者康复质量。本次研究结果显示, 护理后 B 组 SDS、SAS 评分低于 A 组, 考虑因为, 实施常规围术期护理中, 尽管针对患者后遗症实施针对性干预, 但缺少对患者情绪状态护理方案, 可能会出现患者康复训练中, 训练效果不满意、排斥训练内容等情况, 影响训练质量; 同时若患者不良情绪未能有效改善, 会影响其脑循环状态及脑神经修复能力, 会进一步影响患者康复质量, 影响患者生活自理能力, 会加重患者不良情绪; 实施个性化围术期心理护理中, 主要护理内容包括一对一心理疏导、个性化认知干预、自我情绪管理、激励式护理、情感支持; 其中一对一心理疏导可结合患者不良情绪发生原因予以针对性疏导, 阻断其不良情绪产生; 实施个性化认知干预, 可结合患者认知水平实施干预, 满足不同认知水平患者相关知识健康指导需求, 减少患者未知性恐惧感, 同时在护理中重点讲解情绪状态与患者康复状态之间关系, 可提升患者自我情绪控制管理意识, 在此基础上, 实施自我情绪管理, 通过帮助患者建立正向思维、强化应激情

绪管理, 可提升患者不良情绪自控能力; 在激励式护理、情感支持中, 可通过提升患者自我效能感、减少自我护理孤独感, 以进一步减少其不良情绪, 达到降低 SDS、SAS 评分的效果。

综上, 对高血压脑出血手术患者常规护理基础上, 实施个性化心理护理, 可改善其情绪状态, 改善其脑神经功能、肢体运动能力及日常生活能力, 提升其生活质量。

参考文献:

[1] 黄金楷, 蔡刚峰, 黄国河, 等. 原发性高血压患者发生高血压性脑出血危险因素研究[J]. 华南预防医学, 2021, 47 (10): 1322-1327.  
 [2] 蒋小兵, 高文文, 赵海康. 高血压脑出血术后再出血危险因素 Meta 分析[J]. 临床神经外科杂志, 2021, 18 (2): 209-213.  
 [3] 刘颖, 张毅, 郭金竹. 阶段性目标干预对自发性脑出血心理状态、生命质量及预后的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2021, 37 (12): 893-899.  
 [4] 王文节, 于珊珊, 侯汇娟, 等. 系统化健康指导联合心理护理在脑出血患者中的应用效果[J]. 国际精神病学杂志, 2022, 49 (1): 153-156.  
 [5] 李晓琼, 陈月. 规范化护理模式在高血压脑出血围术期中的应用及对 SAS、SDS、神经功能、并发症的影响分析[J]. 黑龙江医学, 2022, 46 (18): 2263-2265.