

高血压脑出血患者焦虑、抑郁状态的护理干预

倪忠梅

(红河州第三人民医院护理部, 云南红河 661000)

[关键词] 脑出血; 焦虑; 抑郁; 护理干预

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 01-0166-03

脑出血也称脑溢血, 简单地说, 就是指脑实质内的血管破裂血液溢出, 高血压动脉硬化是引起脑出血的首要危险因素。脑内小动脉的肌层和外膜均不发达, 管壁薄弱, 长时间的血压升高, 脑部小动脉发生硬化形成粟粒大小的微动脉瘤^[1]。剧烈运动、过度劳累、情绪激动、精神紧张等因素均可使血压骤然升高。选取红河州第三人民医院2012年5月至2013年5月76例脑出血恢复期患者分为2组, 进行护理干预, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2012年5月到2013年5月76例脑出血恢复期患者, 随机分成2组, 干预组38例, 男性26例, 女性12例, 年龄48~73岁, 平均(56.2±8.7)岁; 对照组38例, 男性25例, 女性13例, 年龄49~75岁, 平均(55.7±7.6)岁。2组在性别、年龄及病情上没有明显差异, 具有可比性。

1.2 方法

采用Zung焦虑自评量表((SAS)对恢复期患者进行评估大于40分列为有抑郁倾向者并作为治疗对象。在这过程中, 2组均进行药物治疗, 对照组采用常规护理模式, 干预组在对照组的基础上加上心理护理和健康教育, 并进行统计学分析。

1.3 护理干预

1.3.1 常规护理 (1) 协助患者完成生活护理。按时翻身, 保持床单干燥整洁, 保持皮肤清洁卫生, 预防压疮的发生; 如有闭眼障碍的患者, 应涂四环素眼膏, 并用湿纱布盖眼, 保护角膜; 昏迷和鼻饲患者应做好口腔护理, 2次/d。有大小便失禁的患者, 应注意及时用温水擦洗外阴及臀部,

保持皮肤清洁、干燥; (2) 有吞咽障碍的患者, 喂饭喂水时不宜过急, 遇呕吐或呛咳时应暂停喂食喂水, 防止食物呛入气管引起窒息或吸入性肺炎, 对昏迷等不能进食的患者应酌情予以鼻饲流质, 并观察有无消化道出血情况; (3) 注意保持瘫痪肢体功能位置, 防止足下垂, 被动运动关节和按摩患肢, 防止手足挛缩、变形及神经麻痹, 病情稳定后应指导患者尽早开始肢体功能锻炼和语言康复训练, 以促进神经功能的早日康复; (4) 中枢性高热的患者先行物理降温, 如温水擦浴、醇浴、冰敷等, 效果不佳时再给予退热药, 并注意监测和记录体温的情况; (5) 密切观察病情, 尤其是生命体征、神志、瞳孔的变化, 及早发现脑疝的先兆表现, 一旦出现, 应立即报告医生及时抢救; (6) 体位肢体偏瘫的患者, 应尽量避免患侧卧位, 患肢摆放功能位, 加放床挡, 及时给予翻身。颅内压增高患者, 呕吐时侧卧位或平卧位头偏向一侧以免引起误吸、窒息^[2]。

1.3.2 心理护理 高血压脑出血均为急性发作, 患者出现偏瘫、失语等神经功能症状时缺乏足够的精神准备, 突然遭受到如此严重的打击, 清醒的患者极易出现烦躁、焦虑的情绪, 意识障碍患者的家属也易产生无助甚至迁怒情绪。护理措施: (1) 患者入院时热情接待、安慰患者, 使患者及家属情绪稳定; (2) 指导患者家属克制紧张不安的情绪, 以免影响到患者, 使患者激动、紧张造成血压升高, 加重出血, 使病情恶化; (3) 立即完善术前相关准备, 控制高血压, 增加患者及家属的安全感^[3]。

1.3.3 饮食护理 需要手术的患者严格禁食禁水, 以防止术中误吸。非手术治疗且意识清楚、吞咽状况好的患者可给予半流质, 吞咽障碍的患者应给予鼻饲饮食。

[作者简介] 倪忠梅 (1974~), 女, 云南个旧市人, 护理本科, 主管护师, 主要从事护理管理工作。

1.3.4 健康教育 做好患者及家属的健康教育及心理护理: 详细说明病情及手术的重要性、预后和注意事项以及可能出现的并发症. 消除他们的恐惧心理, 取得患者及家属的理解, 配合治疗^[4].

1.4 统计学方法

采用数理统计软件 SPSS 对 2 组患者护理前后的焦虑、抑郁状态进行数据整理和统计分析, 进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

通过在护理干预治疗 1 个月后, 干预组抑郁自评量表得分降低程度较对照组显著, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1.

表 1 2 组患者焦虑、抑郁状态自评分比较 $[(\bar{x} \pm s), \text{分}]$

组别	n	干预前	干预 1 个月后
干预组	38	52.86 ± 10.21	22.59 ± 4.16*
对照组	38	51.27 ± 11.06	42.08 ± 3.82

与对照组比较, * $P < 0.05$.

3 讨论

高血压动脉硬化是脑出血最常见的原因, 脑实质内动脉上的微型动脉瘤破裂是出血的病理基础. 男性发病率稍高, 多见于 50~60 岁的患者, 年轻的高血压患者亦可发病. 出血好发于壳核、丘脑、桥脑和小脑等部位. 出血量多破入脑室或侵入脑干, 后果严重, 死亡率很高. 剧烈活动、情绪激动是本病的发病诱因. 起病急骤, 突然剧烈头痛、呕吐, 偶有癫痫发作. 起病不久, 常有程度不同的意识障碍. 大量出血破入脑室并侵入脑干, 往往立即昏迷.

3.1 高血压脑出血患者的临床表现

微动脉瘤破裂而引起脑出血, 临床上表现为突然发病, 往往数分钟到数十分钟内病情发展到高峰, 头痛、呕吐、昏迷、偏瘫、两侧瞳孔显著缩小或不等大等症^[5]. 脑出血后, 血液在脑内形成凝血块, 可形成脑血肿, 由于脑血肿的占位及压迫, 影响脑的血液循环而产生颅压增高和脑水肿. 脑出血中以内囊出血最常见. 脑干出血和脑室出血最凶险. 内囊出血的典型临床表现为对侧“三偏症状”, 如右侧内囊出血, 表现为左侧肢体偏瘫、左侧肢体偏身感觉障碍和左侧偏盲^[6]. 如果脑内出血量大, 穿破脑实质进入脑室就形成了继发性脑室出血, 临床表现右侧外囊脑出血(急性期). 脑 CT 示右侧

外囊一长圆形高密度灶. 周围见低密度水肿带包绕, 表现为呕吐、多汗、皮肤发紫或苍白, 发病后 1~2 h 即陷入深昏迷、高热、四肢瘫痪或强直性抽搐、血压不稳、呼吸不规则等, 不及时抢救将危及生命. 临床特点为突然出现剧烈头痛, 并且多伴有躁动、嗜睡或昏迷. 血肿对侧出现偏瘫、瞳孔的变化, 早期两侧瞳孔缩小, 当血肿扩大, 脑水肿加重, 遂出现颅内压增高, 引起血肿侧瞳孔散大, 对光反应消失等脑疝危象, 出现呼吸障碍, 脉搏减慢, 血压升高. 随后即转为中枢性衰竭^[7]. 出血前多无预兆, 50% 的患者出现头痛并很剧烈, 常见呕吐、出血后血压明显升高. 临床症状常在数分钟至数小时达到高峰, 临床症状体征因出血部位及出血量不同而异, 基底节、丘脑与内囊出血引起轻偏瘫是常见的早期症状; 约 10% 的病例出现痫性发作, 常为局灶性; 重症者迅速转入意识模糊或昏迷^[8].

3.2 高血压脑出血患者的焦虑、抑郁状态

患者心境低落, 与所处的境遇不相称, 可以从闷闷不乐到悲痛欲绝, 甚至发生木僵状态. 严重者可以出现妄想、幻觉等精神病性症状, 某些病例中焦虑与运动性激越比抑郁更为显著. 大脑两半球在情绪控制方面存在差异, 左侧半球功能丧失时, 发生抑郁较右半球多. 肢体偏瘫、功能障碍是由于躯体残疾的挫折, 以及病程超过 6 个月抑郁病发病率明显增多. 因长时期内, 患者将面临许多问题: 工作地位的丧失, 终日卧床不起, 严重地妨碍患者正常活动的恢复, 不甘心为残疾者而依赖他人生活. 表现为绝望、自悲感、无愉快感、敌意、空虚、被憎厌感、孤独等, 这主要是病后的心理负担重, 担心病后工作及生活能力的丧失, 顾虑自己将成为家庭和社区的累赘. 由于这些心理活动引起抑郁症状, 也确实有部分患者长期病后, 缺乏家庭和社区的关怀支持而加重病情, 甚至产生自杀意念^[9].

3.3 护理干预效果

了解患者症状出现的时间及表现, 患者有无一侧肢体偏瘫、言语障碍、突发性眩晕、头痛、躯体共济失调等表现^[10]. 高血压脑出血有 80% 在幕上, 20% 在幕下, 基底核出血者占 64%, 大脑半球出血者占 13%, 脑桥及中脑出血者占 10%~12%, 小脑出血者占 12%, 丘脑出血者占 11%, 所发生的症状与出血部位有密切关系. 评估患者的意识状态, 高血压脑出血的患者由于出血对中枢神经系统的损伤, 可造成患者的意识障碍^[11]. 观察双侧瞳孔是否等大等圆, 对光反应是否灵敏. 血液进入蛛网膜下腔会造成患者高热, 延髓受累造成呼吸循环逐渐衰竭, 血压增高是致疾病的主要原因, 要特别注

意对生命体征的监测。同时应了解意识障碍的程度,以判断病情轻重,因意识状态直接反映脑实质受累的程度^[12]。

本组资料显示,在干预治疗 1 个月后,干预组抑郁自评量表得分降低程度较对照组显著,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。对脑出血恢复期患者焦虑抑郁综合征给予积极的心理干预,可以显著增进患者对自身疾病的理解,提高其战胜疾病的信心,帮助患者尽可能恢复多的神经功能,提升患者生活质量。

[参考文献]

- [1] 高泽勇. 微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效[J]. 求医问药(下半月),2013,22(1):241 - 242.
- [2] 赵桂田. 对高血压脑出血患者实施康复护理的临床意义探讨[J]. 中国伤残医学,2013,18(4):252.
- [3] 张杰. 微创治疗高血压脑出血术后护理体会[J]. 医学理论与实践,2013,25(12):1 638 - 1 639.
- [4] 胡艳. 沐舒坦治疗高血压脑出血微创术后肺部感染 24 例的疗效及护理干预 [J]. 中国药业,2013,32(11): 62 - 63.
- [5] 付雪君. 高血压脑出血偏瘫患者护理及早期肢体康复训练的效果评价 [J]. 中国现代药物应用,2013,26(13):199 - 200.
- [6] 杨艳秋,张士杰,苏晖. 高血压脑出血血肿清除术的手术室整体护理干预探讨 [J]. 中国药物经济学,2013,27(3):410 - 411.
- [7] 童三香. 临床护理路径对高血压脑出血的应用价值 [J]. 岭南心血管病杂志,2013,17(3):366 - 367.
- [8] 史录琴. 高血压脑出血微创血肿清除术围手术期的护理[J]. 河南外科学杂志,2013,20(2):139 - 140.
- [9] 张桂珍,陈小平. 39例高血压脑出血患者微创手术后的护理[J]. 全科护理,2013,23(17):1 567 - 1 568.
- [10] CASTILLO J, DAVALOS A, ALVAREZ-SABIN J, et al. Molecular signatures of brain injury after intracerebral hemorrhage[J]. Neurology, 2012, 19(10):2 201 - 2 202.
- [11] GEBEL J M, JAUCH E C, BROTT T G, et al. Natural history of perihematomal edema in patients with hyperacute spontaneous intracerebral hemorrhage [J]. Stroke, 2012, 28(9):1 376 - 1 377.
- [12] MAYER S A, LIGNELLI A, FINK M E, et al. Perilesional blood flow and edema formation in acute intracerebral hemorrhage: a SPECT study [J]. Stroke, 2011, 21(8): 1 102 - 1 103.

(2013 - 12 - 19 收稿)