

急性缺血性脑卒中行阿替普酶静脉溶栓 用药期间的护理配合

王翠¹ 米琳² 通讯作者

1 中航工业西安医院 急诊科 陕西 西安 710077

2 中航工业西安医院 神经科 陕西 西安 710077

【摘要】目的: 给予出现急性缺血性脑卒中疾病患者阿替普酶静脉溶栓治疗, 探究护理效果。**方法:** 选取2020年1月—2021年1月在我院进行治疗的50例急性缺血性脑卒中疾病患者作为研究对象, 对其进行静脉溶栓治疗。在溶栓完成后对患者进行CT复查, 并根据患者CT相关结果进行卒中患者的分型, 开展一系列的护理干预。**结果:** 通过对急性缺血性卒中中进行静脉溶栓后出血转化的患者与影像学分型及预后关系, 其中HT-1整体治疗有效率为50.00%, HT-2整体治疗有效率为35.71%, PH-1整体治疗有效率为33.33%, PH-2整体治疗有效率为20.00%。给予患者进行静脉溶栓治疗后, 分析患者的NIHSS评分可知, 在溶栓后各阶段评分均要优于入院时, 差异有统计学差异($P < 0.05$)。**结论:** 急性缺血性卒中中进行静脉溶栓后出血转化与影像学分型具有一定关系, 按照相关分型给予护理干预可有效降低患者致残率, 缩短患者的住院时间, 值得推广应用。

【关键词】 静脉溶栓; 缺血性卒中; 流程优化

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2022)11-0133-03

出血转化一般是指在缺血性卒中梗死灶内继发性出血, 是缺血性卒中的自然转归之一。当前针对此种疾病首先选取的方式为溶栓治疗, 但患者治疗后出现HT情况, 具有较大风险性, 会增加部分患者发生出血的概率, 高风险患者群体中发生率更大。通过研究证实, 在出现缺血性卒中问题后6h内及时开展静脉溶栓治疗具备良好疗效, 并且在此期间尽早开展, 临床效果愈佳^[1]。本研究旨在给予出现急性缺血性脑卒中疾病患者进行使用阿替普酶静脉溶栓治疗期间, 开展护理干预, 探究护理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年1月—2021年1月在我院接受治疗的50例急性缺血性卒中患者作为研究对象, 对患者进行静脉溶栓流程优化治疗。全部患者均满足我国脑血管病学术会议颁布的卒中临床诊断标准, 同时通过MRI、CT检查给予确诊。其中, 女性患者20例, 男性患者30例; 年龄36~77岁, 平均年龄(57.48±6.94)岁; 疾病分型可分为HT-1、HT-2、PH-1、PH-2四类。排除标准:(1) 脑出血性疾病(包括出血性脑梗死); (2) 超过溶栓治疗时间窗患者; (3) 有溶栓禁忌证^[1]。全部患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 研究具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 静脉溶栓流程

在急性卒中患者进入医院后由卒中护士根据患者病情、查体及头部CT结果、NIHSS评分、急查血化验结果、是否醒后卒中等情况跟患者家属进行沟通, 在发病时间窗内向家属交代

溶栓可能出现的所有风险, 经患者及患者家属了解病情并同意后实施溶栓治疗^[2]。

溶栓医生及护士密切关注患者血压, 并建立双静脉通路, 准备心电监护与相关溶栓药物。患者在4.5h内进行溶栓治疗的药物一般为阿替普酶静脉溶栓, 剂量为0.6~0.9mg/kg。给予阿替普酶的10%静脉推注, 剩余的药物在1h内泵入或静点。若患者治疗时间为6h内, 一般选取尿激酶进行静脉溶栓, 药物剂量2.5U/kg。溶栓过程中需监护患者血压、血氧饱和度、心率等生命体征, 收缩压一般控制在180mmHg以内; 溶栓过程中每15min需评估一次患者的NIHSS评分, 以判断患者病情程度。溶栓24h后复查患者头部CT, 若未显示出血转化, 可应用抗血小板、抗凝药物。

1.2.2 HT判定

在溶栓完成后根据患者病情进行CT复查, 按照相关结果进行卒中患者的分型, 将其分为HT-1、HT-2及PH-1、PH-2四类。

1.2.3 护理配合

1.2.3.1 由院方开展针对关于护理配合的小组培训, 由专业培训人员对护理人员开展静脉溶栓知识的培训^[3-4]。

1.2.3.2 密切观察患者病情 加强在此期间的护理工作内容, 当患者发生呼吸急促、心悸等状况后, 需第一时间进行相关处理, 由此避免因急性缺血性卒中所引发的不良状况。同时, 向急性缺血性卒中的患者讲解静脉溶栓的相关知识, 以提升患者的依从性, 避免其他不良事件的出现^[5-6]。

1.2.3.3 饮食优化护理 通过对急性缺血性卒中患者进

行综合评定,后根据患者的病情现状制订相关护理和饮食计划。应遵循少盐、少糖的饮食原则,避免进食刺激性辛辣食物,避免暴饮暴食、酗酒等状况。同时,患者需要进食低胆固醇、低脂肪的食物,从而提升整体的护理效果^[7]。

1.2.3.4 监测病情 密切监测患者血氧饱和度、脑电波、颅内压等生命体征情况,一旦出现异常,需及时告知主治医生并进行对症处理治疗。(1) 颅内压护理:实施监测患者颅内压,若过高则可导致患者出现脑疝或脑水肿,临床可遵医嘱采用甘露醇降低患者颅压,并注意保持病房安静、室内光线适宜、空气新鲜,为患者提供良好的休息环境^[8]。(2) 脑供氧护理:遵医嘱采用高流量持续性吸氧治疗,监测患者血氧饱和度,针对未达标者需给予高氧液治疗,基础液为 500mL 高氧液,溶氧活化处理在制备设备中进行,时间为 20min,后改为静脉滴注高氧液。

1.2.3.5 并发症预防护理 密切观察患者病情变化,对出现的各种异常需及时进行处理,以积极预防各种并发症,从而保障患者病情的有效恢复。采用医护查房一体化模式,确保直观、准确地了解患者的病情及动态发展情况,制定合理的治疗方式,并重点加强对危重患者的查房力度,及时了解患者的医疗需求。完善医护的值班制度,在值班过程中应由医疗小组组长对相关工作情况督导、安排,完善就诊需求。采用医护一体化分层模式承担护理过程中的风险,进而提升护理质量^[9]。

1.2.3.6 无菌操作 护理人员应采用七步洗手法,确保双手清洁,保证仪器无菌避免出现感染。为保证效果应做好探视管理,严格限制探视人数,并做好相应防护措施,预防医院感染。

1.3 观察指标

1.3.1 根据当前神经功能缺损程度进行疗效评判 痊愈:相关功能缺损评分降低程度在 91%~100%;显著进步:相关功能缺损评分降低程度 46%~90%;进步:相关功能缺损评分降低程度 18%~45%;无变化:患者功能缺损评分降低程度低于 18%。

1.3.2 根据患者在入院时、溶栓后 1h、溶栓后 24h 及出院时神经功能水平进行疗效评判。

2 结果

2.1 通过对急性缺血性卒中患者影像学分型及预后关系,其中 HT-1 中患者痊愈人数为 4 例,显著进步人数为 2 例,进步人数为 1 例,无变化人数为 7 例,整体治疗有效率为 50.00%; HT-2 患者痊愈人数为 3 例,显著进步人数为 1 例,进步人数为 1 例,无变化人数为 9 例,整体治疗有效率为 35.71%; PH-1 患者痊愈人数为 3 例,显著进步人数为 1 例,进步人数为 0 例,无变化人数为 8 例,整体治疗有效率为 33.33%; PH-2 患者痊愈人数为 1 例,显著进步人数为 1 例,进步人数为 0 例,无变化人数为 8 例,整体治疗有效率为 20.00%。见表 1。

表 1 急性缺血性卒中患者影像学分型及预后关系

组别	例数	痊愈	显著进步	进步	无变化	有效率
HT-1	14	4	2	1	7	50.00
HT-2	14	3	1	1	9	35.71
PH-1	12	3	1	0	8	33.33
PH-2	10	1	1	0	8	20.00

2.2 给予患者进行静脉溶栓治疗后,分析患者的 NIHSS 评分可知,在溶栓后各阶段 NIHSS 评分均优于入院时,差异有统

计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 急性缺血性卒中患者静脉溶栓前后 NIHSS 评分比较 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	入院时	溶栓后 1 小时	溶栓后 24 小时	出院时
	50	8.20±4.62	5.20±4.10	3.52±3.40	1.69±2.08
t	—	0.10	2.00	5.77	5.23
P	—	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 护理后,患者的睡眠质量、入睡时间、睡眠效率、睡眠障

碍等各项睡眠相关参数的评分均高于护理前,见表 3。

表 3 护理前后睡眠相关参数评分分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	睡眠质量	入睡时间	睡眠效率	睡眠障碍
护理前	50	4.26±2.04	4.12±1.06	5.30±1.13	3.02±1.10
护理后	50	5.34±2.41	5.62±1.36	6.06±1.03	2.12±1.02

3 讨论

目前来说,受动脉粥样硬化等因素的影响,患者出现脑动脉血流降低、脑组织供血不足及缺氧等现象,严重时部分脑卒中患者会出现多处组织功能损伤,属于一种临床常见疾病,具有较高的患病率、死亡率,严重威胁患者的生命安全,并可加重患者家庭及社会的经济负担^[10]。脑卒中患者病情危重、复杂,对治疗及护理质量的要求较高。

因此类疾病患者的神经反应系统较弱,当患者的血糖情况较低状况下易出现反应迟钝等问题,进而影响患者的检测效果。目前,临床通过对患者进行脑出血转化影像学分型,在溶栓后脑出血一般可分为 HI 和 PH 两类四型,HI-1 一般表现为梗死灶边缘的出血点,PH-1 表现为体积在梗死灶面积 30% 以下的血肿。经相关研究发现,HT 患者预后和分型具有一定关系。经学者在目前进行静脉 rt-PA 治疗中发现,HI 组神经功能高于非 HI 组;通过优化静脉溶栓流程,具体在医院布局、接诊流程、诊治水平、护理流程等方面进行优化,可提高专业卒中护士快速分诊,溶栓团队快速接诊、评估的能力,减少患者在诊疗环节的时间延误,缩短 DNT 时间,从而提高溶栓治疗的临床效果。

本文通过对急性缺血性卒中静脉溶栓期间开展护理配合,随后探究其效果,通过对急性缺血性卒中患者影像学分型及预后关系,其中 HT-1 中患者痊愈人数为 4 例,显著进步人数为 2 例,进步人数为 1 例,无变化人数为 7 例。在本次研究中通过对脑小血管病患者脑出血患者影像学分型及预后关系,其中 HT-1 整体治疗有效率为 50.00%,HT-2 整体治疗有效率为 35.71%,PH-1 整体治疗有效率为 33.33%,PH-2 整体治疗有效率为 20.00%。此外,目前 HI 作为当前急性缺血性卒中的一个主要标志,其中更多显示为缺血半暗带和梗死体积转归^[11]。

综上所述,经研究表明,急性缺血性卒中患者进行静脉溶栓治疗后出血转化与影像学分型具有一定关系,按照相关分型给予护理干预可有效降低患者致残率,缩短患者的住院时间,值得推广应用。

参考文献

[1] 刘璐,段文莉. 护理干预对急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓的影响 [J]. 名医,2021(11):101-102.

[2] 黄珍珠,邹文娟,王智琴,等. 眼针配合经络腧穴梳理护理对急性缺血性脑卒中患者吞咽功能障碍的影响 [J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(1):38-40.

[3] 杜凤莲,谢莲花,黄发飞,等. 护理路径管理对支架取栓治疗急性缺血性脑卒中患者的应用 [J]. 中国医学创新,2020,17(27):96-99.

[4] 彭庆荣. 优化急诊护理流程对急性缺血性脑卒中 rt-PA 静脉溶栓救治率的影响 [J]. 中国继续医学教育,2017,9(35):143-144.

[5] 王玲. 急性缺血性脑卒中行阿替普酶静脉溶栓用药期间的护理配合 [J]. 中国妇幼健康研究,2017,28(S1):587-588.

[6] 丁再新. 急性缺血性脑卒中实施阿替普酶静脉溶栓治疗用药期间的护理体会 [J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(89):343.

[7] 张勤,王艳,王加凤,等. 支架取栓治疗急性缺血性脑卒中手术护理路径管理 [J]. 解放军医院管理杂志,2016,23(09):876-878.

[8] PAN W L, ZHANG Q, ZHAO X H, et al. Acute ischemic stroke treatment a new mode of clinical application and nursing experience [J]. Journal of nurses training journal,2014,29(11):1023-1025.

[9] 张红梅,蒯洁. 绿色通道在 Solitaire 支架取栓术治疗急性缺血性脑卒中的应用 [J]. 中国实用神经疾病杂志,2013,16(19):105-106.

[10] 朱文燕,古振云,郭建文,等. Penumbra 血管抽吸装置治疗急性缺血性脑卒中的术中护理 [J]. 海南医学,2014,25(16):2493-2495.

[11] 陈兔红. 急性缺血性脑卒中支架机械取栓术的术中护理配合及分析要求 [J]. 家庭医药,2018(8):3-4.