

# 风险管控模式在脑血管急危重症患者急诊护理中的应用效果

焦利军

曹县县立医院 山东菏泽 274400

**摘要:**目的:分析讨论风险管控模式在脑血管急危重症患者急诊护理中的应用效果。方法:选择我院2022.01-2023.12所接收的56例脑血管急危重症患者为研究对象,平均分为观察组(风险管控模式)与对照组(常规急诊护理),比较两组的护理质量以及干预前后的神经功能与生活质量。结果:观察组护理质量[穿刺成功(7.34±1.03)分,穿刺效率(8.31±1.21)分,输液舒适度(8.79±1.07)分,护理态度(7.76±1.04)分]高于对照组( $P<0.05$ );干预前:均无差异( $p>0.05$ );干预后:观察组NIHSS评分(19.59±2.14、13.16±1.73、8.38±1.05、3.28±0.76)低于对照组( $P<0.05$ );观察组生活质量[躯体功能(78.32±7.23)分,角色功能(76.31±8.15)分,情绪功能(79.85±6.43)分,认知功能(82.82±9.58)分,社会功能(81.56±8.37)分]高于对照组, ( $P<0.05$ )。结论:风险管控模式在脑血管急危重症患者急诊护理中效果明显,值得广泛推广与应用。

**关键词:** 风险管控; 脑血管; 急危重症; 急诊护理; 应用效果

脑血管急危重症是大脑血管破裂造成血液流出的疾病,体重增加,酗酒,吸烟和服用可卡因等都是该病生活危险因素,脑血管急危重症常常突然发病,症状在数分钟或数小时内迅速进展<sup>[1]</sup>。不同急危重症的症状取决于所涉及的血管,累及的血管不同,所表现出来的症状也不尽相同。快速识别和治疗症状可以在短期内降低脑出血残疾和死亡率。当患者的脑组织受损时,可能会导致呼吸窘迫,伴有吞咽障碍,导致呕吐和相关的呼吸道分泌物,很容易导致严重的呼吸窘迫和肺部通气显著减少<sup>[2]</sup>。脑血管急危重症部分患者可能出现血管畸形或颅内动脉瘤,包括引发烟雾病,这种类型的脑血管急危重症非常严重,因为是大脑内部实质出血,通常会导导致神经系统紊乱或后果,以及大规模的脑出血时更会导致脑损伤并威胁患者的生命。优化脑血管急危重症患者的急救方案对于提高他们的生活水平和减少疾病问题的影响很重要,也对患者的生命安全和健康十分关键。本文即为了分析讨论风险管控模式在脑血管急危重症患者急诊护理中的应用效果,具体报告如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究以医院2022.01-2023.12所接收的56例脑血管急危重症患者为研究对象,平均分为观察组(男16例,女12例,年龄45~75岁,平均(63.20±4.31)岁)与对照组(男18例,女10例,年龄45~75岁,平均(58.00±5.34)岁),

一般资料无统计学意义( $p>0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组实施常规急诊护理,观察组实施风险管控模式。

#### 1.2.1 对照组

对照组为常规急诊护理:在接到患者的急诊后,护理人员立即采取一定的急救措施稳定患者的生命体征,并将患者送至急诊室,之后按照医生的意见准备急救所需的器械和药物,配合医生完成抢救,在抢救完成后记录好患者的详细数据。

#### 1.2.2 观察组

观察组为风险管控模式:①成立应急小组,明确护理流程和护理工作,建立全程绿色通道护理体系。在整个过程中创建一个专门的绿色线路,护理团队中每个人都进行责任部分分配,以确定人员责任。②制定急救路径图,当接到紧急电话时,护士根据指示制定急救路径图,包括患者的症状情况、转运、分诊以及后续系列急救过程。安排救护车将患者第一时间送往医院,在达到现场期间与家人保持电话联系,根据沟通描述评估患者的情况,并带领家人进行简单的护理。在转运到去医院的途中,有必要进行连续的病情监测和输液治疗,以确保患者的控制和呼吸道平稳。③急救物品准备,根据需要配备相关的仪器设备、药品等,如呼吸机、氧气袋或氧气瓶、气管插管用物、心电监护仪、便携式吸痰机、抢救药品,保证一路以上的静脉通路畅通。④开通绿色应急

通道, 提供各项检查优先服务, 并在检查过程中做到边检边诊方法, 为患者入院登记等程序提供简化便利。根据患者病情可能产生的最大风险进行预测, 观察患者运输过程中的主要临床问题, 准备适当的使用设备, 并开展有效的应对措施。对患者的病情、生命体征、意识状态等进行全面评估。⑤动态评估, 危重患者病情变化迅速, 具有一定的不确定性和意外性。动态管理通过整个流程进行, 而流程管理正在形成从“面向结果”到“面向过程”的转变。由于转运途中资源的短缺和环境的突然变化, 危重病背景下的紧急情况在运输过程中往往面临意想不到的病情变化和高运输风险。因此, 医院运输中的转运人必须对多方面进行动态评估, 以尽可能降低运输风险。例如, 在运输前评估患者的状况, 特别是在配置运输设备后; 确保在运输过程中持续监测患者体征, 转运完成后再次回顾转运效果。⑥充分准备, 包括转运参与人员、转运设备、患者和院内接收科室的多面准备。转运参与人员需要根据人员配置标准选择合适的医务人员对运输进行分类, 做好派岗工作, 说明责任, 并根据紧急情况的特点, 由转运组护士领导, 负责协调和控制转运过程。转运装置的准备中, 根据标准设备要求, 对配备设备、器材和药品的设备进行分类和携带, 还要对转运设备进行运行, 避免途中机器罢工。对患者的生命体征、意识、呼吸循环等全面检查。⑦导管护理, 在转运之前 10 分钟告知科室所需的特殊准备, 如呼吸机、监护器、吸痰器等, 确保提前准备充分。检查导管是否通顺紧密, 做好保护措施, 防止管道变形和渗透, 清洁尿袋, 检查运输过程中使用的各种设备的电池, 以确保有足够的电量储存。⑧急救后护理, 在急诊科为入院患者提供急救服务且多次测试表明患者的病情稳定后, 可以将患者转移到适合住院监测和护理的病房内, 在医务人员的职责范围内, 向值班医务人员提供有关急救和疾病进展的详细措施。

### 1.3 观察指标

①护理质量: 4 个条目, 各 0-10 分, 分数与治疗呈正比。  
②神经功能: 神经功能缺损评分量表 (NIHSS) 评判, 分数与状态呈反比。  
③生活质量: 评分为 5 个条目, 分值 0-100 分, 分数与状态呈正比。

### 1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS20.0 软件中分析, 计量资料比较采用  $t$  检验, 并以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 率计数资料采用  $\chi^2$  检验, 并以率 (%) 表示, ( $P < 0.05$ ) 为差异显著, 有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 护理质量

观察组: 穿刺成功评估分数 ( $7.34 \pm 1.03$ ) 分, 穿刺效率评估分数 ( $8.31 \pm 1.21$ ) 分, 输液舒适度评估分数 ( $8.79 \pm 1.07$ ) 分, 护理态度评估分数 ( $7.76 \pm 1.04$ ) 分; 对照组穿刺成功评估分数 ( $5.12 \pm 0.76$ ) 分, 穿刺效率评估分数 ( $5.12 \pm 0.67$ ) 分, 输液舒适度评估分数 ( $6.03 \pm 0.95$ ) 分, 护理态度评估分数 ( $5.37 \pm 0.56$ ) 分, 观察组护理质量高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 2.2 神经功能

观察组: 干预前评估分数 ( $26.38 \pm 2.75$ ) 分, 干预后 7d 评估分数 ( $19.59 \pm 2.14$ ) 分, 干预后 14d 评估分数 ( $13.16 \pm 1.73$ ) 分, 干预后 21 评估分数 ( $8.38 \pm 1.05$ ) 分, 干预后 28d 评估分数 ( $3.28 \pm 0.76$ ) 分; 对照组: 干预前评估分数 ( $26.71 \pm 2.46$ ) 分, 干预后 7d 评估分数 ( $21.51 \pm 2.23$ ) 分, 干预后 14d 评估分数 ( $18.67 \pm 1.28$ ) 分, 干预后 21 评估分数 ( $15.35 \pm 1.13$ ) 分, 干预后 28d 评估分数 ( $7.52 \pm 0.74$ ) 分。干预前均无差异 ( $p > 0.05$ ), 干预后观察组 NIHSS 评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 2.3 生活质量

观察组: 躯体功能 ( $78.32 \pm 7.23$ ) 分, 角色功能 ( $76.31 \pm 8.15$ ) 分, 情绪功能 ( $79.85 \pm 6.43$ ) 分, 认知功能 ( $82.82 \pm 9.58$ ) 分, 社会功能 ( $81.56 \pm 8.37$ ) 分; 对照组: 躯体功能 ( $59.37 \pm 8.67$ ) 分, 角色功能 ( $63.45 \pm 7.19$ ) 分, 情绪功能 ( $59.31 \pm 5.58$ ) 分, 认知功能 ( $31.53 \pm 6.29$ ) 分, 社会功能 ( $68.31 \pm 6.98$ ) 分, 观察组生活质量高于对照组, ( $P < 0.05$ )。

## 3. 讨论

脑血管急危重症主要发生在中老年组、肥胖和糖尿病群体中, 患者通常没有前驱症状, 少数患者可能出现头晕、头痛和四肢无力。疾病开始后, 症状在几分钟内达到峰值, 属于高风险人群<sup>[3]</sup>。中国脑血管发病率逐年上升, 从 1993 年的 0.40% 上升到 2013 年的 1.23%, 平均年龄也开始下降<sup>[4]</sup>。常规的急救模式通常根据流程进行急救工作, 通常是由于急救时间不足, 错过了最佳护理时间, 导致患者病情更加严重, 或者因为抢救不及时而死亡。

风险管控模式下, 医务人员在运返途中通过电话与院内进行合作, 报告患者的疾病基本信息, 院内可提前准备所

需的药品和设备<sup>[5-6]</sup>。对于并发症、导管脱落分离、感染等方面作出反应,正确维护和控制导管安全,增加检查频率,可以减少事故发生的几率<sup>[7-8]</sup>。护理人员在置管过程中还需要严格了解适应证和禁忌症,严格规范无菌工作,正确有效地管理和护理,加强心理教育和护理责任心<sup>[9-10]</sup>。抵达医院后,根据所有优先原则使用绿色通道,以缩短等待时间,有效提高救援效率。根据研究结果可见,观察组护理质量高于对照组( $P<0.05$ );干预前:均无差异( $p>0.05$ );干预后:观察组NIHSS评分低于对照组( $P<0.05$ );观察组生活质量高于对照组, ( $P<0.05$ )。说明风险管控模式实施效果明显,具有重要的临床应用价值。

综上所述,风险管控模式的使用对脑血管急危重症有显著影响,可以有效改善护理质量等临床参考指标,有重要应用价值。

#### 参考文献:

- [1] 陈卫红,龙玉玲,戴莉.风险管理在脑血管危重急诊患者护理中的应用[J].中国卫生产业,2020,17(12):102-103106.
- [2] 董夕茹.无缝隙护理管理对急诊科急危重症病人转运满意度影响分析[J].中国科技期刊数据库医药,2021(12):337-338.
- [3] 梁耿纯.院前急救急诊护理风险因素及防范研究进展[J].中国科技期刊数据库医药,2023(5):76-79.
- [4] 黄春梅.急诊危重患者转运中护理风险管理应用效果和意外事件发生率分析[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2021(6):158-158163.
- [5] 彭玉霞,方慧冰,赵健敏.风险管控策略在急性胸痛患者院前急救护理应用效果[J].湖北科技学院学报(医学版),2020,34(6):516-519.
- [6] 苏爱芬,乔艳丽.风险管理联合急诊护理在心脏骤停患者中的应用效果及对生活质量的影响[J].临床研究,2024,32(01):176-179.
- [7] 敖凤林,陈顺琼.风险管理标准在急诊护理管理中的应用效果观察[J].智慧健康,2023,9(04):277-280.
- [8] 朱博.急诊护理风险管理在急性胸痛患者抢救中的应用效果[J].医学信息,2022,35(18):180-182.
- [9] 赵晶晶.血糖风险预警分级管理对老年高血压患者血液流变学指标及不良心脑血管事件的影响研究[J].数理医药学杂志,2021,34(12):1864-1866.
- [10] 田玉霞.全面护理风险管理在心血管内科护理管理中的应用效果[J].中国卫生产业,2020,17(18):101-103.