

# 急诊一体化溶栓护理模式对急诊脑梗死患者的影响

张晓霞

包头医学院第三附属医院 内蒙古自治区包头 014030

**摘要:**目的:探讨在急性脑梗死患者中实施急诊一体化溶栓护理模式的临床价值。方法:选取2023年4月至2024年4月本院急诊收治的72例脑梗死患者,根据随机数字表法分组,对照组(常规急诊护理模式,36例),观察组(急诊一体化溶栓护理模式,36例)。对比两组的急诊抢救效率,对比两组入院出院时的神经功能(NIHSS量表)、昏迷指数(GCS量表),对比出院时患者的活动能力(ADL量表)、肢体运动(FMA量表),并对比两组住院期间的并发症风险情况。结果:观察组的分诊、CT检查、报告出具、溶栓救治时间均比对照组短( $P < 0.05$ );出院时观察组的NIHSS评分比对照组低,且GCS评分比对照组高( $P < 0.05$ );出院时观察组的ADL与FMA(上下肢)评分均高于对照组( $P < 0.05$ );住院期间观察组的并发症(吸入性肺炎、呼吸衰竭、继发性癫痫)发生率比对照组更低( $P < 0.05$ )。结论:对急诊收治的脑梗死患者采取急诊一体化溶栓护理模式能够提高急诊抢救效率,对改善患者昏迷状态,提高神经、活动与肢体运动功能有积极作用,且能保障患者护理安全性,其临床推广价值显著。

**关键词:**脑梗死;急诊一体化溶栓护理模式;急诊抢救效率;神经功能;并发症

急性脑梗死,作为神经内科临床的常见疾病,以其病情危急、恶化迅速、致残率和死亡率高的特点,不仅严重威胁患者的生命健康,也给家庭和社会带来了沉重的负担。传统的急诊救治护理模式往往存在救治与护理衔接不紧密的问题,这不仅影响了救治效率,也增加了并发症发生的风险。有研究提出了急诊一体化溶栓护理模式,通过组建卒中急救小组实现急救、治疗、护理的有机融合,大幅提升了救治效率<sup>[1]</sup>。另有研究则强调急诊一体化护理模式的无缝衔接特点,从患者入院接诊开始,即由卒中护士专人负责,把控急救各环节时间节点,提高溶栓效果,这有助于缩短患者住院时间<sup>[2-3]</sup>。基于此,本研究将对急诊收治的脑梗死患者急诊护理模式进行观察,分析急诊一体化溶栓护理模式的应用价值。现报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院急诊收治的脑梗死患者72例(2023年4月至2024年4月),根据随机数字表法分组,对照组(36例,男20例,女16例,均龄 $60.59 \pm 11.24$ 岁,发病到入院时间 $3.84 \pm 0.51$ h),观察组(36例,男女分别为22例和14例,均龄 $60.67 \pm 11.35$ 岁,发病后到入院的平均时间 $3.91 \pm 0.48$ h)。两组一般资料比较无统计意义( $P > 0.05$ )。

研究获得了医院伦理委员会批准。

**纳入标准:**(1)经头颅CT或MRI确诊为急性脑梗死的患者;(2)发病时间在溶栓治疗时间窗内(发病3-4.5h内);(3)年龄区间18-80岁;(4)患者及家属自愿参与本研究。

**排除标准:**(1)存在溶栓治疗禁忌证,如颅内出血、近期手术史等;(2)既往有严重药物过敏史。

### 1.2 方法

**对照组:**常规急诊护理模式,包括:在120急救响应后,急诊科护士依据值班表迅速随车前往现场进行初步急救措施。患者抵达医院后,立即执行预检分诊流程,给予必要的急救护理。随后紧急安排血液采集,并立即完善心电图、CT等关键检查项目,并办理患者的入院手续。根据主治医师的指示,严格执行相关治疗方案和药物使用,一旦主治医师确认患者满足溶栓治疗的适应症,即刻与家属进行深入沟通,获取其知情同意后,迅速且有序地展开溶栓治疗操作。

**观察组:**急诊一体化溶栓护理模式,具体措施:(1)对急诊预检抢救室全体护理人员进行了系统化培训,内容包括急性脑梗死的专业知识、常规护理技巧,还涵盖了绿色通道抢救流程及脑梗死静脉溶栓等关键技能。(2)在院外预检处理阶段,对疑似脑梗死患者进行快速筛查,一旦确认患者符合转运条件,会在征得家属及患者意愿后,立即启动转运

程序。在救护车上,护理人员会优先为患者建立静脉通路,监测血糖水平,测定凝血6项指标,并进行心电图检查。同时,还会抽血制备血标本,以便后续进行血常规、血生化及凝血功能的检测。在此过程中,护理人员还会向患者及家属口头宣教rt-PA静脉溶栓治疗的方法及潜在风险,确保他们充分了解治疗过程。(3)患者入院后,急诊护理人员会迅速展开精准识别工作。预检分诊组的N1级护士会立即测量患者的血压、血糖等指标,而N3级护士则会结合患者的既往病史、生命体征及现症状,快速识别是否为急性脑梗死。还采用了NIHSS、GCS等评估法,迅速评估患者神经功能与昏迷程度。(4)确认患者为急性脑梗死后会立即启动绿色通道急救程序。护理人员会迅速将患者送至抢救室,并安置在专门的梗死床单元。急诊科医生会迅速判断患者是否适合进行溶栓治疗,并立即通知神经科医生至抢救室。同时,抢救室内的护士会迅速展开相应检查,包括心电监护、吸氧、采集血标本、建立静脉通道等。(5)在神经科医生携带溶栓工具抵达急诊抢救室后,会迅速进入急性脑梗死绿色通道下一个环节。相关检查单会加盖急性脑梗死绿色通道专用章,由神经科溶栓医生及次级抢救组N1级护士一起陪同患者行CT、心电图等检查。导诊护士会负责引导病例优先进行CT、MRI检查,并加急录入结果。(6)在溶栓治疗过程中,护士会实时监测患者的血压等常规指标,并密切关注患者的用药反应。一旦患者出现任何不适或异常反应,则立即采取措施进行处理。同时,还会向患者及家属详细解释溶栓治疗的过程及注意事项,确保他们能够充分理解并积极配合治疗。

### 1.3 观察指标

(1)对比两组的急诊抢救效率,急诊流程包括分诊、CT检查、报告出具、溶栓救治的时间;(2)对比两组入院出院时的神经功能(NIHSS/卒中量表,0-42分,分数越低则患者神经功能越趋近于正常)、昏迷指数(GCS/格拉斯哥昏迷指数量表,总分3-15分,分数低于8分则表示处于昏迷中,分数越高患者神志越清醒);(3)对比出院时患者的活动能力(ADL/日常生活能力量表,总分0-100分)、肢体运动(FMA运动功能量表,上肢最高66分,下肢最高34分),两个量表均为正向计分,分数越接近满分则患者活动能力与肢体运动能力越强;(4)记录且对比两组住院期间的并发症(吸入性肺炎、呼吸衰竭、继发性癫痫)发生

情况。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS24.0软件,计量资料用t检验,以( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料用 $\chi^2$ 检验,以率(%)表示, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组急诊效率比较

观察组的分诊时间( $0.76 \pm 0.13\text{min}$ )、CT检查时间( $4.11 \pm 1.03\text{min}$ )、报告出具时间( $2.03 \pm 0.36\text{min}$ )、溶栓救治时间( $56.69 \pm 10.28\text{min}$ )均比对照组短分诊时间( $1.34 \pm 0.29\text{min}$ )、CT检查时间( $8.95 \pm 2.44\text{min}$ )、报告出具时间( $5.51 \pm 1.14\text{min}$ )、溶栓救治时间( $89.98 \pm 14.76\text{min}$ ),( $t=10.950, P=0.001$ )、( $t=10.965, P=0.001$ )、( $t=17.466, P=0.001$ )、( $t=11.105, P=0.001$ ),均有统计学意义。

### 2.2 两组神经功能与昏迷指数比较

入院时观察组的NIHSS( $14.25 \pm 3.61$ 分)、GCS( $8.89 \pm 1.17$ 分)与对照组NIHSS( $14.37 \pm 3.72$ 分)、GCS( $9.01 \pm 1.03$ 分)比较, ( $t=0.139, P=0.890$ )、( $t=0.462, P=0.646$ ),无统计学意义。

出院时观察组的NIHSS( $5.23 \pm 1.05$ 分)低于对照组NIHSS( $6.69 \pm 1.17$ 分),且GCS( $12.85 \pm 0.87$ 分)高于对照组( $11.24 \pm 0.76$ 分), ( $t=5.572, P=0.001$ )、( $t=0.362, P=0.001$ ),有统计学意义。

### 2.3 两组日常活动与肢体运动状态比较

出院时观察组的ADL( $71.23 \pm 5.96$ 分)、FMA[上肢( $45.21 \pm 4.36$ 分)、下肢( $22.37 \pm 2.67$ 分)]均高于对照组ADL( $65.26 \pm 5.54$ 分)、FMA[上肢( $39.86 \pm 4.18$ 分)、下肢( $18.74 \pm 2.31$ 分)], ( $t=4.402, P=0.001$ )、( $t=5.315, P=0.001$ )、( $t=6.169, P=0.001$ ),均有统计学意义。

### 2.4 两组并发症比较

住院期间观察组的并发症5.56%(2例/36例,吸入性肺炎1例、继发性癫痫1例)发生率低于对照组27.27%(9例/36例,吸入性肺炎4例、呼吸衰竭2例、继发性癫痫3例), ( $\chi^2=5.258, P=0.022$ )有统计学意义。

## 3 讨论

本研究结果显示,急诊一体化溶栓护理模式在多个方面均优于常规急诊护理模式。从急诊效率来看,观察组的分诊时间、CT检查时间、报告出具时间以及溶栓救治时间均

显著短于对照组。分析原因可知,急诊一体化溶栓护理模式下,护理人员能够迅速识别脑梗死患者,并启动绿色通道急救程序<sup>[4]</sup>。院外预处理阶段的有效措施,如优先建立静脉通路、快速监测血糖和凝血指标等,为后续的救治工作赢得了宝贵时间;院内快速识别与绿色通道急救的无缝衔接,确保了患者能够迅速进入救治状态,接受及时的溶栓治疗<sup>[5]</sup>。同时,急诊一体化溶栓护理模式还格外强调团队协作和信息共享,在该模式下急诊、神经科等多个团队成员之间保持紧密沟通,实现患者信息的实时共享,避免了重复检查和信息传递的延误<sup>[6]</sup>。这些措施共同作用下,使得观察组的救治流程更加顺畅,救治效率得到了显著提升。出院时,观察组的NIHSS评分低于对照组,而GCS评分高于对照组。这一结果说明,急诊一体化溶栓护理模式能够更好地促进患者的神经功能恢复,减轻昏迷程度。这可能与该模式下的快速救治和精心护理有关。溶栓治疗的及时实施,有效减轻了脑组织的缺血损伤,为神经功能的恢复创造了有利条件<sup>[7]</sup>。同时,护理人员对患者的密切观察和精心照顾,也进一步促进了患者的康复<sup>[8]</sup>。出院时观察组的ADL和FMA评分均高于对照组。这可能与该模式下的早期康复干预有关。在溶栓治疗后,护理人员会根据患者的具体情况,制定个性化的康复计划,并指导患者进行康复训练,这些措施有助于促进患者的肢体功能恢复<sup>[9]</sup>。此外,观察组在并发症发生率方面也低于对照组。这一结果进一步证明了急诊一体化溶栓护理模式的安全性和有效性。在该模式下,护理人员对患者的密切观察和有效护理,能够及时发现并处理潜在的并发症风险,从而降低了并发症的发生率<sup>[10]</sup>。

综上所述,在急性脑梗死患者的救治中实施急诊一体化溶栓护理模式提高了急诊效率,促进了患者的神经功能恢

复和日常活动能力的提高,降低了并发症的发生率,值得在临床护理中推广。

#### 参考文献:

- [1] 叶淑英,郑应红,林舜贤,等.急诊一体化溶栓护理模式对急诊脑梗死患者急救效率、神经功能及短期预后的影响[J].护理实践与研究,2024,21(7):1095-1100.
- [2] 周洁,崔颖.急诊一体化流程护理在急性脑梗死患者中的应用效果[J].淮海医药,2022,40(2):200-203.
- [3] 陆瑞珍,梁叶青.急诊ICU一体化护理路径在脑梗死静脉溶栓中应用[J].中国城乡企业卫生,2020,35(7):204-206.
- [4] 甘莉萍.急诊一体化流程护理在急性脑梗死患者中的应用[J].临床护理研究,2023,32(20):98-100.
- [5] 温慧.院前急救与急诊介入一体化护理急性脑梗死的应用效果及对患者生存质量的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(25):100-101.
- [6] 戴宝珍.心电监护下无缝衔接一体化急诊急救护理模式对急性脑梗死患者急救效率和神经功能及预后的影响[J].医疗装备,2024,37(19):161-164.
- [7] 陈爽.一体化院前院内急救护理在急性脑梗死患者中的应用[J].中国卫生标准管理,2020,11(11):159-162.
- [8] 林钦.院前与院内急救一体化模式对急性脑梗死患者抢救效果[J].中国卫生标准管理,2021,12(12):110-113.
- [9] 郑品霞,魏倩文,王星晨.一体化救护模式在老年2型糖尿病合并急性脑梗死患者救治中的应用效果[J].中国实用乡村医生杂志,2023,30(9):57-60.
- [10] 赵颖,王晓云,鹿倩倩.基于危机管理理论的一体化预警性干预在急诊急性脑梗死患者中的实践[J].当代护士,2024,31(16):88-91.