

综合护理干预在急性脑梗死患者静脉溶栓围治疗期的应用效果观察

吕海玉

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】：目的：本研究旨在探讨综合护理干预在急性脑梗死患者静脉溶栓围治疗期的临床应用效果。方法：选取本院 2025 年 3 月至 2026 年 3 月间接诊的 50 例急性脑梗死患者，所有病例均接受静脉溶栓处理。依随机数字表法每组划分 25 例，分为实验组和对照组，对照组实施基础护理，实验组则引入强化后的综合护理干预。通过量化评估两组患者溶栓前后的 NIHSS 与 Barthel 指数波动，并对比其并发症风险及康复住院时长。结果：两组患者在 NIHSS 与 Barthel 评分上均无统计学差异（ $P>0.05$ ）。溶栓治疗 7 天后，实验组 NIHSS 评分低于对照组，且 Barthel 指数评分高于对照组，两组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组平均住院时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：针对急性脑梗死患者，在静脉溶栓围治疗期引入综合护理模式，不仅有助于减轻其神经功能受损并提升自理水平，在防范相关并发症、加速病程周转方面亦成效显著，具备临床实用价值与借鉴意义。

【关键词】：急性脑梗死；静脉溶栓；综合护理干预

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.046

静脉溶栓是治疗急性脑梗死最有效的方法之一，能够在发病早期迅速恢复缺血半暗带的血液灌注，挽救濒死的神经细胞，改善患者预后^[1-2]。然而，静脉溶栓治疗存在严格的时间窗限制，且治疗过程中可能出现出血转化、再灌注损伤等多种并发症，同时患者常伴有不同程度的心理应激反应，影响溶栓治疗的效果和患者的康复进程。传统的常规护理模式往往侧重于疾病的治疗和基础护理，缺乏系统性、个性化和全程化的护理干预，难以满足患者在生理、心理和社会等多方面的需求。综合护理干预是一种以患者为中心，集病情观察、心理护理、健康教育、康复指导和并发症预防于一体的新型护理模式，能够为患者提供全面、连续、优质的护理服务^[3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2025 年 3 月至 2026 年 3 月间接诊的 50 例急性脑梗死患者，所有病例均接受静脉溶栓处理。依随机数字表法每组划分 25 例，分为实验组和对照组。实验组男性 14 例，女性 11 例；年龄 42~78 岁，平均年龄（ 62.36 ± 7.85 ）岁；发病至溶栓时间 0.5~4.2h，平均时间（ 2.34 ± 0.87 ）h；梗死部位分布为基底节区 12 例，额叶 5 例，颞叶 4 例，顶叶 2 例，小脑 2 例。

对照组男性 13 例，女性 12 例；年龄 41~79 岁，平均年龄（ 63.12 ± 8.14 ）岁；发病至溶栓时间 0.6~4.3h，平均时间（ 2.41 ± 0.92 ）h；梗死部位分布为基底节区 11 例，额叶 6 例，颞叶 3 例，顶叶 3 例，小脑 2 例。

经基线均衡性检验，两组在性别、年龄、溶栓时间窗、梗死部位及基础疾病分布等临床特征上均无显著性差异，提示样本可比性较高。

1.2 方法

对照组给予神经内科常规护理，包括：密切观察患者生命体征和意识状态变化；遵医嘱给予药物治疗；保持呼吸道通畅；做好基础护理，预防压疮、肺部感染等并发症；给予简单的饮食指导和健康宣教。

实验组在常规护理基础上实施覆盖溶栓前、中、后全程的综合护理干预，具体如下：

（1）溶栓前护理：①快速评估与准备：患者入院后立即启动脑卒中急救绿色通道，护理人员 5 分钟内完成生命体征、意识状态及瞳孔对光反射评估，同步采集血常规、凝血功能、肝肾功能等血液标本，协助医生完成头颅 CT 检查排除颅内出血。迅速建立两条静脉通路，分别用于溶栓药物输注和常规补液给药。提前备好心电监护仪、除颤仪、吸引器及甘露醇、止血药等抢救设备与药品，确保溶栓治疗无缝衔接。②心理护理：急性脑梗死起病骤急，肢体偏瘫、言语障碍等突发症状易引发患者恐惧、焦虑甚至绝望情绪，可导致交感神经兴奋、血压骤升，显著增加溶栓出血风险。护理人员需主动与患者及家属沟通，用通俗易懂的语言讲解疾病知识、溶栓治疗的原理、获益及潜在风险，重点强调时间窗内溶栓对预后的决定性作用，及时解答疑问，帮助患者建立治疗信心，缓解心理应激，提高治疗依从性^[4]。③术前准备：协助患者取平卧位，头偏向一侧，清除口腔分泌物及异物，保持呼吸道通畅。对烦躁不安者遵医嘱给予适度镇静。测量双侧上肢血压，以健侧读数为准，将收缩压控制在 180mmHg 以下、舒张压控制在 100mmHg 以下。指导患者排空膀胱，必要时留置导尿管，避免术中因膀胱充盈影响治疗或增加躁动风险。

（2）溶栓中护理：①药物输注护理：严格按照医嘱准确配制溶栓药物，做到现配现用，避免药物效价降低。采用输液泵精准控制输注速度，确保药物在规定时间内匀速输注完毕。

全程密切观察输液部位有无红肿、疼痛、渗血及静脉炎表现，防止药物外渗。一旦发生外渗，立即停止输注，更换穿刺部位，并给予局部冷敷处理。②病情监测：溶栓过程中持续心电监护，每15分钟测量一次生命体征、意识状态及瞳孔变化，每30分钟采用NIHSS量表评估一次神经功能缺损程度。重点观察有无头痛、呕吐、意识障碍进行性加重等颅内出血早期征象，以及牙龈出血、皮肤黏膜瘀斑、黑便等全身出血倾向。发现异常立即报告医生，并配合做好紧急处理。③并发症预防：颅内出血是溶栓治疗最严重的并发症，护理人员需高度警惕，若患者出现剧烈头痛、频繁呕吐、瞳孔不等大等典型表现，应立即停止溶栓，协助医生紧急复查头颅CT，并做好抢救准备。同时密切观察有无肢体抽搐、癫痫发作等再灌注损伤表现，及时给予对症处理^[5]。

(3) 溶栓后护理：①一般护理与病情观察：溶栓后患者需绝对卧床休息24小时，避免剧烈活动和情绪激动，保持病房安静，减少不必要探视。给予低盐低脂、高蛋白高维生素的易消化饮食，吞咽困难者予以鼻饲营养。保持大便通畅，避免用力排便，必要时使用缓泻剂。溶栓后24小时内每30分钟测量一次生命体征、意识及瞳孔变化，24小时后改为每2小时一次，直至病情稳定。继续监测出血倾向，定期复查头颅CT和凝血功能。②早期康复护理：溶栓后24小时，患者病情稳定后立即启动早期康复训练。肢体功能训练从床上翻身、坐起开始，逐步过渡到站立、行走，遵循循序渐进原则。同时开展语言功能训练，从单字发音到短句表达；进行吞咽功能训练，包括空咽训练和冰刺激训练，促进神经功能恢复，降低致残率。③延续性心理护理与健康教育：持续关注患者心理状态，针对担心预后、康复进展缓慢等问题给予针对性疏导，及时肯定患者的每一点进步，增强康复信心。鼓励家属参与护理过程，提供情感支持。向患者及家属讲解脑梗死危险因素和预防措施，指导养成健康生活习惯，强调遵医嘱规律服药的重要性，告知定期复查时间及不适就诊指征。

1.3 观察指标

(1) 神经功能缺损程度：临床上通过美国国立卫生研究院卒中量表对神经受损量级予以界定，得分走势与功能缺陷程度保持正向关联。具体的测评程序在溶栓启动前及术后一周时点实施。

(2) 日常生活活动能力：采用Barthel指数进行评估，评分越高表示日常生活活动能力越强。分别于溶栓前和溶栓后7d对两组患者进行评估。

(3) 并发症发生率：观察并记录两组患者溶栓治疗后颅内出血、牙龈出血、皮肤黏膜瘀斑、肺部感染、泌尿系统感染等并发症的发生情况。

(4) 住院时间：记录两组患者的平均住院时间。

1.4 统计学方法

数据分析任务经由SPSS 26.0统计程序执行。针对计量类指标，统一采用均值±及其标准差($\bar{x} \pm s$)予以表征，借助独立样本t检验进行组间均数比对；计数类指标则以百分比形式(%)反映，采用 χ^2 检验评估其分布差异。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 溶栓前后NIHSS评分和Barthel指数评分比较

两组患者在NIHSS与Barthel评分上均无统计学差异($P > 0.05$)。溶栓治疗7天后，实验组NIHSS评分低于对照组，且Barthel指数评分高于对照组，两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 溶栓前后NIHSS评分和Barthel指数评分比较
[($\bar{x} \pm s$) , 分]

组别		实验组	对照组	t	P
例数		25	25	-	-
NIHSS 评分	溶栓前	14.28±2.15	14.52±2.34	0.378	0.707
	溶栓后 7d	6.32±1.25	9.84±1.78	8.092	0.000
Barthel 指 数评分	溶栓前	32.56±6.78	31.84±7.12	0.366	0.716
	溶栓后 7d	72.48±8.63	58.36±9.41	5.529	0.000

2.2 并发症发生率比较

实验组患者出现1例牙龈出血、1例皮肤黏膜瘀斑，总不良反应率为8.00%(2/25)，对照组患者出现1例颅内出血、2例牙龈出血、3例皮肤黏膜瘀斑、1例肺部感染、1例泌尿系统感染，总不良反应率为32.00%(8/25)，对比两组不良反应发生率，实验组低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组患者平均住院时间比较

实验组平均住院时间为(11.24±2.15)d，对照组平均住院时间为(14.68±2.87)d，实验组较对照组呈现出明显的缩减态势，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 综合护理干预能改善急性脑梗死患者静脉溶栓后的神经功能

急性脑梗死的核心病理生理改变是脑组织缺血缺氧导致的神经细胞坏死，静脉溶栓治疗能够迅速溶解血栓，恢复缺血半暗带的血液灌注，挽救濒死的神经细胞，从而改善患者的神经功能^[6]。然而，静脉溶栓治疗的效果不仅取决于治疗时机和药物剂量，还与护理干预密切相关。综合护理干预在溶栓前进行快速评估和准备，能够缩短患者入院至溶栓开始的时间(DNT)，提高溶栓治疗的及时性；在溶栓过程中密切监测患

者的病情变化,能够及时发现并处理各种并发症,保障溶栓治疗的安全进行;在溶栓后早期进行康复训练,能够促进神经功能重组,加速神经功能恢复。

本研究结果显示,溶栓治疗7天后,实验组NIHSS评分低于对照组,且Barthel指数评分高于对照组,两组间差异具有统计学意义($P<0.05$),该结果表明综合护理干预能够改善急性脑梗死患者静脉溶栓后的神经功能缺损程度,提高其日常生活活动能力。这与国内相关研究结果一致。

3.2 综合护理干预能降低急性脑梗死患者静脉溶栓后的并发症发生率

静脉溶栓治疗虽然能够有效改善急性脑梗死患者的预后,但也存在一定的风险,其中最严重的并发症是颅内出血,一旦发生,病死率高达50%以上。此外,还可能出现牙龈出血、皮肤黏膜瘀斑、肺部感染、泌尿系统感染等并发症。这些并发症不仅会影响溶栓治疗的效果,还会增加患者的痛苦和经济负担,甚至危及患者的生命安全。

综合护理干预通过在溶栓前严格掌握溶栓指征,控制患者血压,做好术前准备;在溶栓过程中密切观察患者的出血倾向,严格控制药物输注速度;在溶栓后加强基础护理,保持呼吸道通畅,做好皮肤护理和口腔护理,能够有效预防各种并发症的

发生。本研究结果显示,实验组患者出现1例牙龈出血、1例皮肤黏膜瘀斑,总不良反应率为8.00%(2/25),对照组患者出现1例颅内出血、2例牙龈出血、3例皮肤黏膜瘀斑、1例肺部感染、1例泌尿系统感染,总不良反应率为32.00%(8/25),对比两组不良反应发生率,实验组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明综合护理干预能够显著降低急性脑梗死患者静脉溶栓后的并发症发生率,提高治疗的安全性。

3.3 综合护理干预能缩短急性脑梗死患者的住院时间

急性脑梗死患者的住院时间较长,不仅会增加患者的医疗费用,还会给患者及家属带来沉重的心理负担。综合护理干预通过为患者提供全面、连续、优质的护理服务,能够加快患者的康复进程,缩短住院时间。本研究结果显示,实验组平均住院时间为 (11.24 ± 2.15) d,对照组平均住院时间为 (14.68 ± 2.87) d,实验组较对照组呈现出明显的缩减态势,差异有统计学意义($P<0.05$),表明综合护理干预能够显著缩短急性脑梗死患者的住院时间,减轻患者的经济负担。

综上所述,在急性脑梗死患者静脉溶栓围治疗期实施综合护理干预,能改善患者的神经功能缺损程度,提高其日常生活活动能力,降低并发症发生率,缩短住院时间,具有重要的临床应用价值,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 梁小玲.并发症超前护理结合普里西特干预在急性脑梗死患者中的效果观察[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2026(3):115-118.
- [2] 莫云梅.综合护理措施对急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者的干预效果分析[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2026(3):162-165.
- [3] 刘丹.基于应急系统理论的综合护理在急性心肌梗死介入治疗患者中的应用[J].河南医学研究,2026,35(5):937-942.
- [4] 李晶晶,何明阳.静脉溶栓治疗急性脑梗死患者的全程精细化护理及效果观察[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2025(11):125-128.
- [5] 赵艳,尹俊峰.早期预警评分量表在急性脑梗死静脉溶栓治疗中的应用效果[J].临床研究,2025,33(7):165-168.
- [6] 占小枚.综合护理干预在老年急性脑梗死患者静脉溶栓治疗中的应用价值研究[J].中国医学创新,2022,19(17):99-102.