

# 急诊护理流程对急性脑梗死患者的效果分析

刘双凤 何 苗 巢秋萍\*

联勤保障部队第九〇四医院 江苏 常州 213000

**【摘要】**目的: 研究分析急诊护理流程对急性脑梗死患者的应用和抢救效果。方法: 选择我院 2021 年 8 月 -2022 年 8 月 1 年内我院收治的急性脑梗死患者 46 名, 按照其就诊的时间顺序分为对照组 (采用常规护理流程) 和观察组 (采用急诊护理流程), 比较两组患者的出诊时间、急救时间、溶栓给药时间和两组患者的治疗前后的神经功能缺陷评分。结果: 观察组的患者在急救时间等数据上明显优于对照组, 同时观察组的神经功能缺陷评分也优于对照组, 差异均有统计学意义, ( $P < 0.05$ )。结论: 对急性脑梗死患者实施急诊护理流程可明显提高急救效率, 缩短临床抢救时间的同时, 最大限度的保证患者了生命安全和生命质量, 促进术后的功能恢复, 值得医学广泛推广。

**【关键词】**急诊护理流程; 急性脑梗死; 抢救率; 偏瘫

## Effect Analysis of Emergency Nursing Process on Patients with Acute Cerebral Infarction

Shuangfeng Liu Miao He Qiuping Chao\*

Joint Support Force 904 Hospital Jiangsu Changzhou 213000

**Abstract:** Objective: To study and analyze the application and rescue effect of emergency nursing process on patients with acute cerebral infarction. Method: 46 patients with acute cerebral infarction admitted to our hospital from August 2021 to August 2022 were selected and divided into a control group (using routine nursing procedures) and an observation group (using emergency nursing procedures) according to their chronological order of treatment. The visit time, emergency rescue time, thrombolysis administration time, and neurological deficit scores of the two groups of patients before and after treatment were compared. Result: The patients in the observation group were significantly better than the control group in terms of emergency response time and other data, and the neurological deficit score in the observation group was also better than the control group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Implementing emergency nursing procedures for patients with acute cerebral infarction can significantly improve emergency efficiency, shorten clinical rescue time, maximize patient safety and quality of life, promote postoperative functional recovery, and is worthy of widespread medical promotion.

**Keywords:** Emergency nursing process; Acute cerebral infarction; Rescue rate; Hemiplegia

急性脑梗死是脑部供血突然中断而导致的脑组织坏死的一种复杂型心脑血管疾病, 其病症直接作用于患者的脑干、延髓等脑补组织, 所以发病很急, 影响很大。临床症状主要为口歪眼斜, 恶心呕吐, 四肢麻木无力, 行走不稳、身体状态不协调等诸多表现; 一旦脑梗死的范围扩大到脑部功能区, 患者会出现失语障碍, 行走障碍以及面瘫和感官障碍, 增加患者致死率和致残率<sup>[1]</sup>。如果救治及时, 患者的预后情况会相对乐观, 后遗症的症状也相对较轻, 但是救治不及时, 很可能出现偏瘫失语智力障碍, 无法正常生活工作的同时, 还会造成终身的残疾, 甚至是直接失去生命。而有研究表明, 脑梗死的黄金抢救时间为 240min, 越早治疗, 存活的几率就越大, 患者的预后效果也就越好, 所以如何在黄金时间为急性脑梗死患者施展有效的措施抢救, 尤为重要<sup>[2-3]</sup>。基于此, 本报告探究急诊护理流程对急性脑梗患者在黄金抢救时间中的有效应用分析, 现报告如下:

### 1 对象和方法

#### 1.1 对象

选择我院 2021 年 8 月 -2022 年 8 月收治的急性脑梗死患者 46 名作为本次报告的研究对象, 按照其抢救时间的先后顺序分为对照组和观察组各 23 例, 其中对照组男 11 例,

女性 12 例, 年龄 42-72 岁, 平均年龄 (45.21±3.25) 岁, 从患者发病到抢救时间不超过 6.5h; 观察组 14 例, 女 9 例, 患者年龄 45-78 岁, 平均年龄 (48.21±2.15) 岁, 发病到抢救时间不超过 7.6h。两组患者一般资料无统计学意义,  $P > 0.05$ ; 我院伦理会对此研究完全知情, 并且同意开展研究。

#### 1.2 纳入标准以及排除标准

1.2.1 纳入标准: ①符合医学急性脑梗死患者的诊断标准; ②临床资料齐全; ③患者和患者家属自愿加入本研究; ④发病时间  $\leq 24$  小时;

1.2.2 排除标准: ①心肝肾等部位有严重障碍者; ②精神意识不存在昏迷以及障碍者; ③体内无大面积内出血情况; ④对溶栓药物 (尿激酶、链激酶和 rtPA) 无过敏者; ⑤近期几月有严重头颅外伤者; ⑥近期有重大外科手术病史;

#### 1.3 方法

对照组的患者入院抢救实施常规护理流程, 观察组的患者在对照组的患者基础实施急诊护理流程, 具体措施如下: (1)急救前的准备: ①成立专业的急诊护理小组: 包含急诊科副主任、急诊护士、内科医师、神经科医师, 和护理人员, 人员配置 6-8 人, 需要定期开展培训和考核, 主要包括急诊脑梗死的疾病构成、抢救措施、手术步骤和抢

救流程，确保拥有急诊护理经验资格以及高度的责任心，而且还要实施护理责任制，以确保每个环节的正常实施；(2)急救过程措施：①患者入院后迅速开通静脉血管开始输液，测量患者血压血糖，并给与吸氧举措，评估其生命体征，时间范围控制 10min 以内；②急诊护理小组接到通知迅速赶往急诊室进行初步的急性脑梗死评估，时间控制 10min 以内。③拥有溶栓决策权的医师于患者入院后的 10min 必须要到患者身边，陪同患者做 CT，CT 报告的出示时间不超过 30min。④实施溶栓剂绿色通道：直接将溶栓药剂送到 CT 室或者是急诊室，减少时间浪费，为患者争取生存时间。⑤开始溶栓：患者入院后 60min 以内急诊护理小组必须根据 CT 报告以及并且评估给出溶栓比例，越早开始溶栓，抢救成功的脑细胞就越多，手术台血管穿刺以后，将溶栓药物 rt-PA 放在输液内，通过静脉渠道输入到患者体内，持续时间为 1h 以上，此过程要重点观察患者的血氧饱和度、脉搏、呼吸频次以及血压状态，以防出现脑部的其他并发症。⑥每次收集急诊护理流程档案，事后对该次急诊护理做总结，争取各个环节的优化做到最合理。

表 1 对比两组急救的各项数据 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | 例数 | 出诊时间 (min) | 溶栓开始时间 (min) | 急救时间 (min) |
|----------|----|------------|--------------|------------|
| 观察组      | 23 | 3.25±1.35  | 29.87±2.85   | 62.85±3.87 |
| 对照组      | 23 | 4.58±1.54  | 34.07±5.92   | 68.35±6.58 |
| <i>t</i> | -  | 3.114      | 3.065        | 3.455      |
| <i>P</i> | -  | 0.003      | 0.003        | 0.001      |

### 2.2 对比分析两组患者的神经功能缺陷 (NIHSS)

观察组和对照组抢救前 NIHSS 评分对比差异无统计学意义,  $P > 0.05$ . 但经过抢救后, 观察组的 NIHSS 评分  $10.21 \pm 1.36$  明显优于对照组  $12.25 \pm 1.68$ , 差异有统计学意义 ( $t=3.255, P=0.002$ ),  $P < 0.05$ .

## 3 讨论

急性脑梗死患者是心血管疾病中较为棘手的病症, 起病很急, 影响巨大, 部分障碍甚至会伴随患者终身<sup>[4]</sup>. 该类病症形成的原因是有些患者出现体内阻塞血管的物质, 该类东西主要为血栓、脂肪、空气等随着血流运行, 造成大脑脑动脉狭窄闭塞, 血液供应不足而发病。也有些患者是因为年龄增大, 血管动脉硬化, 血管壁硬化之后形成斑块, 这些斑块破裂后也会阻碍脑部的正常供血, 形成急性脑梗死。而随着现代生活节奏的加快, 还诞生了一种因情绪波动大、长期精神抑郁而引起的血管神经调节异常, 往往也会诱发急性脑梗死<sup>[5]</sup>. 病因多种多样, 但是临床症状却基本一致, 如猝然昏倒、语言障碍、智力障碍, 以及半身不遂等明显特征, 而当脑部梗死的面积很大, 还会导致混着颅内压的升高, 增加脑疝的感染风险。急性脑梗死通常不是单一病, 会伴随有肺部感染、下肢静脉血栓等严重的并发症。当反复发作后, 患者会出现明显的记忆力减退, 认知也出现明显异常, 形成血管性痴呆。同时急性脑梗死也会出现由糖尿病后者是冠心病以及吸烟饮酒等不良嗜好引发。

随着我国老龄化的加快, 急性脑梗死的患者一般都为中老年患者, 一旦出现发病, 自身致残的同时, 也摧毁了一个正常的家庭, 危害性极大。在许英杰 [6] 的研究中指

### 1.4 观察指标

①对比分析两组患者的出诊时间、急救时间、和抢救成功率；②对比分析两组患者的神经功能缺陷评分表 (NIHSS), 评分标准: 范围 0-42, 分数越高, 神经受损越严重,  $\geq 16$  很有可能死亡,  $< 6$  分很有可能恢复良好, 分值每增加 1 分, 良好预后的可能性减少 18%。

### 1.5 统计学分析

使用 SPSS22.0 软件分析, 使用  $t$  和 " $\bar{x} \pm s$ " 表示计量资料, 使用卡方和 % 表示计数资料,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 对比分析两组患者的出诊时间、溶栓给药时间、急救时间

观察组的患者在出诊时间、溶栓给药时间、急救时间上明显优于对照组的患者, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ , 详情见表 1:

出, 急性脑梗死发病前伴随有一定的征兆, 比如头部眩晕、经常性肢体麻木以及行动无力, 这种症状也容易被忽视, 加上中老年人身体机能退化, 血液粘稠, 加上夜间饮水少, 血管流通速度慢, 导致夜间发病。发病时, 一定要及时呼救拨打 120, 一旦出现症状加重或者患者直接昏迷, 切忌不要盲目用药, 务必将患者侧放于地面, 清理嘴里的呕吐物, 一定要保证其呼吸通道的畅通。这是因为患者颅内可能会出现大面积的脑梗死, 一旦影响到了控制肢体的功能区, 那么很有可能会出现吞咽功能失常。呕吐物可能会堵塞气管, 让病人窒息死亡, 同时也不要盲目动患者的身躯, 避免加重症状。120 急救系统会及时将病人送到医院, 恢复脑供血, 患者的肢体功能就会少受影响, 预后也会性对较好。而医学研究表明, 如果大脑完全缺血 6min 就会直接导致患者死亡, 而已经损坏的脑细胞永久不会再生, 因为其具有特殊性, 损伤不可逆, 会永久的给患者留下残留病灶, 导致后遗症的主要原因, 所以必要的急救, 能极大的保证患者的生命质量, 减少死亡率和其预后后遗症的发生概率<sup>[7]</sup>。

急诊护理流程以一种追求极限速度为目的来给病人争取宝贵时间的护理流程, 它的特点是时间性很强, 各个科室和人员的配合度也很高, 以患者为中心, 病情至上的原则整合了医院急诊科、神经内科、护师人员、CT 检查等多个部门资源, 用飞快的速度缩短病人入院后所经的每个救治环节的时间, 把救治的效率提高到最大。急诊护理人员不仅要懂自己所在科的基本医学, 还需要具备全面的病情观察评估能力和系统的医学知识, 只有这样, 在和死神赛跑的时候, 才能够做出准确的判断和实施有效的医疗措

施。所以急诊护理小组的人员不局限于某个单一的科室,其内涵的就是将医院的抢救流程优化到最佳,胡妙玲<sup>[8]</sup>的报告中指出,我国目前最先进的在急诊脑梗死的抢救时间已经缩短到0.5h左右,完全达到了欧美发达国家的水平。而在现代医学上也要求患者发病时间到救治结束,不能超过4h,也就是说当患者发病到入院救治结束,这宝贵的4h就是和死神在抢夺时间,理论上来说,只要给患者恢复脑补供血,那么缺血半暗带的脑细胞还有抢救成功的可能。现代医学治疗急性脑梗死往往采取溶栓或者是拉栓的治疗方式,区别是二者清除血栓的方式不同和适应的时间范围不同。溶栓是利用药物输液到静脉血管处将血栓溶解,而拉栓则是利用医学设备的外力将血栓拉出。溶栓主要应对急性脑梗死患者,在4-6小时内范围内,医院往往会采取这种方式,一旦超过时间窗,则需要取栓术治疗,但最合适的时间也往往限制在24h以内,所以无论是哪一种方式,都需要及时的救治,给患者争取宝贵的时间,治疗越早,对患者脑部的损失就越小,生命质量也就越高<sup>[9]</sup>。而在急诊护理流程中患者不需要挂号、分诊、检查,从入院开始急诊护理小组就全面接受一个小组的救治,不会在救治环节上等待,浪费宝贵时间,同时经手人少,医患矛盾产生的可能性也小。值得注意的是,患者家属可能会因为患者猝然得病,以及抢救过程快节奏会产生极大的恐慌和紧张感,可能会出现到处问诊甚至是胡乱问诊的行为,导致手术同意书不及时签署,医院无法开始溶栓或者是取栓给病人增加风险,急诊护理小组要第一时间和患者家属取得共识,在4h之内一定要开始溶栓,取栓也不能超过24h,无论是患者家属和医院,都需要明白,早一分治疗,就少一分残疾<sup>[10]</sup>。而在本次报告中,观察组抢救时间和溶栓时间明显优于对照组,神经功能的缺陷也明显优于对照组,说明对急性脑梗死患者实施急诊护理流程护理,可以减少抢

救时间,加大患者存活几率,还在一定的程度上促进了患者的预后,让他们免于严重瘫痪和残疾。

综上所述,急诊护理流程在急性脑梗死患者的急救中,减少了患者死亡率,有效改善患者预后,保障其生命安全和生命质量,值得推广

#### 参考文献:

- [1] 张慧,冯玉明.急诊护理流程对急性脑梗死患者的效果分析[J].中国城乡企业卫生,2023,38(02):13-15.
- [2] 邓梅娟.优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果的影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(07):48-50.
- [3] 陈丽群.急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效果观察及满意度影响分析[J].心血管病防治知识(学术版),2020,10(06):66-68.
- [4] 顾芸韵,朱佳华,周菊花.基于Delphi构建急诊护理路径在急性心肌梗死患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(03):102-105.
- [5] 石美华.急诊护理路径在急性脑卒中患者中的应用[J].中国医药指南,2022,20(32):46-49.
- [6] 许玉俊.急诊护理路径在急性脑卒中患者中的应用效果分析[J].山西医药杂志,2022,51(10):1193-1195.
- [7] 吴英杰.急性脑卒中患者应用急诊护理路径的效果[J].中国医药指南,2021,19(25):91-93.
- [8] 胡妙玲.急诊护理路径结合集束化护理策略对急性心肌梗死患者急救效率及救治效果的影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(22):45-47.
- [9] 冯俏娟.优化急诊护理流程对急性脑梗死患者的急救效果分析[J].智慧健康,2020,6(28):162-164.
- [10] 纳红燕.优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果分析[J].人人健康,2020,(03):199.