

预见性护理在急诊科脑卒中患者的应用效果评价

米热尼沙·艾尔肯 麦日色曼·麦麦吐孙
(喀什地区第二人民医院 新疆喀什 844000)

摘要:目的:评价在急诊科脑卒中患者护理中应用预见性护理的效果和价值。方法:将本院急诊科在2022年3月-2023年3月期间收治的300例脑卒中患者作为此次研究对象,对300例患者实施双色球分组处理(每组150例),其中参照组患者给予急诊科常规护理,试验组患者开展预见性护理,对比两组的护理效果。结果:试验组护理后对比的护理满意度评分、生活质量评分高于参照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义;试验组患者的SAS评分、NIHSS评分、并发症发生率均低于参照组患者($P < 0.05$),差异具有统计学意义。结论:急诊科在溶栓抢救脑卒中患者的过程中配合预见性护理干预的效果明显,能减轻患者脑神经功能的损伤程度,减轻患者负面情绪,减少和预防一系列并发症的发生,提高患者生活质量水平,促进患者预后,保障溶栓治疗的安全性及疗效。

关键词:急诊科;脑卒中;预见性护理;并发症发生率;护理满意度

脑卒中属于临床中十分多见的突发其进展快速的脑缺血或脑出血性疾病,这一疾病的病因十分复杂,主要认为与基础性疾病、不良生活习惯、肥胖、长期体力活动缺乏、高同型半胱氨酸血症、心房颤动等相关^[1]。患者会出现突然间的单侧肢体麻木或无力、口眼歪斜、言语不清、恶心呕吐、视物模糊、昏迷、头痛、恶心呕吐、肢体瘫痪等等症状,威胁患者的生命安全。临床中脑卒中患者进入急诊科后一般对发病时间4.5小时以内的患者实施溶栓治疗^[2],可以取得明显的治疗效果,溶栓药物能在短时间内将血栓溶开,使血流恢复,血流恢复以后会减少血流中断引起的神经元细胞死亡,使患者各项功能得到一定的恢复和改善,减少致残和致死现象的出现^[3]。但在急诊科溶栓治疗中由于各种因素的影响容易导致并发症出现,影响溶栓治疗的安全性及有效性,对患者预后产生一定的威胁^[4]。因此,在急诊科抢救治疗中配合相应的护理措施显得尤为重要,以往的急诊科护理中通常使用常规的对症护理,虽能起到一定的护理效果,但对于减少和预防并发症方面的作用不大,具有一定的局限性。因此,在急诊科脑卒中抢救中提倡给予高效、安全的预见性护理措施,更好的挽救患者的生命安全,保障溶栓的效果及安全。为了分析预见性护理用在急诊科溶栓治疗脑卒中中的价值和效果,本院针对收治的脑卒中300例展开了对比护理观察和研究。

1 资料与方法

1.1 临床资料

通过双色球分组原则对本院急诊科同一时间段内收治的脑卒中患者300例分成两组,其中150例参照组患者中男性81例,女性69例,年龄分布在45-60岁,均值(53.63 ± 3.12)岁,发病时间30min-4小时,平均(2.12 ± 0.56)h;试验组150例患者中男性80例,女性70例,年龄分布在46-60岁,均值(53.65 ± 3.11)岁,发病时间1-4小时,平均(2.15 ± 0.53)h。

对两组脑卒中患者的基线资料进行统计学处理,结果差异不大($P > 0.05$)且可比性高。

纳入标准:1)经影像学诊断和各项检查均符合“脑卒中”的诊断标准;2)发病时间在4.5小时以内;3)符合溶栓的指征和标准;4)患者资料完整且同意参与本次观察。

排除标准:1)合并其他严重的心血管意外或基础性疾病;2)先天性精神障碍或聋哑人;3)严重的药物过敏史或凝血功能障碍;4)中途退出观察或转院治疗的患者。

1.2 方法

对参照组患者实施急诊科常规护理,主要是急诊科较为基础的

对症处理、生命体征指标的监测、溶栓配合治疗与护理等措施。

为试验组患者开展急诊科预见性护理:(1)预见性心理疏导:多数患者由于突发疾病极易发生较为严重的心理问题和紧张情绪,这种情绪又会加重疾病的进程和发展,不利于患者预后。因此,患者入院第一时间应综合评估其心理问题和状态,结合患者的实际情况、心理特点和性格特点等通过一对一问答解惑、语言安慰、眼神肯定、正性暗示等方式缓解患者的心理压力,帮助患者建立战胜疾病的自信心。(2)预见性病情处理:在转运脑卒中患者的过程中应指派一名主治医师、两名急诊科护士在旁监测患者的意识和四肢的肌力状态,还应尤其关注转运过程中的安全,做好急救准备。在溶栓治疗后注意观察以下几点,首先是溶栓后,应定期观察患者的生命体征,如心率、血压、血氧饱和度、呼吸程度等指标,应保持在正常范围之内,这样可以有效的避免脑卒中的出现。其次应在溶栓后及时了解患者是否存在其他异常的不适症状,如头痛、烦躁、意识障碍、恶心呕吐、双侧瞳孔不对称、视乳头水肿、头晕等,如果出现以上症状,则表示可能出现了血压上升情况。最后还应关注患者是否出血,在溶栓后,还需要观察患者牙龈、眼睛、大小便情况,查看是否存在出血,因为在溶栓后,溶栓药物可能会破坏凝血系统,从而导致出血。(3)预见性并发症护理:为了预防感染的发生,护士应为患者实施鼻饲处理,减少胃中内容物出血逆流,将患者头部抬高30度,保证患者呼吸道通畅,及时清洁口腔卫生。为了减少泌尿系统感染,护士应监测患者尿液参与量,定期更换尿袋和导管。为了减少血栓和压疮,护士应每2小时为患者调整一次体位,协助患者翻身,并在患者生命体征指标恢复之后指导其早期下床活动,更好的减少下肢深静脉血栓、压力性损伤的发生,保障患者的预后。

1.3 观察指标

对比两组脑卒中患者护理后的SAS评分、NIHSS评分、护理满意度评分、生活质量评分、并发症发生率等差异。(1)SAS评分:采用SAS焦虑自评量表,总分0-100分,分数越高患者焦虑情绪越严重。(2)NIHSS评分^[5]:采用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale)评估患者的脑神经功能缺损程度,总分0-42分,通常将3分认为是界限,3分及以下提示患者为轻卒中,3-10分属于中度卒中,而超过10分以上则属于重度卒中。(3)生活质量评分:采用SF-36量表对患者生理机能、心理机能、社会职能等展开评分,总分100分,分数越高患者的生活质量越高。(4)并发症:包括下肢深静脉血栓、肺部感染、压力性损伤等^[6]。

1.4 统计学分析

采用 spss21.0 软件进行处理, 计量资料采用均数标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 计数资料采用 χ^2 表示, 当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 参照组与试验组患者护理后的生活质量评分

试验组患者护理干预后对比的生活质量评分高于参照组患者 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 1 所示:

表 1: 参照组、试验组脑卒中患者的生活质量评分比较 (分)

组别	生理机能	心理机能	社会职能	生活质量评分
参照组 (150)	60.53 ± 4.62	60.75 ± 4.65	61.17 ± 4.69	61.12 ± 4.63
试验组 (150)	68.50 ± 5.05	68.39 ± 5.03	68.79 ± 5.13	68.57 ± 5.10
t 值	-	-	-	13.246
P 值	-	-	-	< 0.001

2.2 两组护理前后的 NIHSS 评分、SAS 评分、护理满意度评分

护理前, 两组患者之间的各项指标评分无显著差异 ($P > 0.05$), 无统计学意义; 干预后, 试验组患者的护理满意度评分高于参照组患者 ($P < 0.05$), 而 NIHSS 评分、SAS 评分低于参照组 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 2:

组别	护理满意度评分	SAS 评分		NIHSS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
参照组 (150)	85.46 ± 3.59	51.12 ± 4.56	47.79 ± 3.56	13.35 ± 2.10	10.78 ± 1.62
试验组 (150)	92.01 ± 3.33	51.15 ± 4.55	44.21 ± 2.50	13.40 ± 2.05	8.89 ± 0.46
t 值	16.383	0.057	10.079	0.209	13.745
P 值	< 0.001	0.955	< 0.001	0.835	< 0.001

表 2: 两组脑卒中患者的护理满意度评分、NIHSS 评分、SAS 评分 (分)

2.3 参照组和试验组患者干预后的并发症发生率

试验组患者干预后的并发症发生率相对于参照组患者更低 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 3:

表 3: 参照组、试验组脑卒中患者对比的并发症发生率

组别	压力性损伤		下肢深静脉血栓		肺部感染		并发症发生率	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n/%)	(n/%)
参照组 (150)	3	(2.00)	4	(2.67)	6	(4.00)	13	(8.67)
试验组 (150)	1	(0.67)	0	(0.00)	2	(1.33)	3	(2.00)
X ² 值	-	-	-	-	-	-	-	6.602
P 值	-	-	-	-	-	-	-	0.010

3 讨论

临床研究显示, 随着人们生活环境、生活习惯的变化, 加上各类基础性疾病的发生, 现阶段临床中脑卒中的发病率越来越高, 且发病年龄逐渐趋于年轻化的发生趋势^[1]。脑卒中的发生会严重的威胁患者的生命安全, 具有较高的致残率和致死率, 临床中通常对患者实施溶栓治疗, 通过溶栓的治疗手段, 可以更好更快的使闭塞的脑血管再通, 加大脑组织的灌注, 同时纠正脑组织的缺血, 缺氧状

态, 使脑血流迅速恢复, 从而大大降低了患者的致残率和致死率, 改善患者的脑组织认知功能, 减少患偏瘫的风险, 挽救患者的生命^[8]。

但在急诊科开展溶栓治疗的过程中配合相应的护理干预显得尤为重要, 是减少溶栓后并发症、改善患者预后的基础。以往的急诊科基础护理虽然能起到一定的效果, 但对于预防并发症、改善患者身心状态方面的作用并不高, 无法达到预期目的。随着急诊科护理技术的更新和发展, 现阶段的急诊科溶栓治疗脑卒中的过程中通常使用高效创新的预见性护理模式, 预见性护理主要是指护理人员运用护理程序对患者进行全面综合的分析和判断, 对护理中存在的风险和可能出现的意外提前预知, 从而积极采取及时、有效的护理措施, 避免护理并发症的发生, 以提高护理质量和治疗效果的一种模式^[9]。通过预见性心理疏导、预见性病情处理及预见性并发症护理等护理措施最大程度上缓解患者的身心状态, 减轻患者脑组织神经功能的损伤程度, 减少和预防并发症的发生, 提高患者生活质量水平, 加速患者的康复进程^[10]。本研究结果显示, 和参照组脑卒中患者对比, 试验组脑卒中患者干预后的 SAS 评分、NIHSS 评分、并发症发生率更低, 而护理满意度评分、生活质量评分更高, 这一数据更好的说明了在急诊科溶栓治疗脑卒中的过程中配合预见性护理干预的效果十分显著, 对于改善患者身心、控制病情发展及改善预后方面的意义重大。

综上所述, 预见性护理模式用在急诊科溶栓治疗脑卒中患者中能达到明显的护理成效, 建议在日后的护理中推广使用。

参考文献:

- [1]刘瑞华,邱金凤,陈晓妹等.预见性护理措施对预防脑梗死病人下肢深静脉血栓形成的价值分析[J].当代临床医刊,2021,34(04):50-51.
- [2]彭秋梅.预见性护理在瑞芬联合芬太尼麻醉下颅脑损伤手术中的应用及对患者 NIHSS 评分的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(10):1896-1898.
- [3]余洁,李娟,田芳等.基于风险感知理论的预见性护理在急性缺血性脑卒中溶栓病人中的应用研究[J].全科护理,2022,20(29):4095-4097.
- [4]莫少娟,王美力,谭燕红.基于预见性理论的精细化护理在预防脑卒中偏瘫患者下肢静脉血栓栓塞症中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(19):82-85.
- [5]孙星月,魏秀芳.预见性护理联合早期肠内营养对重症脑卒中患者免疫功能及预后的影响[J].人人健康,2022,No.576(19):123-125.
- [6]魏京旭,常红,曹闻亚等.1 例先天性肺动脉畸形继发性缺血性脑卒中后动脉机械取栓联合长时程血管内低温治疗病人的护理[J].护理研究,2022,36(14):2630-2632.
- [7]吕红叶.预见性护理在预防脑卒中患者卧床并发症及焦虑、抑郁情绪中的临床效果[J].国际护理学杂志,2021,40(06):1022-1025.
- [8]蓝芬.预见性护理对急性脑梗死静脉溶栓治疗患者神经功能和并发症的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(02):145-147.
- [9]刘柯,马静.SSA 量表评分联合预见性护理干预策略对老年脑梗死吞咽困难患者吸入性肺炎风险及生活质量的影响[J].内蒙古医学杂志,2021,53(11):1399-1401.
- [10]杨新华,高燕,亓田.预见性护理干预在 ICU 脑卒中患者床旁盲插螺旋型鼻肠管中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(13):155-157.