

# 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞疗效及护理分析

田琴 王洁

(新疆医科大学第二附属医院神经内科 新疆乌鲁木齐 830000)

**摘要:** 目的: 探讨阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞疗效及护理。方法: 选取 60 例急性脑梗塞患者, 均采取阿替普酶静脉溶栓治疗, 随机分组后实施不同护理, 观察两组结果和数据。结果: NIHSS 评分、SS-QOL 评分: 护理前无差异 ( $P > 0.05$ ), 护理后研究组均更佳 ( $P < 0.05$ ); 总满意率: 研究组为 100.00%, 对照组为 86.67%, 研究组更高 ( $P < 0.05$ )。结论: 将护理干预应用于阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞患者的护理中效果显著, 可有效促进患者神经功能恢复, 提升其生活质量, 且患者对该护理满意度高。

**关键词:** 急性脑梗塞; 阿替普酶; 静脉溶栓; 护理干预; 常规护理; 神经功能缺损; 生存质量; 护理满意度

急性脑梗塞在临床中很常见, 具有较高的发病率, 相比其他人群, 中老年群体更为高发, 该病起病急、进展快、很凶险、预后较差, 常见症状有眩晕、头痛、呕吐不清、耳鸣、猝倒、半身不遂等<sup>[1]</sup>。该病不仅发病率高, 致残率和致死率也很高, 该病的治疗时机很重要, 早期治疗可有效改善预后, 若不在发病早期就进行及时治疗, 脑神经的损害将不可逆, 进而可诱发多种功能障碍, 包括运动、语言、吞咽、意识等功能障碍, 甚至可导致患者瘫痪或死亡, 严重威胁患者生命, 同时瘫痪对患者造成的不良影响很严重, 极大降低了患者的生活质量, 故需积极治疗<sup>[2]</sup>。现临床上治疗这种疾病的方法较多, 静脉溶栓是其中常见的一种, 该治疗可在早期迅速有效疏通闭塞血管, 促使梗死面积缩小, 从而改善预后, 阿替普酶是现临床上用于该病治疗常用的一种溶栓药物, 阿替普酶静脉溶栓方案虽效果显著, 但治疗期间为患者提供优质、全面的护理也很重要<sup>[3]</sup>。本研究即探讨了阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞疗效及护理, 如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 60 例急性脑梗塞患者, 这些患者治疗时间段均在 2021.3~2022.3, 随机分成两组, 主要为对照组 (30 例, 男性 17 例, 女性 13 例, 年龄 43~76 岁, 平均  $59.56 \pm 8.45$  岁) 和研究组 (30 例, 男性 16 例, 女性 14 例, 年龄 44~76 岁, 平均  $59.78 \pm 8.23$  岁)。纳入标准: ①均经临床确诊; ②各资料齐全; ③无其他脑血管疾病; ④患者本人或家属同意研究。排除标准: ①凝血功能异常; ②合并脑出血或蛛网膜下腔出血; ③纳入研究前有服用抗凝药物史者; ④合并恶性肿瘤; ⑤心、肝、肾功能衰竭。这两组患者的一般资料无统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 可比。

### 1.2 方法

对照组采取常规护理, 遵医嘱对患者实施阿替普酶静脉溶栓治疗, 严格控制药物滴速, 掌握治疗时间, 溶栓期间加强患者的监测, 监测内容包括患者各项生命体征、病情变化、意识状态、肢体功能等, 若有异常出现, 则及时通知医生, 同时加强用药护理和饮食方面指导等。研究组采取护理干预, 主要分三个阶段实施, 具体措施如下:

**1.2.1 溶栓前护理。** 护理评估, 在溶栓前对患者进行全面评估, 了解其各方面情况, 了解内容包括患者既往史、健康史、吸烟史、发病时间、意识状态、症状表现、营养状况、社会支持系统、辅助检查、凝血功能、出入量等, 根据患者具体情况制定适宜患者的个体化护理措施; 健康教育, 溶栓前的宣教速度应快速, 避免耽误患者治疗, 采用语言通俗易懂的语言完成宣教, 宣教内容选取重要部分, 快速对患者的疑问进行解答, 将风险告知患者或家属, 做好患者及家属的各项解释工作, 促使患者认知度提升, 使其治疗信心增强, 针对昏迷患者, 做好家属的宣教和解释; 溶栓前准备, 快速评估患者神经功能缺损评分 (NIHSS), 并快速为患者建立两条静脉

通道, 并采集血液标本送检, 快速帮助患者完成影像学检查, 连接心电监护, 并提前准备好中心吸氧、负压吸引装置等, 加强患者的监测, 发现异常及时通知医生, 并提前备好急救仪器、药品等。

**1.2.2 溶栓中护理。** 遵医嘱行阿替普酶静脉溶栓治疗, 确保药液现配现用, 确保用药方法、配伍、剂量等正确, 严格控制滴速, 保证药物在规定时间内滴完, 治疗期间加强患者的监测, 若有异常及时通知医生, 并协助处理, 期间加强患者血压的监测和神经功能的评估, 这两项指标溶栓 2h 内每 15min 测量/评估一次, 溶栓 2~6h 内每 30min 测量/评估一次, 溶栓 6~24h 内每 1h 测量/评估一次, 严格控制血压, 避免其过高或过低, 遵医嘱应用降压药, 确保静脉通路通畅, 加强患者出血倾向的观察, 并做好患者的安抚, 避免其情绪激动, 同时做好并发症的预防。

**1.2.3 溶栓后护理。** 病情监测, 溶栓后仍需加强患者的监测, 监测其瞳孔、意识状态、表情、肌力变化、肢体功能、各项生命体征等, 发现异常及时通知医生; 健康教育, 溶栓前的健康教育极为迅速, 较为大致, 故需再次对患者进行宣教, 采用通俗易懂的语言向其讲解疾病、治疗、护理和康复方面知识, 具体细化到发病原因、临床症状、治疗方案、各治疗方案的优劣、注意事项、康复的重要性、康复开始时间、具体康复方案等, 鼓励患者提出自己不懂的地方, 解答患者疑问, 对于重点知识进行反复多次强调, 宣教时家属也需在旁, 便于对患者病情有基本了解, 同时便于治疗和护理工作的配合, 针对昏迷患者和年龄较大理解能力相对较差的患者, 对其家属进行全面宣教, 告知家属日常监测和安全防护的重要性, 指导家属学会基本的照护技能, 如拉床铃、观察输液速度、调节氧气、观察患者病情、拉高患者床栏、口腔护理、按摩护理、及时通知护士等; 饮食护理, 根据患者饮食方面具体情况给予患者针对性饮食指导, 嘱家属为患者提供富含纤维素、维生素、低盐低脂、低胆固醇的食物, 多食新鲜蔬菜和水果, 存在轻度吞咽的患者, 给予其半流质或流质饮食, 在患者进食的时候将床头抬高, 进食速度减缓, 无法进食的患者, 遵医嘱给予其肠内营养或肠外营养, 肠内营养者加强鼻饲护理; 加强基础护理, 每日口腔清洁 2 次, 每隔 1~2h 协助患者进行翻身, 同时加强患者的皮肤护理, 预防压疮发生; 安全护理, 加强患者的安全防护, 随时拉起床栏, 必要时使用约束带, 保持病房内地面干燥、整洁, 走廊、卫生间等地设置扶手, 告知家属加强患者的防护和监测, 时刻轮流陪护在患者身边, 避免患者发生意外事件; 心理护理, 日常护理中加强与患者的交流和沟通, 评估和观察患者心态、负面情绪等, 根据患者具体情况给予其针对性心理护理, 对其进行心理方面知识宣教, 指导患者通过心理学技巧缓解负面情绪, 改善心理状态, 同时告知家属为患者提供良好的心理支持, 给予患者尊重、理解、关心, 不责骂、抱怨患者, 不因照顾缺乏耐心而对患者发脾气, 不可对患者额外增加心理压力, 自己出现情绪方面问题时求助医护人员, 针对压力较大、情绪不稳定的家属, 护理人员对其进行心理疏导。

1.3 观察指标

观察两组神经功能、生存质量改善情况以及护理满意度，并分析数据。第一项指标采用神经功能缺损评分量表（NIHSS 评分）评价，得分与神经功能缺损呈正比。第二项指标采用脑卒中专门化生存质量量表（SS-QOL）评价，得分呈正比。前面两项指标分别在护理前、护理结束后评价。第三项指标采用我科自制调查表评价，根据评分结果主要分为非常满意、较满意和满意三项，在患者出院时发放，患者评价完成后，护理人员整理统计，对总满意率进行

表 1 两组神经功能、生存质量改善情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ ) (分)

组别	例数	NIHSS 评分		SS-QOL 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	13.18 ± 2.51	7.72 ± 2.03	102.87 ± 6.41	126.58 ± 17.02
研究组	30	13.09 ± 2.24	6.03 ± 1.52	101.54 ± 5.88	141.29 ± 18.16
t	-	0.147	3.650	0.837	3.237
P	-	0.884	0.001	0.406	0.002

2.2 两组护理满意度对比

总满意率：研究组为 100.00%，对照组为 86.67%，研究组更高 ( $P < 0.05$ )。详见表 2：

表 2 两组护理满意度对比[n(%)]

组别	例数	非常满意	较满意	不满意	总满意率 (%)
对照组	30	18 (60.00%)	8 (26.67%)	4 (13.33%)	26/30 (86.67%)
研究组	30	24 (80.00%)	6 (20.00%)	0 (0.00%)	30/30 (100.00%)
$\chi^2$	-	2.857	0.373	4.286	4.286
P	-	0.091	0.542	0.038	0.038

3 讨论

急性脑梗塞是临床上常见的一种急性脑血管疾病，属于卒中中常见的一种类型，发病率较高，据数据统计，该病发病率约占全部卒中患者的六成到八成，近几年来，随着我国人口老龄化速度的加快和人们生活方式的改变，该病发病率也在随之呈逐年上升趋势<sup>[4]</sup>。该病以头痛、恶心、眩晕、耳鸣、谈吐不清、半身不遂等为主要临床表现，可伴不同程度的运动、吞咽、语言、意识等功能障碍，这种疾病的致残率、致死率均较高<sup>[5]</sup>。调查显示，该病是导致我国中老年人群残疾和死亡的最常见原因，对患者造成的危害极为严重，故需采取积极治疗，早期治疗可有效挽救患者生命，减轻患者神经功能缺损，改善预后<sup>[6]</sup>。阿替普酶静脉溶栓是现临床上用于该病治疗的常见方案，该治疗可在短期内直接或间接地溶解血栓中的纤维蛋白，进而疏通阻塞血管，促使患者脑血管灌注量得以恢复，进而减轻神经功能缺损，改善预后，降低致残率和病死率。该方案虽然效果显著，但治疗期间加强患者的护理也很重要，合理、有效、系统地护理可对临床治疗效果发挥积极的促进作用，同时利于患者心态调整、病情康复<sup>[7]</sup>。

常规护理是往常一般采取的护理方式，这种护理虽在临床中应用时间长，但护理措施较为单一，仅重视基础护理、治疗护理，忽略其他方面护理，需选取更为有效的护理<sup>[8]</sup>。本研究即对患者实施了护理干预，从溶栓前、溶栓中、溶栓后三个阶段实施护理，全程不仅重视患者的治疗护理、基础护理，同时注重疾病的宣教、安全护理、心理护理、康复护理等，且实施的护理措施更为全面、综合、更具针对性、个体性、更适用于溶栓患者，这些全面、综合、具备针对性的护理发挥了良好效果。本研究结果显示，NIHSS 评分、SS-QOL 评分：护理前无差异 ( $P > 0.05$ )，护理后研究组均更佳 ( $P < 0.05$ )；总满意率：研究组为 100.00%，对照组为 86.67%，研究组更高 ( $P < 0.05$ )，可见此次研究采取的护理干预是切实有效的，效果要明显优于常规护理，这种护理在改善患者神经功能和生活质

计算，总满意率=（非常满意+较满意）/不满意 × 100.00%。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析，采用  $\chi^2$  检验和 t 检验， $P < 0.05$  表示数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组神经功能、生存质量改善情况对比

NIHSS 评分、SS-QOL 评分：护理前无差异 ( $P > 0.05$ )，护理后研究组均更佳 ( $P < 0.05$ )。详见表 1：

量以及提高护理满意度等方面具有显著效果，分析原因与该护理更具针对性、个体性，更为全面、综合等有关，护理越全面，对治疗的辅助和促进作用也就越强，从而利于患者病情好转。

综上所述，将护理干预应用于阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞患者的护理中效果显著，可有效促进患者神经功能恢复，提升其生活质量，且患者对该护理满意度高，该护理在这类患者的护理中具有较高的临床使用价值，值得推广。

参考文献：

[1] 万燕铃, 刘媛媛, 杨文华, 等. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞的护理对策探讨[J]. 世界最新医学信息文摘 (电子版), 2020, 20(15):236-237.

[2] 罗状英, 刘少勇, 肖彩霞, 等. 绿色通道模式下阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死的疗效观察与护理对策[J]. 心理月刊, 2018, 000(3):246-246.

[3] 韩木军. 阿替普酶静脉溶栓与依达拉奉联合治疗急性脑梗死的疗效分析[J]. 北方药学, 2020, 017(005):34-35.

[4] 史瑞东. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死效果观察及护理对策[J]. 中国保健营养, 2019, 29(22):208.

[5] 陈培材, 饶俊平, 廖伟锋. 阿替普酶与尿激酶溶栓对超早期急性脑梗死患者神经功能的影响[J]. 中国当代医药, 2019, 26(13):84-87.

[6] 鲁静. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞的观察与护理[J]. 饮食保健, 2018, 5(22):235-236.

[7] 景彩丽. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞早期患者的观察与护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 000(14):2.

[8] 王建华. 急性脑梗死超早期使用阿替普酶静脉溶栓治疗的综合护理干预效果分析[J]. 心血管外科杂志: 电子版, 2020, 9(2):2.