

优质护理在卒中溶栓患者中的应用

夏玉芳

射洪市中医院 629200

〔摘要〕目的 明确优质护理干预在改善卒中溶栓患者预后中的临床应用价值。方法 将 26 例卒中溶栓患者纳入对照组入院治疗期间实施常规护理干预, 又将 26 例卒中溶栓患者纳入研究组入院治疗期间除了实施常规护理外另辅以优质护理干预, 将两组患者经不同模式的预后情况展开对比。结果 研究组患者自理能力、神经功能评分均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 优质护理应用于卒中溶栓患者护理中利于病情以及不良情绪改善, 可促生活自理能力提升, 在临床有推广应用价值。

〔关键词〕脑卒中; 溶栓; 优质护理

〔中图分类号〕R473.73 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2021) 06-174-02

作为临床较为常见的一种病症, 脑卒中又可以称作缺血性脑卒中, 其主要指的是患者脑部血液发生供应障碍, 引发缺血、血氧症状, 导致局部脑组织发生缺血性软化、缺血性坏死症状, 患者临床存在头痛、呕吐、大小便失禁以及肢体偏瘫等现象, 严重威胁患者身体健康、生命安全。对于该疾病而言, 尽早溶栓治疗是关键, 并配以针对性护理, 可确保患者得到连贯性治疗^[1]。对此, 本研究提出优质护理干预方法, 现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2018 年 2 月至 12 月本院接诊的卒中溶栓患者里选取 26 例纳入对照组, 男性 14 例、女性 12 例、年龄 55—73 岁, 平均年龄 (63.4 ± 0.5) 岁; 又在 2019 年 1 月至 2020 年 3 月本院接诊的卒中溶栓患者里选取 26 例纳入研究组, 男性 15 例、女性 11 例, 年龄 53—70 岁, 平均年龄 (62.1 ± 0.4) 岁, 两组病患及家属均对此次研究知情并签署知情同意书, 且签署知情同意书, 年龄、性别等一般资料对比无显著差异 ($P > 0.05$), 有可行性。

1.2 方法

对照组接受常规护理, 入院后责任护士根据具体情况制定针对性的护理计划, 协助医师做好各项抢救治疗, 时刻监测生命体征状况, 做好血压、心率、血糖等多项指标测量, 强化饮食、用药等干预, 为病患及家属展开健康宣教, 促其对该疾病有更正确的认识, 同时因该病需卧床休养, 故而应特别注意皮肤受压部位、口腔等监护, 防控并发症。研究组接受优质护理干预, 具体为:

1.2.1 溶栓前护理

先测量患者各项生理指标, 迅速开设静脉通路, 并尽快拍摄脑组织 CT, 生化检验血常规、凝血功能等^[2]。同时, 进行 NIHSS 评估, 一旦确诊为卒中影响实施早期静脉溶栓护理干预。以最快的速度备齐氧气、药品、静脉泵等常规急救设备, 对于意识尚清者, 应实施心理干预, 简单扼要地介绍接下来的治疗与护理, 并重点论述病情程度、预后效果及溶栓治疗必要性, 以此来降低患者应激反应。

1.2.2 溶栓中护理

基于 NIHSS 评估分数使用溶栓药物, 并采取静脉泵注的方式^[3]。这里, 要求参与护理必须具有较强的应急能力与技巧, 注入药物时必须专人进行动态监护, 实时关注泵注剂量,

并对其速度进行调整。给药时, 护士应重点关注患者症状变化, 每隔十五分钟记录患者心率、血压等, 并评估神经功能。等到溶栓泵注结束后两小时内还应继续监测患者各项指标, 若连续六小时并未异常变化, 可改为每隔一小时记录一次。值得注意的是, 早期注射溶栓药物, 因药物作用会暂时性缓解神经功能障碍, 但是极易出现躁动情况。对此, 护士应积极安抚患者的情绪, 耐心地询问其是否感到不适, 尽量地满足患者所需。若患者出现腹部疼痛、血压骤然升高、头痛欲裂等情况时, 应迅速通知医生, 并配合处理。另外, 在溶栓治疗过程中内出血是最危险的并发症, 对此护士应细致观察患者皮下黏膜出血状况, 并对尿液颜色进行如实记录, 一旦发现尿液中含有血丝或凝血块, 这可能存在出血风险, 应如实通知医生。

1.2.3 溶栓后护理

溶栓结束后, 若患者血压迅速上升、头晕头痛, 应迅速接受 CT 扫描, 对溶栓效果进行确认。告知患者必须绝对静卧修养, 注意情绪的控制, 不得过于波动, 预防出现出血症状。同时, 护士应按及时协助患者调整体位, 护理受压部位皮肤, 避免出现压疮、肺部感染的情况。对于意识清醒的患者, 应开展健康宣教活动, 引导其对饮食结构进行调整, 尽量使用纤维素、维生素、蛋白质含量丰富的食物。针对合并高血脂、高血压、糖尿病等原发性疾病者, 应注意糖、盐、脂肪的摄入量, 不得食用纤维较粗的蔬菜或粮食, 避免便秘。另外, 食物温度也必须控制, 不得摄入过热的食物, 避免损伤消化道黏膜, 避免消化道出血。

1.3 观察指标

对比患者在护理前与护理后的神经功能缺损状况及自理能力。其中神经功能评定主要参照美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 开展, 分值为 0 ~ 42 分, 分值越高提示神经功能缺损越严重。用 Barthel 指数评定量表进行评价, 满分为 100 分, 分值高低与患者生活自理能力成正比。

1.4 统计学分析

调查数据值经 SPSS22.0 统计学软件展开处理, 计量资料经 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 由 t 检验, $P < 0.05$ 代表组间对比存在显著统计学意义。

2 结果

据统计, 相比于干预前, 两组患者 NIHSS 评分及 Barthel 评分均有所改善, 且研究组改善幅度更大 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1 两组患者 NIHSS 评分及 Barthel 评分对比

组别	n	NIHSS 评分 (分)		Barthel 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	26	24.16±2.16	24.25±3.04	65.21±1.25	91.24±1.04
对照组	26	11.35±1.24	20.23±2.01	64.79±2.31	80.01±2.10
t		2.212	5.265	1.021	7.587
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

脑卒中发病后会令梗死灶中心位置神经细胞快速死亡,并于病灶部位附近形成缺血半暗带,因该区域依旧有侧枝循环供给部分血液,所以依旧存有能够挽救且存活的大量损伤神经细胞,若能够快速恢复血供,并改善脑组织代谢,损伤细胞功能则能够被逆转与恢复,虽然及时治疗很重要但也离不开全面的、细致的护理管理。优质护理作为一种“以人为本”的护理管理模式,不仅仅注重常规护理内容的实施,更关注一些细节之处的护理,这对疾病的康复更有利。溶栓前对患者病情了如指掌,并根据 NIHSS 评分准备所需药物。溶栓时对患者生理指标、体征变化进行严格检测,实施调控溶栓药物注射量及速度,避免再一次出血。同时,用心安抚躁动的患者,促使其积极配合临床工作。溶栓后加强指导,

尤其是饮食方面,纠正患者不良习惯,确保肠道始终保持通畅状态,避免病情反复,促使神经功能及自理能力早日恢复。本研究结果则充分证实了优质护理干预的有效性,值得临床广泛推广。

[参考文献]

- [1] 刘世扬.急性缺血性脑卒中超早期静脉溶栓治疗期的优质护理效果研究[J].中国实用医药,2020,15(34):165-167.
- [2] 冀亚飞,房慧丽.优质护理在急性缺血性脑卒中超早期静脉溶栓治疗中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(22):271+274.
- [3] 张春芝.高压氧联合细节化优质护理干预对急性缺血性脑卒中患者介入溶栓术后 ADL 评分的影响[J].疾病监测与控制,2018,12(05):411-412.

(上接第 172 页)

固定以及体位变换操作,而这类操作均可能导致疼痛症状加剧,而当患者疼痛长期得不到缓解的情况下,则会导致患者出现心理应激反应,无论是对治疗还是护理工作的实施均会产生严重影响,最终对患者的病情康复产生了阻碍。因此,积极实施护理干预措施具有十分重要的价值^[4]。

对于创伤骨科患者而言,需长期卧床休息,极易导致多种并发症,中医护理通过按摩、熏洗、外敷内服等措施,有效规避了并发症,并促进了创伤部位炎性的吸收,加快了创伤部位的血液循环,促使血流处于通畅状态,为创伤部位提供了足够的氧气和营养,十分有利于患者病情的康复^[5]。

综上所述,创伤性骨科患者行中医护理模式的临床效果

突出,得到了患者的满意认可,值得应用在临床中并推广。

[参考文献]

- [1] 冯超如.中医护理在创伤骨科患者中的应用价值分析[J].云南中医中药杂志,2019,040(006):93-94.
- [2] 陈秀丽.疼痛护理管理模式在创伤骨科病房中的应用分析[J].黑龙江中医药,2019,304(02):113-114.
- [3] 李旭.无缝隙护理模式对预防创伤性骨科患者术后并发 DVT 的应用[J].实用中西医结合临床,2019,19(01):164-166.
- [4] 王艳琴.快速康复护理在骨科患者中的应用价值分析[J].养生保健指南,2019,000(030):368.
- [5] 张荣静.医护一体化模式在骨科护理中的应用研究[J].饮食保健,2019,6(008):170.

(上接第 173 页)

患者、家属、护理人员等方面有关,尤其随着当前急诊科室内每天的人流量增加,接诊患者的病种多、病情危重,还可能存在着难以抑制的传染病,如果工作疏于防护,则极有可能导致意外发生^[5]。

在本次研究中,护理后比较甲乙组护理满意率。甲组满意率为 97.63%,乙组 87.80%,甲组 > 乙组,数据对比差异明显(P<0.05)。经护理,甲组患者的急救耗时短于乙组,对比数据差异明显(P<0.05)。具体分析为:自实施急诊分诊安全管理模式以来,优化了就诊环境,明确流程标识,确保患者就诊顺利开展。与此同时,也规范就诊标准,合理安排护理人员,担任分诊岗位。由于目前很多护理人员缺乏相关经验,分诊预见能力有限,所以如果安排年资较低的护理人员担任分诊岗位,十分容易出现分诊出错,进一步则会影响到患者的救治时间,以至于产生互相纠纷,最终不利于安全性提升。

综上,在急诊护理中选择急诊分诊安全管理模式,患者

满意度较高,急救耗时较短,值得推广。

[参考文献]

- [1] 葛玲玲,郝卫文,李娟,et al.治疗性沟通护理干预在急诊输液患者中应用的效果分析[J].中国实用护理杂志,2021,37(13):996-1002.
- [2] 王欣月,冯耀清.基于患者行为决策分析系统的无缝隙护理模式在急腹症急诊患者中应用的效果[J].广西医学,2020,v.42(16):131-134.
- [3] 刘玉娥,翟忠昌.标准化二次分诊模式在儿科急诊患儿管理中的建立与应用[J].护理管理杂志,2020,v.20(01):63-66.
- [4] 韩穗,魏敦双,胡蝶,et al.从护理考核角度分析医院信息化平台在急诊科的应用价值[J].中国数字医学,2020,v.15(08):167-169.
- [5] 沈蕾蕾.SBAR 沟通模式联合微信平台在儿科急诊护理管理中的应用价值研究[J].贵州医药,2019,043(005):832-833.