

· 护理技术 ·

卒中护理小组干预对急性前循环缺血性卒中机械取栓术效果的影响

史亚琴 王 丹 沈秋燕 陈军辉 严志忠 封晓燕 王玉海

【摘要】目的 探讨卒中护理小组对急性前循环缺血性卒中机械取栓术效果的影响。**方法** 回顾性分析 2015 年 3 月至 2017 年 9 月支架取栓术治疗的 148 例急性前循环闭塞的临床资料。72 例采用常规护理(对照组), 76 例采用护理小组干预(观察组)。**结果** 观察组发病至血管再通时间 $[(230\pm 108)\text{min}]$ 较对照组 $[(266\pm 110)\text{min}]$ 明显缩短($P<0.05$)。观察组发病 90 d 预后良好率(60.5%, 46/76)明显高于对照组(41.7%, 30/72; $P<0.05$)。观察组护理满意度(89.5%, 68/76)明显高于对照组(73.6%, 53/72; $P<0.05$)。观察组术后抑郁、焦虑、肺部感染等并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 护理卒中小组可以快速反应, 为卒中病人提供绿色通道, 一体化服务为病人节省术前准备时间, 围手术期的专科护理减少并发症, 早期康复及心理干预可以明显改善病人预后。

【关键词】 急性前循环缺血性卒中; 卒中护理小组; 前循环大血管闭塞; 机械取栓术; 护理

【文章编号】 1009-153X(2020)04-0246-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.3; R 473.6

目前, 机械取栓术已成为急性前循环大血管闭塞性卒中的首选治疗方案^[1,2]。由于我国医疗急救体系的局限性和普通病人对卒中概念不强, 导致大多数病人来医院救治时已超过取栓时间窗或濒临时间窗。如何缩短取栓术前准备是极其关键的一环, 而在这一环节中护理团队的作用至关重要^[3,4]。本文探讨卒中护理小组干预对急性前循环缺血性卒中机械取栓术效果的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象 病例入选标准: ①发病 6 h 内入院; ②术前美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale, NIHSS)评分 >4 分; ③前循环大血管闭塞; ④入院即刻 CT 扫描未见颅内出血; ⑤护理资料及评估齐全。排除标准: ①存在增加出血风险的情况, 包括血小板计数 $<100\times 10^9/\text{L}$, 近 1 个月内有手术、实质性器官活组织检查史等; ②卒中早期 CT 评分和脑梗死体积合并后循环梗死; ③术前 DSA 显示闭塞血管已再通或因取栓困难而未行血管内治疗; ④对比剂过敏或合并严重肝肾功能异常; ⑤不适合取栓。

回顾性分析 2015 年 3 月至 2017 年 9 月收治的符合标准的 148 例急性前循环大血管闭塞性卒中的临床资料, 其中男 42 例, 女 106 例; 年龄 28~92 岁, 平均 (68.4 ± 14.9) 岁。根据护理方法分为观察组和对照组。观察组 76 例, 其中男 24 例, 女 52 例; 平均年龄 (68.9 ± 14.5) 岁; 合并高血压 34 例、糖尿病 18 例; 术前 NIHSS 评分中位数 15 分(四分位间距 11~17 分); 发病至入院时间 $(164\pm 110)\text{min}$ 。对照组 72 例, 其中男 18 例, 女 54 例; 平均年龄 (67.9 ± 15.3) 岁; 合并高血压 31 例、糖尿病 20 例; 术前 NIHSS 评分中位数 16 分(四分位间距 12~17 分); 发病至入院时间 $(158\pm 97)\text{min}$ 。两组基线资料无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理。

1.2.2 观察组 由护理质量管理组长牵头, 成立由神经科护士长、介入科护士长、神经科专科护士及介入科专科护士共同组建卒中护理小组。

1.2.2.1 术前护理 ①急诊护理: 护理卒中小组采用 24 h 急诊值班制度, 全程负责病人, 明确诊断后立即协助卒中医生完成相关评估, 全面了解病人病史, 安抚家属及病人以及必要的沟通疏导。②导管室术前护理: 完成评估后, 将病人立即转移至导管室, 完成术前准备工作; 完成导管室所有介入物品准备。

1.2.2.2 术中护理 协助神经科医生完成术前消毒、铺单等常规流程, 持续监测病人生命体征, 注意监测血管开通前后血压, 尤其对于躁动病人镇静的管理; 在必要时, 可协助医生完成传递导丝支架等工作, 动

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.04.019

基金项目: 无锡市科技发展基金(WX18IIAN041)

作者单位: 214004 江苏无锡, 中国人民解放军联勤保障部队第 904 医院(无锡太湖医院)神经外科(史亚琴、王 丹、沈秋燕、陈军辉、严志忠、封晓燕、王玉海)

通讯作者: 王玉海, E-mail: wangyuhai67@126.com

态记录肝素使用剂量及时间情况;对于意识不清醒病人,定时行NIHSS评分及意识状态评分,加强术中口腔及肺部护理,防止误吸;对于清醒病人,动态问答及做必要的心里安慰以辅助医生更好完成手术。

1.2.2.3 术后护理 ①术后交接:手术完成后协助医生完成即时CT检查后送回病房,协助病房护士完成交接并告知卒中术后护理要点。②术后血压监测:血管闭塞再开通极容易出现高灌注综合征,血压管控极其重要,术后密切监测病药物维持血压稳定。③卒中药物管理:多数病人取栓后使用大量抗凝抗纤药物,如何合理使用以及药物时间安排都影响到病人最终预后,因此合理安排病人药物使用时间及间隔。④生命体征监测:注意动态评估病人(一般1~2 h)的NIHSS评分、GCS评分,有变化及时告知值班医生。⑤肺部护理:取栓病人年龄普遍较大,多数病人出现意识障碍加上长期卧床出现肺部感染的概率较高,早期加强肺部护理有利于降低肺部感染的发生率。⑥早期康复干预:在病情许可下,卒中护理小组联合康复科及卒中康复训练师在病人进入重症监护室第二天开始康复训练计划,完成卒中病人的肢体功能及语言功能的评估制定专人的康复训练计划。⑦早期心理干预:卒中护理小组联合心理科开展早期心里疏导及心理安慰,早期做到正确引导和暗示可以大大降低病人出现精神心理障碍。

1.3 观察指标 统计发病至血管再通时间、术后并发症;发病90 d采用改良Rankin量表评分评估预后,0~2分为预后良好。比较两组护理满意度。

1.4 统计学方法 应用SPSS 19.0软件处理;定量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验和Fisher精确概率法检验; $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

观察组发病至血管再通时间[(230±108)min]较对照组[(266±110)min]明显缩短($P<0.05$)。观察组发病90 d预后良好率(60.5%,46/76)明显高于对照组(41.7%,30/72; $P<0.05$)。观察组护理满意度(89.5%,68/76)明显高于对照组(73.6%,53/72; $P<0.05$)。

观察组术后发生迟发性脑出血7例(9.2%)、高灌注综合征4例(5.3%)、抑郁12例(15.8%)、焦虑9例(11.8%)、肺部感染11例(14.5%)。

对照组术后发生迟发性脑出血8例(11.1%)、高灌注综合征5例(6.9%)、抑郁25例(34.7%)、焦虑18例(25.0%)、肺部感染21例(29.2%)。

观察组术后抑郁、焦虑、肺部感染等并发症发生率均明显低于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

随着经济、生活水平的提高,急性缺血性卒中逐渐成为我国负担最重的疾病^[5]。如何治疗、如何管理急性缺血性卒中是改善预后的重点和难点。研究发现越早开通血管使脑组织获得灌注是治疗的核心,再灌注时间的延误是临床预后不良最重要影响因素,血管再通时间每增加30 min,发病90 d预后良好率下降12%^[6]。但我国人们对卒中的认识度普遍不高,从发生卒中到医院就诊往往耽误大量时间。如何做到规范化的接诊病人、护理病人,缩短各个流程的时间,能显著改善取栓病人的预后。本文观察组病人从发病至血管再通的时间缩短了30 min以上。由于围手术期全程有卒中护理小组的专业指导以及参与,也使得病人对护理团队满意度显著提高,病人神经功能显著改善,术后精神障碍如抑郁和焦虑的发生率显著下降。

【参考文献】

[1] Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, *et al.* Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke [J]. N Engl J Med, 2015, 372: 1019–1030.

[2] Saver JL, Goyal M, Bonafe A, *et al.* Stent–retriever thrombectomy after intravenous t–PA vs. t–PA alone in stroke [J]. N Engl J Med, 2015, 372: 2285–2295.

[3] 柏慧华,祝晓娟,范莉花,等. Solitaire AB 支架机械取栓治疗急性颅内动脉闭塞的围术期护理[J]. 现代临床护理, 2013, 12(9):40–44.

[4] 丁 晴,周珊珊,金 平. Solitaire AB 支架机械取栓治疗急性脑梗死的围手术期护理体会[J]. 安徽医学,2017,39(2):226–228.

[5] Wu S, Wu B, Liu M, *et al.* Stroke in China: advances and challenges in epidemiology, prevention, and management [J]. Lancet Neurol, 2019, 18: 394–405.

[6] Khatri P, Yeatts SD, Mazighi M, *et al.* Time to angiographic reperfusion and clinical outcome after acute ischaemic stroke: an analysis of data from the Interventional Management of Stroke (IMS III) phase 3 trial [J]. Lancet Neurol, 2014, 13: 567–574.

(2019-05-21 收稿,2019-06-28 修回)