

· 护理技术 ·

急性缺血性脑卒中静脉溶栓治疗护理体会

牛钰平 刘 红 孔令瑞 宋 蔚

**【摘要】目的** 总结急性缺血性脑卒中静脉溶栓治疗的护理经验。**方法** 回顾性分析 2019 年 6 月至 2022 年 6 月静脉溶栓治疗的 92 例急性缺血性脑卒中的临床资料,总结护理经验。**结果** 治疗后出现的并发症包括颅内出血 4 例、脑过度灌注综合征 8 例、牙龈出血 12 例。出院后随访 3~6 个月,GOS 评分 5 分 22 例,4 分 35 例,3 分 23 例,2 分 8 例,1 分 4 例。**结论** 在有效时间窗内进行静脉溶栓是治疗急性缺血性脑卒中的有效方法。严密的病情观察,科学的、个体化的护理能有效地减少治疗相关并发症,提高治疗成功率,促进病人康复。

**【关键词】** 急性缺血性脑卒中;静脉溶栓治疗;阿替普酶;护理

**【文章编号】** 1009-153X(2023)04-0277-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743; R 473.6

目前,脑卒中是导致人们死亡、残疾的主要病因之一,其中急性缺血性卒中约占全部脑卒中的 80%,治疗的关键在于尽早开通闭塞血管、恢复血流以挽救缺血半暗带组织<sup>[1]</sup>。静脉溶栓是治疗急性缺血性脑卒中的有效方法<sup>[2]</sup>。2019 年 6 月至 2022 年 6 月静脉溶栓治疗急性缺血性脑卒中 92 例,取得良好的效果,现将护理经验总结如下,以供临床参考。

1 病例资料

1.1 一般资料 92 例中,男 66 例,女 26 例;年龄 31~90 岁,中位数 66(56,75)岁。合并高血压病 80 例、糖尿病 22 例、高脂血症 25 例。发病至溶栓治疗时间 1~4.5 h。术前 NIHSS 评分中位数 6(4,13)分。

1.2 治疗方法及结果 均采用静脉溶栓治疗。治疗后出现的并发症包括颅内出血 4 例、脑过度灌注综合征 8 例、牙龈出血 12 例。出院后随访 3~6 个月,GOS 评分 5 分 22 例,4 分 35 例,3 分 23 例,2 分 8 例,1 分 4 例。

2 护 理

2.1 急诊室护理 遵循“快速通道”激活急性脑卒中团队。初始护理包括气道、呼吸和循环的功能记录,测量血压、脉搏、氧饱和度和血糖,异常情况按医生建议处理。评估 GCS 评分,密切监测生命体征。尽快建立静脉通道。急性尿潴留病人置导尿管。

2.2 紧急临床评估 考虑进行溶栓治疗的病人需要临床评估,记录脑卒中发作的时间并确定病情的严重程度。临床评估的一个重要部分是从亲属(或救护人员)处确认病史,建议亲属留在病人身边,直到医护人员与他们交谈并在适当情况下获得治疗同意。在此期间,护理重点包括监测血氧饱和度,记录血压、脉搏和体温。鼓励病人亲属陪同病人,有助于嗜睡、失语的病人处理。护理人员可通过提供医院信息、安慰和解释,缓解病人和亲属的焦虑情绪。

2.3 头部 CT 扫描 临床评估符合溶栓治疗的条件时,立即进行脑部 CT 扫描。以病人舒适的方式转运,例如使用轮椅、平车等。护理人员陪同病人,密切监测病人意识状态,生命体征,并协助转运。

2.4 治疗前的监测 进行溶栓治疗前,需要重新检查生命体征。如果血压大于 185/110 mmHg,不宜进行溶栓治疗<sup>[2]</sup>。建议紧急降压治疗,但血压不宜过低,以免降低脑灌注,加重脑缺血损害<sup>[3]</sup>。

2.5 治疗期间和治疗后的护理 当病人符合条件并同意接受溶栓治疗时,必须立即治疗。治疗开始时、治疗 30 min 和治疗结束 1 h,应监测血压和脉搏。我们的经验表明,血压袖带有时会引起点状皮下出血,因此,应该避免使用使用气囊膨胀压力过高的自动血压计,建议在溶栓治疗期间和治疗后 24 h 内使用手动血压计。溶栓治疗 24~48 h 内,密切观察病人的神经系统状况,评估 GCS 评分。如果 GCS 评分下降,应及时处理。如果神经功能症状恶化,或血流动力学不稳定,应停止输注阿替普酶,并通知医生。溶栓治疗的主要风险是颅内出血。在治疗期间或治疗后,病人神经系统症状恶化,例如 GCS 评分下降,应立即进行脑部 CT 扫描,以排除脑梗死出血性转化或

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.04.017

作者单位:430070 武汉,中部战区总医院神经内科(牛钰平、刘 红、孔令瑞、宋 蔚)

通讯作者:刘 红,E-mail:84636430@qq.com

其他颅内出血。阿替普酶主要在血栓内发挥作用,在循环中半衰期非常短,但药物可在血栓中发挥作用数小时<sup>[2]</sup>。因此,阿替普酶溶栓治疗的潜在出血性并发症可推迟 24~48 h。在溶栓治疗 24~48 h 以后,出血的风险减少,建议再次脑部 CT 扫描,以帮助排除颅内出血并发症。如果没有出血并发症,建议开始使用阿司匹林等抑制血小板聚集药物。

## 2.6 预防和治疗并发症

**2.6.1 出血转化** 高龄、高血压、心房颤动、抗凝治疗都是溶栓治疗后出血转化的高危因素<sup>[4]</sup>。仔细观察,及时发现出血迹象。如果病人血压升高、四肢肌力降低、新发头痛、恶心或呕吐、意识水平改变,及时复查头部 CT,密切观察皮肤、尿道、消化道等部位出血征象,应密切监测牙龈出血、静脉穿刺部位、咯血、血尿、散在瘀斑等。如果可能,应避免侵入性操作,如导尿,以避免造成出血性创伤。在取出留置静脉导管时,必须小心,因为有可能导致出血。

**2.6.2 癫痫发作** 脑卒中病人并发癫痫发作较常见,病情严重程度、早期神经功能缺损、年轻病人、既往有癫痫发作史是脑卒中病人并发癫痫的高危因素<sup>[5]</sup>。密切观察病人病情变化,及时行脑电图检查,一旦确诊癫痫,及时给予抗癫痫药物治疗。

**2.6.3 下肢深静脉血栓形成** 急性脑卒中 2 d 就可以出现下肢深静脉血栓形成,高峰期在发病 2~7 d。高龄、女性、NIHSS 评分高、肢体不能活动、心房颤动、接受阿替普酶静脉溶栓治疗是并发下肢深静脉血栓形成的高危因素<sup>[6]</sup>。应注意观察足背动脉搏动、下肢有无疼痛肿胀及肤色肤温情况,注意左右对比动态观察;对于高危病人,可采用早期穿弹力袜、早期下肢康复治疗、使用间歇充气压力泵等措施预防血栓形成;如发生血栓形成,应抬高患肢,禁止按摩,避免患肢输液,根据医嘱进行治疗<sup>[7]</sup>。

**2.7 康复训练** 急性缺血性脑卒中病人常有偏瘫、失语等神经功能障碍。瘫痪肢体应尽早进行功能锻炼,以促进神经功能恢复,注意肢体摆位,以对抗痉挛,防止关节脱位、挛缩,逐步进行关节被动运动、主动运动、床上锻炼、离床锻炼及生活自理能力训练等<sup>[7,8]</sup>。对失语病人,应加强语言功能锻炼,从单字、单词到句子,从日常用语到阅读快报等。康复训练应注意劳逸结合,循序渐进。

## 3 讨论

多数缺血性脑卒中病情会恶化发生在发病 24 h

内,高质量护理发挥至关重要的作用。急性期,监测气道、呼吸和循环,进行神经功能损害的早期评估,预防低氧血症、血压管理、心律失常检测,特别是心房颤动,治疗高血糖和低血糖,肺部感染、尿路感染和营养不良监测,对改善病人预后发挥重要作用<sup>[9]</sup>。对急性缺血性脑卒中,阿替普酶静脉溶栓治疗是重要的恢复血流的方法,可显著减轻病人神经功能障碍程度。药物剂量配置及应用准确是安全治疗的基础,出血是最常见的并发症。对清醒病人,需要更多倾听病人的主诉,早期识别出血征象,及时采取积极有效的措施,改善病人的预后。临床护理工作,除了借鉴他人经验,应不断总结临床经验。严密的病情观察,科学的、个体化的护理能有效地减少治疗相关并发症,提高治疗成功率,促进病人康复。

## 【参考文献】

- [1] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [2] 中国医师协会神经内科分会脑血管病专家组. 急性缺血性卒中替奈普酶静脉溶栓治疗中国专家共识[J]. 中国神经精神疾病杂志,2022,48(11):641-651.
- [3] 石国美,张颖冬,周俊山,等. 急性缺血性脑卒中的血压管理[J]. 中国神经精神疾病杂志,2015,41(6):383-385.
- [4] 杨洁,谢小华,连万成,等. 急性缺血性脑卒中静脉溶栓后出血预测模型的构建与验证[J]. 护理学报,2022,29(5):10-14.
- [5] 付萌萌,汪银洲,李永坤,等. 早发性及迟发性急性缺血性卒中后癫痫的临床特点分析[J]. 中国医药导报,2019,16(20):84-87.
- [6] 李巍,王莉莉,李海燕,等. 急性缺血性卒中患者无症状深静脉血栓形成危险因素分析[J]. 中国现代神经疾病杂志,2021,21(7):592-597.
- [7] 华莎,马廉亭. 脑血管病介入治疗围手术期护理进展[J]. 中国临床神经外科杂志,2014,19(8):501-503.
- [8] 闵卫朵,赵卫琴,范婷. 急性缺血性脑卒中患者的早期康复护理体会[J]. 按摩与康复医学,2015,6(4):90-91.
- [9] 王岗,方邦江,于学忠,等. 2018 美国急性缺血性卒中早期管理指南解读[J]. 中华危重病急救医学,2018,30(4):289-295.

(2022-12-25 收稿,2023-01-28 修回)