

多学科协作支持的护理干预用于急性缺血性脑卒中 (AIS) 介入治疗患者中的效果评价

边夕格

兰州市第一人民医院城关医院 730000

〔摘要〕目的：研究多学科协作支持的护理干预在急性缺血性脑卒中 (AIS) 介入治疗患者中的应用效果。方法：研究对象选择 2023 年 1 月至 2024 年 4 月间收治的急性缺血性脑卒中 (AIS) 介入治疗患者，结合患者治疗期间接受的不同护理干预分成两组。一组设为干预组实施多学科协作支持的护理干预，一组为参照组实施常规护理。结果：干预组整个救治过程的时间更短，且该组患者的神经功能、认知功能均更优，各数值差别显著 ($P < 0.05$)，有统计学意义。结论：在急性缺血性脑卒中 (AIS) 介入治疗患者中采用多学科协作支持的护理干预，有助于缩短患者的治疗时间，让患者的神经功能、认知功能得到良好恢复。

〔关键词〕急性缺血性脑卒中；介入治疗；多学科协作支持的护理干预；救治时间

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2024) 09-117-02

急性缺血性脑卒中 (AIS) 随着我国的老龄化问题加剧，其发病率也随之更高，并且还具有高致残率、致死率以及呈年轻化的特点，给当前人们的健康造成了严重威胁。临床上在治疗急性缺血性脑卒中时，大多是采用静脉溶栓、支架取栓术，可以帮助患者有效控制病情进展，确保患者的生命安全。如果患者要想取得最佳的临床治疗效果，在发病后应第一时间接受治疗干预，而临床护理流程在患者是否能够第一时间接受有效治疗干预中起到极为重要的作用。多学科协作支持护理干预通常是由两个及以上的学科对患者进行联合干预，以便为患者制定出最佳的护理方案，提高患者的救治效率和成功率^[1]。研究将对所选取的部分急性缺血性脑卒中介入治疗患者实施多学科协作支持的护理干预，具体分析该护理对患者产生的作用和效果，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2023 年 1 月至 2024 年 4 月间收治的急性缺血性脑卒中 (AIS) 介入治疗患者，结合患者治疗期间接受的不同护理干预分成两组：干预组实施多学科协作支持的护理干预，参照组实施常规护理。所选患者共 78 例，各组 39 例患者。

纳入标准：符合介入治疗标准；知晓研究开展方式及目的。

排除标准：头颅手术史；精神、认知障碍；活动性出血；动静脉畸形。研究所选患者数据差异不具有统计学意义，且 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

予以参照组患者常规护理。

干预组患者则予以多学科协作支持的护理干预：(1) 针对急性缺血性脑卒中患者建立多学科协作支持的护理小组，小组成员主要包括神经内科、急诊科、检验科、介入室等科室的医护人员以及营养师、康复治疗师。小组成员应共同商议患者的常规护理流程，接诊患者后能够明确分工、协同合作，为患者制定具体的护理方案^[2]。(2) 患者到达医院后，立即为其开通救治绿色通道，由急诊科护理人员对患者进行急救、穿刺、检查等^[3]。检验科、影像科应优先配合护理人员完成对患者的检查，再由神经内科、外科医生迅速评估患者病情，确定患者的治疗方案。(3) 介入治疗室护理人员需在患者接

受治疗的过程中加强对患者的生命体征观察，并正确传递各种医疗用具，确保患者的治疗能够顺利完成。在介入治疗后，护理人员要密切关注患者的肢体、意识、生命体征等情况，并加强患者的体位护理，定时翻身拍背^[4]。在患者病情稳定后，及时与康复医师、营养师为患者制定康复训练计划、饮食方案，积极指导患者开展康复治疗。

1.3 观察指标

统计患者的 CT 检查时间、静脉溶栓时间、血管再通时间，比较两组的救治平均时间。

结合 NIHSS、MOCA 量表评估患者接受护理后的神经功能和认知功能。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件对数据进行录入和分析，若 $P < 0.05$ 则数据差异有统计学意义。

2 结果

根据表 1 各项结果，干预组在多学科协作支持的护理干预下，救治所用时间均更短，各项时间数据差异明显 $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者救治时间情况对比 (min)

组别	例数	CT 检查时间	静脉溶栓时间	血管再通时间
参照组	39	28.72 ± 5.39	66.18 ± 7.58	219.27 ± 33.03
干预组	39	19.49 ± 3.02	49.23 ± 8.63	163.71 ± 30.29
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05
t	-	9.823	16.204	25.284

表 2 中结果显示，干预组护理后的神经功能和认知功能评分更优，差异明显 $P < 0.05$ 。

3 讨论

多学科协作的护理干预通过对临床现有的急性缺血性脑卒中的救治流程进行优化，以缩短患者的救治时间、提高整体治疗效果为目的，让患者能够在到达医院后得到及时治疗 and 护理干预，减少脑组织损伤程度，帮助神经功能、认知功能恢复^[5]。经过研究数据表明，急性缺血性脑卒中患者接受多学科协作的护理干预可以让患者得到更多的治疗时间窗，从而改善患者的预后。

(下转第 119 页)

目前心脏起搏器治疗心律失常已成为临床成熟的治疗技术及手段，越来越多患者接受心脏起搏器植入的手术治疗。但是，由于在人体中置入了组织相容性的异物，一旦出现并发症，处理起来较为困难。(1) 囊袋出血护理，囊袋出血是起搏器植入术后最常见的并发症之一，多发生在术后几小时或几天内。国内报道，本并发症发生率为 8.1%，临床表现为：局部瘀血，切口红肿；护理时如果出血量少者处理为在切口处一直行无菌加压包扎，并动态观察，继续沙袋压迫 6~8h，同时预防继发感染，1 周后血肿可自行吸收；出血量大者，可在无菌操作下注射器抽吸积血，出血速度快者，怀疑动脉性出血伴囊袋张力较高时，需拆开囊袋彻底止血并引流。为预防出血发生，首先对应用抗凝药物或有出血倾向的病人监测凝血功能，术中操作细致，止血彻底，术后密切观察伤口渗血渗液和局部皮肤情况，发现问题及时处理。但实施护理干预后干预组的发生率低于对照组。(2) 感染，切口感染护理起搏器植入术后其感染发生率不到 2%，但发生感染将是一个十分棘手的问题，表现为术后 3~5d 内切口红肿，可伴有少量渗血渗液，囊袋局部红肿疼痛。感染后导致切口延迟愈合或不愈合，或者暂时愈合数周后仍可能再次出现囊袋破溃，严重者感染可经血行传播引起心内膜炎乃至全身感染。因此，当出现感染症状时，应立即加强抗生素治疗，切口处每日换药，严格无菌包扎，对囊袋破溃感染者需对囊袋清创，拔出电极，在对侧重新植入起搏器。为预防感染的发生，术中必须严格消毒，操作细致，术后密切观察伤口渗血渗液和囊袋局部皮肤情况。但实施护理干预后干预组的发生率低于对照组。(3) 电极导线脱位，导线脱位是心脏起搏器中最常见的并发症之一。它可发生在植入早期，也可发生在植入后期。电极脱位包括电极明显位移和 X 线影像不能识别，而心电图上出现起搏和感知功能障碍的微脱位。表现为起搏阈值的升高和间断或完全起搏中断仍有起搏信号，患者自觉心悸、乏力、头晕等症，发生电极脱位应改变起搏器程控参数，故预防和护理措施除术毕要注意测试腔内 ECG 和起搏阈值，可让患者深呼吸、咳嗽，在透视下证实电极固定情况以保证病人安全，还要仔细观察心律变化外，术后 24h 内应卧床休息，床头可抬

高 30。~ 60。有咳嗽症状者及时给镇咳药，告之患者勿术侧手臂勿过度伸展及突然牵拉活动防止电极移位。但实施护理干预后干预组的发生率低于对照组。

3.2 起搏器植入患者术后舒适度

舒适是指身心健康、满意、没有疼痛及焦虑、轻松自在的自我感觉。心脏起搏器植入术是一项侵入性检查，患者因为害怕疼痛或担心给身体带来伤害而产生焦虑恐惧心理，如果患者在术前对此有一定程度的了解，就可以相对缓解焦虑恐惧程度，提高身体的舒适度。给予个体化心理干预后，干预组焦虑程度低于对照组 ($P < 0.05$)，干预组干预后的舒适度明显高于对照组 ($P < 0.05$)。由此可见，因此，有针对性的个体化心理干预可以缓解患者的焦虑恐惧程度，提高患者的身体舒适度，减少并发症的发生。

4 结论

本调查中，干预组患者均得到护理人员有组织的、全方位的护理干预，使患者能够很好地掌握自我护理基本知识，如饮食注意事项、术中配合、术后翻身以及合理饮水等，从而使患者在整个过程中从心理上能够接受并很好地配合，减少并发症的发生。而对对照组的患者由于缺乏相应的知识和健康教育，不能很好地应对术后发生的不良反应及心理发生的改变。

综上，通过干预手段，可以帮助患者以积极的心态接受植入心脏起搏器，增加患者的舒适度。患者在术中能积极配合医师，减少术后并发症的发生，从而提高术后舒适度、减轻患者痛苦。

[参考文献]

[1] 党秀英. 肛肠疾病的系统化整理护理探讨 [J]. 中国社区医师 (综合版), 2023: 23
 [2] 李晔, 李焱焱, 贺治, 罗建平, 永久性心脏起搏器置入术后囊袋并发症及防治进展 [J]. 中华保健医学杂志 2019, 11, (1): 70-71.
 [3] 曾桂英, 林丰. 早期活动对起搏电极脱位的影响观察 [J]. 护士进修杂志. 2022.22(19): 1822-1823.

(上接第 117 页)

总而言之，多学科协作的护理干预用于急性缺血性脑卒中患者的诊疗中，可以有效提高患者的整体治疗效果。

[参考文献]

[1] 许晓彬, 夏文萍, 陈国利, 等. 基于循证的多学科协作照护模式对急性缺血性脑卒中照顾者的影响 [J]. 温州医科大学学报, 2023, 53(12):985-991.
 [2] 赵雪姣, 金海强, 马艺祥. 多学科协作护理路径对急性缺血性脑卒中患者救治效果的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(17):95-98.

[3] 吴妹玲, 周梦娇, 张瑜. 护士主导的多学科协作模式在急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者中的应用 [J]. 实用临床医学, 2022, 23(04):66-69.

[4] 黄翠红, 刘道清, 朱俊英, 等. 对急性缺血性脑卒中患者基于多学科协作诊疗干预的效果观察 [J]. 护理学报, 2021, 28(21):62-66.

[5] 李春娥, 张晓梅, 周崇斌, 等. 多学科团队协作模式对急性缺血性脑卒中患者吞咽障碍的效果观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(04):92-94.

表 2 患者神经功能和认知功能评分情况对比 (分)

组别	例数	神经功能		认知功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	39	16.15±3.25	10.18±2.86	18.29±4.35	24.28±3.39
干预组	39	15.79±3.39	7.35±2.03	19.49±4.28	26.47±3.04
P	> 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05
t	-	0.373	3.931	0.418	2.894