

· 护理研究 ·

路径式早期康复护理用于老年急性脑梗死静脉溶栓桥接血管内治疗患者的临床价值分析

林晓梅

东山县医院 福建漳州 363400

【摘要】目的 分析静脉溶栓 (rt-PA) 桥接血管内治疗老年急性脑梗死 (AIS) 中路径式早期康复护理 (PERP) 的作用。**方法** 选取 2023 年 12 月 ~ 2024 年 11 月 AIS 患者 80 例, 随机数字表分组, 对照组常规康复护理, 观察组 PERP 护理, 比较两组神经功能、生活功能、生活质量。**结果** 神经功能比较, 观察组 NIHSS 低于对照组 ($P < 0.05$); 生活功能比较, 观察组 ADL 高于对照组 ($P < 0.05$); 生活质量比较, 观察组 SF-36 (84.48 ± 3.41) 分高于对照组 (70.42 ± 3.29) 分 ($P < 0.05$)。**结论** 老年急性脑梗死患者行静脉溶栓桥接血管内治疗期间, 应用路径式早期康复护理具有较好效果, 可以改善神经功能、生活功能, 提升生活质量。

【关键词】 急性脑梗死; 路径式早期康复护理; 静脉溶栓; 桥接治疗**【中图分类号】** R473**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-4393 (2025) 16-090-02

急性脑梗死 (Acute Ischemic Stroke, AIS) 是缺血缺氧造成脑组织软化、坏死性损伤, 引起语言、肢体和感知觉障碍^[1]。静脉溶栓 (rt-PA) 是 AIS 常用紧急治疗手段, 可以解除局部血栓、恢复供血和脑灌注, 有利于保护神经与循环系统, 促进预后^[2]。rt-PA 桥接血管内治疗方法复杂, 治疗后需要及时开展康复护理方法, 促进功能恢复^[3]。常规康复护理在复杂病例护理中干预效果较差, 亟需更科学的康复护理方案。路径式早期康复护理 (Pathway-based Early Rehabilitation Program, PERP) 是综合多学科技术、针对个体差异性构建的护理模式, 具有更加完善的护理框架, 有利于合理利用资源。该研究选取 80 例 AIS 病例作为样本, 取样于 2023 年 12 月 ~ 2024 年 11 月, 行 rt-PA 桥接内血管内治疗与 PERP 护理, 观察效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 12 月 ~ 2024 年 11 月 80 例 AIS 病例, 基于赫尔辛基宣言取样分析。观察组 40 例 (PERP 护理), 男 24 例、女 16 例, 年龄 (65 ~ 84) 岁, 平均 (69.17 ± 5.33) 岁; 发病至 rt-PA 治疗 (0.5 ~ 4.5) h, 平均 (2.73 ± 0.22) h。对照组 40 例 (常规康复护理), 男 23 例、女 17 例, 年龄 (66 ~ 82) 岁, 平均 (69.21 ± 5.29) 岁; 发病至 rt-PA (1.0 ~ 4.0) h, 平均 (2.70 ± 0.24) h。资料可予分析 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准: (1) 影像学检查确诊为大脑中动脉闭塞和 AIS; (2) 卒中前改良 Rankin 量表 (Modified Rankin Scale, mRS) 评分 ≤ 1 分; (3) 信息完整; (4) 年龄 ≥ 65 岁; (5) 发病 6 h 内取栓。

排除标准: (1) 颅内出血或者伴随出血性疾病; (2) 近期手术史或者出血史; (3) Alberta 卒中早期 CT 评分 ≤ 6 分; (4) 终末期疾病; (5) 血小板计数 $< 100 \times 10^9/L$ 。

1.3 方法

对照组: 综合评估身体指标, 针对性体位护理, 对家属健康宣教, 指导家属进行长期康复护理。评估病情变化, 适时开展早期康复训练。

观察组: (1) 构建 PERP 护理组, 针对 AIS 溶栓治疗患

者设计标准化护理方案。(2) 入院 1 d 内功能评估, 包括意识、吞咽功能、神经功能等。风险评估方面, 针对老年 AIS 患者评估压疮、跌倒和深静脉血栓风险。针对性制定短期康复目标与长期康复目标。(3) 入院 (1 ~ 2) d, 对患者进行卧床训练, 包括良肢位摆放、被动关节运动等, 定时辅助翻身和桥式运动。(4) 第 (3 ~ 7) d, 对患者进行离床训练、生活功能训练与生物电刺激治疗。(5) 第 (1 ~ 2) 周, 加强步态训练、Schuell 刺激疗法等语言功能训练、心理支持治疗等。步态训练中, 从平行杠训练开始, 逐渐过渡至助行器辅助训练, 最后进行独立行走训练。(6) 多学科会诊, 动态评估患者健康状态, 共同为患者调整康复训练方案。进行家属宣教, 对家属进行辅助训练, 提高家庭护理能力。(7) 出院前制定家庭康复计划, 发放康复训练手册。出院后构建社区、家庭、医院一体化支持环境, 评估患者 ADL、MRS 评分, 预测患者功能结局, 针对性调整康复方案。

1.4 观察指标

神经功能: 《神经功能缺损量表》(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) 为工具, 共 42 分, 神经功能与 NIHSS 负相关。

生活功能: 《日常生活活动能力》(Activities of Daily Living, ADL) 共 100 分, ADL 与生活功能正相关。

生活质量: 经《生活质量调查简表》(the MOS item short from health survey, SF-36) 统计生理职能层面、生理功能层面、躯体层面、精神层面、情感职能层面、社会功能层面, 以及观察活力状态、测评健康趋势变化等粗分, 转换计分。SF-36 提升表明生活质量提升。

1.5 统计学方法

SPSS 26.0 分析 AIS 病例, 生活、神经功能与生活质量符合正态分布, 以 “均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$)” 分析, t 检验, 以率 (%) 分析, 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 神经功能

干预前 NIHSS 组间相近 ($P > 0.05$); 干预 (3 ~ 6) 个月, 对照组 NIHSS $<$ 观察组 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 生活功能

两组干预前 ADL 相近 ($P > 0.05$); 干预 (3 ~ 6) 个月,

对照组 ADL > 观察组 (P < 0.05)。见表 2。

2.3 生活质量

干预 6 个月, 对照组 SF-36 较低, 观察组较高 (P < 0.05)。见表 3-2。

干预前 SF-36 组间相近 (P > 0.05)。见表 3-1。

表 1: 两组 NIHSS 评分 [分, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	F 值	P 值
观察组 (n=40)	31.78±4.02	19.45±2.73	14.74±2.15	13.410	0.000
对照组 (n=40)	31.81±3.96	26.02±3.10	22.05±2.29	10.794	0.000
t 值	0.437	5.112	5.604		
P 值	0.619	0.000	0.000		

表 2: 两组 ADL 评分 [分, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	F 值	P 值
观察组 (n=40)	35.10±3.72	57.26±3.04	78.92±3.11	21.206	0.000
对照组 (n=40)	35.14±3.59	42.18±3.29	61.35±3.45	17.531	0.000
t 值	0.410	9.045	14.126		
P 值	0.703	0.000	0.000		

表 3-1 干预前 SF-36 评分 [分, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	躯体疼痛	情感职能	精神健康	生理职能	生理功能	社会功能	患者活力	健康变化	总分
观察组	54.98±3.50	49.22±3.14	54.23±3.91	34.29±3.77	53.21±3.02	54.05±3.42	52.23±4.19	43.20±3.71	64.29±4.10
对照组	54.93±3.47	49.52±3.20	54.19±3.85	34.32±3.80	53.19±2.97	54.10±3.36	52.27±4.10	43.18±3.54	64.33±4.05
t 值	0.645	0.583	0.711	0.665	0.543	0.557	0.681	0.645	0.512
P 值	0.581	0.610	0.509	0.542	0.615	0.604	0.516	0.591	0.637

表 3-2 干预后 SF-36 评分 [分, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	躯体疼痛	情感职能	精神健康	生理职能	生理功能	社会功能	患者活力	健康变化	总分
观察组	88.30±3.24	82.05±4.14	82.72±4.21	66.24±4.23	81.98±3.06	83.02±3.50	88.02±3.41	74.15±3.65	84.53±6.02
对照组	73.10±3.49	63.22±3.81	64.29±4.70	43.19±3.80	67.80±3.11	71.24±3.25	51.87±4.05	63.06±3.72	71.19±5.41
t 值	7.505	5.970	8.091	7.104	6.082	6.309	6.547	5.510	11.302
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

急性脑梗死 (AIS) 属于常见脑血管病, 脑部缺血缺氧造成局部脑组织损伤和功能障碍^[4], 患者预后与神经损伤程度有关^[5]。老年 AIS 患者基础健康通常较差^[6], 需要针对性开展静脉溶栓 (rt-PA) 桥接血管内治疗, 促进供血恢复, 改善脑灌注, 有利于修复受损脑组织^[7]。患者病情复杂, 常规康复护理效果较差, 路径式早期康复护理 (PERP) 优化护理流程, 可以提高康复护理效果。

该研究中, 神经功能显示, 观察组 NIHSS 较低, 神经功能缺损较轻。生活功能方面, 观察组 ADL 明显升高, 功能恢复较好。AIS 导致功能障碍, 患者难以自理, 对患者造成心理、经济压力, 因此生活质量较低。PERP 护理通过科学设计康复护理路径, 促进患者功能恢复, 同时开展多模式护理, 因此 SF-36 提高。

PERP 护理具有规范性, 采用标准化护理措施, 针对性开展早期干预、前瞻性预防并发症, 有利于改善神经可塑性, 促进功能恢复。PERP 护理有利于合理利用资源, 缩短住院时间, 减少资源消耗, 对控制成本具有积极意义。同时加强多学科协作, 开展全周期无缝衔接的康复护理, 恢复 AIS 功能恢复和预后。

综上所述, 针对老年 AIS 患者进行 rt-PA 桥接血管内治疗中采用路径式早期康复护理, 可以促进神经功能与生活功能恢复, 提高生活质量, 对 AIS 患者预后具有积极意义。

参考文献:

[1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 脑血管病防治指南 (2024 年版) [J]. 磁共振成像, 2025, 16(01):1-8.

[2] 孙大鹏, 缪中荣. 从直接血管内取栓与标准静脉溶栓桥接血管内取栓治疗发病 4.5 h 内卒中的随机对照研究 (DIRECT-SAFE) 看桥接治疗的未来 [J]. 中国脑血管病杂志, 2023, 20(04):217-222.

[3] 汤雪琴, 刘继红, 龚思媛, 等. 《急性缺血性脑卒中病人血管内介入治疗围术期护理专家共识》解读 [J]. 护理研究, 2022, 36(12):2069-2073.

[4] 高萍, 张标新, 宋瑰琦, 等. 急性缺血性脑卒中静脉溶栓院内全程管理的最佳证据总结 [J]. 护理学报, 2022, 29(14):37-42.

[5] 纪芳, 孙伟, 朱蕾, 等. 阿替普酶静脉溶栓治疗老年急性脑梗死的疗效及其危险因素 [J]. 中国老年学杂志, 2025, 45(07):1547-1550.

[6] 李海燕, 殷宇慧, 吕颖, 等. 老年急性脑梗死患者阿替普酶静脉溶栓后出血转化预测模型的建立及验证 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2023, 25(08):810-813.

[7] 严艺, 张珂萌, 钟晚思, 等. 急性基底动脉闭塞患者血管内治疗后发生无效再通的影响因素 [J]. 浙江大学学报 (医学版), 2024, 53(02):141-150.