

Analysis of the Impact of Refined Nursing Care on Prognosis in Patients with Cerebral Infarction During Intravenous Thrombolysis Treatment

Wenli Chen

The Fourth Affiliated Hospital of Anhui Medical University, 238000

Abstract

Objective: To explore the effect of refined nursing on the prognosis of cerebral infarction patients undergoing intravenous thrombolysis and optimize the nursing protocol. **Methods:** 158 eligible patients admitted from December 2024 to July 2025 were randomly divided into two groups (79 cases each). The control group received routine nursing, while the observation group received refined nursing during thrombolysis, with intervention until discharge and 3-month follow-up. Five indicators including complication rate and NIHSS score were compared between the two groups. **Results:** The observation group showed lower complication rate (6.33% vs 17.72%), better NIHSS and MBI scores, shorter hospital stay, and higher good prognosis rate (78.48% vs 59.49%), with all differences statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Refined nursing during intravenous thrombolysis can reduce complications, promote neurological recovery, shorten hospital stay, improve long-term prognosis, and thus has important clinical value.

Keywords: Cerebral Infarction; Intravenous Thrombolysis; Treatment Period; Refined Nursing Care

脑梗死患者静脉溶栓治疗期精细化护理对预后的影响分析

陈文丽

安徽医科大学第四附属医院神经内科 238000

摘要: 目的: 探讨脑梗死患者静脉溶栓治疗期实施精细化护理对预后的影响, 优化溶栓治疗期护理方案。方法: 选取 2024 年 12 月至 2025 年 7 月收治的 158 例脑梗死静脉溶栓患者, 按随机数字表法分为观察组与对照组, 每组 79 例。对照组实施静脉溶栓常规护理, 观察组实施溶栓治疗期精细化护理, 干预周期至患者出院, 随访 3 个月。对比两组溶栓相关并发症发生率、神经功能缺损评分 (NIHSS)、改良 Barthel 指数 (MBI)、住院时间。结果: 观察组溶栓相关并发症发生率为 6.33%, 显著低于对照组的 17.72%; 干预后及随访 3 个月, 观察组 NIHSS 评分均显著低于对照组, MBI 评分均显著高于对照组; 观察组住院时间短于对照组, 上述差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 脑梗死患者静脉溶栓治疗期精细化护理可降低溶栓并发症发生率, 促进神经功能恢复, 缩短住院周期, 改善远期预后, 具有重要临床应用价值。

关键词: 脑梗死; 静脉溶栓; 治疗期; 精细化护理

1 引言

脑梗死是因脑部血管急性闭塞导致脑组织缺血缺氧性坏死的脑血管疾病, 发病急、进展快, 致残率与致死率极高。静脉溶栓治疗是目前脑梗死急性期的核心救治手段, 可快速溶解血栓、恢复脑部血供, 为神经功能保护争取时间, 常规溶栓护理以基础病情监测、用药配合为主, 缺乏针对性风险防控与全程精细化干预, 难以满足溶栓治疗各阶段的护理需求。精细化护理强调以患者为中心, 围绕溶栓治疗全流程细化护理环节、

强化风险管控、优化干预措施，实现护理服务的精准化、个性化与系统化。本研究聚焦脑梗死静脉溶栓治疗期，探讨精细化护理对患者预后的影响，为临床护理优化提供实践依据。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取 2024 年 12 月至 2025 年 7 月本院神经内科收治的 158 例脑梗死静脉溶栓患者作为研究对象，纳入标准：符合脑梗死诊断标准，经头颅 CT/MRI 检查确诊，排除脑出血；发病至入院时间 $\leq 4.5\text{h}$ ，符合静脉溶栓治疗适应症；年龄 40~78 岁，意识清晰可配合治疗护理；患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并凝血功能障碍、出血倾向者；有颅内出血病史、脑肿瘤、脑血管畸形者；血压控制不佳（收缩压 $>180\text{mmHg}$ 或舒张压 $>110\text{mmHg}$ ）且难以纠正者；合并严重心肝肾脏器功能衰竭、感染性疾病者；溶栓治疗中出现严重不良反应需终止治疗者。

按随机数字表法将患者分为观察组与对照组，每组 79 例。观察组男 43 例，女 36 例；年龄 42~77 岁，平均年龄（ 60.23 ± 8.45 ）岁；发病时间 1.5~4.5h，平均发病时间（ 2.86 ± 0.71 ）h；梗死部位：基底节区 41 例，额叶 15 例，顶叶 12 例，脑干 6 例，其他 5 例；基础疾病：高血压 52 例，糖尿病 38 例，冠心病 21 例，高脂血症 45 例。对照组男 41 例，女 38 例；年龄 40~78 岁，平均年龄（ 60.76 ± 8.62 ）岁；发病时间 1.2~4.5h，平均发病时间（ 2.79 ± 0.68 ）h；梗死部位：基底节区 39 例，额叶 16 例，顶叶 13 例，脑干 7 例，其他 4 例；基础疾病：高血压 50 例，糖尿病 39 例，冠心病 23 例，高脂血症 43 例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

2.2 方法

2.2.1 对照组

实施静脉溶栓常规护理，具体内容：溶栓前协助完成头颅 CT、凝血功能、血常规等检查，核对患者信息与溶栓药物剂量，告知患者及家属治疗流程与注意事项；溶栓中遵医嘱匀速输注溶栓药物，每 30 分钟监测一次血压、心率、呼吸等生命体征，观察意识、瞳孔变化，记录病情变化；溶栓后卧床休息 24h，常规预防感染、控制血压，遵医嘱使用抗血小板药物，指导基础饮食与体位护理，出现并发症时及时配合医生处理；出院时给予常规康复指导与随访提醒。

2.2.2 观察组

在对照组基础上实施静脉溶栓治疗期精细化护理，干预贯穿溶栓前准备、溶栓中监测、溶栓后康复及出院随访全流程，具体措施如下。

（1）溶栓前精细化准备：成立专项护理小组，由 5 年以上神经内科护理经验的责任护士牵头，联合康复治疗师、临床营养师组建干预团队，结合患者梗死部位、基础疾病严重程度、年龄及耐受度制定个性化护理方案，每份方案经科室护理质控组审核后执行。快速完善术前检查，开通急诊绿色通道，专人陪同患者完成头颅 CT、凝血功能、血常规、肝肾功能及血糖检测，全程衔接各检查科室，确保 30 分钟内反馈检查结果，避免延误溶栓窗口期。药物管理精细化，严格执行双人核对制度，核对阿替普酶的有效期、批号、剂量，采用避光精密输液器输注，根据患者体重精准计算输注速度，首剂 10%剂量在 1 分钟内缓慢静脉推注，剩余 90%剂量以每小时 0.9mg/kg 的速度匀速输注，输注过程中密切观察穿刺部位有无红肿、渗漏，若出现渗漏立即停止输注并更换部位，局部给予冷敷处理。

（2）溶栓中精细化监测：采用多维度动态监测模式，将生命体征监测间隔细化至每 15 分钟 1 次，同步记录血压、心率、血氧饱和度及呼吸频率，若血压波动超过基础值 $\pm 20\text{mmHg}$ ，立即汇报医生调整降压方案，避免血压骤升诱发颅内出血、血压过低影响脑部灌注。重点强化出血风险监测，全面排查皮肤黏膜瘀斑、牙

龈渗血、鼻腔出血等表浅出血症状，密切观察呕吐物颜色、性状及排泄物潜血情况，若患者出现突发头痛、喷射性呕吐、意识障碍加重、瞳孔不等大等颅内出血征兆，立即停止溶栓治疗，快速协助医生完成头颅 CT 复查，同时备好止血药物、甘露醇等急救药品，配合急诊处理。

(3) 溶栓后精细化干预：体位护理采用床头抬高 15~30 度斜坡位，头部保持中立位，避免过度转头、低头等剧烈活动，减少颅内压升高风险，每 2 小时协助患者更换体位，翻身时动作轻柔，采用轴式翻身法，避免拖、拉、拽导致皮肤损伤。严格控制侵入性操作，溶栓后 24 小时内禁止导尿、吸痰、动脉穿刺等操作，若患者出现尿潴留需导尿时，选用超细导尿管，操作后延长压迫止血时间至 5~10 分钟，吸痰时严格无菌操作，动作轻柔快速，避免损伤呼吸道黏膜。饮食与营养精细化干预，溶栓后 6 小时若患者无恶心、呕吐、吞咽困难等不适，可给予温凉流质饮食，遵循少量多餐原则，避免过热、粗糙、辛辣刺激性食物，预防消化道出血。针对肺部感染，每 2 小时协助翻身叩背，采用空心掌从下往上、从外向内叩击背部，配合雾化吸入（生理盐水+氨溴索）稀释痰液，指导患者有效咳嗽排痰，无法自主排痰者及时给予吸痰处理；针对深静脉血栓，在病情允许范围内，指导患者进行踝泵运动、股四头肌收缩训练，同时为患者穿戴二级压力弹力袜，促进下肢血液循环，降低血栓形成风险。

2.3 观察指标

①溶栓相关并发症：统计症状性颅内出血、再梗死、肺部感染、消化道出血的发生率；②神经功能：采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评估，总分 42 分，评分越高提示神经功能缺损越严重，分别于干预前、干预后 14 天、随访 3 个月评估；③日常生活能力：采用改良 Barthel 指数（MBI）评估，总分 100 分，评分越高提示日常生活能力越强，评估时间同 NIHSS；④住院时间：记录两组患者从入院至出院的总天数；

2.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件分析数据，计量资料以均数±标准差表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内不同时间点比较采用重复测量方差分析；计数资料以率表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组溶栓相关并发症发生率比较

观察组溶栓相关并发症发生率为 6.33%，显著低于对照组的 17.72%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 两组溶栓相关并发症发生率比较

组别	例数	症状性颅内出血	再梗死	肺部感染	消化道出血	总发生率
观察组	79	2 例（2.53%）	1 例（1.27%）	1 例（1.27%）	1 例（1.27%）	5 例（6.33%）
对照组	79	5 例（6.33%）	3 例（3.80%）	4 例（5.06%）	2 例（2.53%）	14 例（17.72%）
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.352
P 值	-	-	-	-	-	0.037

3.2 两组干预前后 NIHSS 评分、MBI 评分及住院时间比较

干预前两组 NIHSS 评分、MBI 评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后 14 天、随访 3 个月，观察组 NIHSS 评分显著低于对照组，MBI 评分显著高于对照组，且观察组住院时间短于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组溶栓 NIHSS 评分、MBI 评分比较

组别	例数	时间点	NIHSS 评分 (分)	MBI 评分 (分)	住院时间 (天)
观察组	79	干预前	18.62±3.45	32.45±7.81	10.23±2.15
		干预后 14 天	8.76±2.13	65.32±8.46	
		随访 3 个月	5.12±1.68	82.67±9.13	
对照组	79	干预前	18.95±3.51	33.12±7.76	13.56±2.87
		干预后 14 天	12.43±2.67	52.78±8.21	
		随访 3 个月	8.69±2.04	68.45±8.97	

注：与对照组同时间点比较， $P<0.05$ ；与本组干预前比较， $P<0.05$ 。

4 讨论

静脉溶栓是脑梗死急性期的有效救治手段，但治疗过程中出血风险高，且神经功能恢复受护理干预的影响显著。常规护理模式缺乏对溶栓全流程的精细化管理，在风险预防、个性化干预等方面存在不足，难以充分保障治疗安全性与预后效果。精细化护理通过细化护理环节、强化风险防控、优化康复干预，实现对溶栓治疗期的全方位护理支持，为患者预后改善提供保障^[1]。

本研究中，观察组并发症发生率显著低于对照组，核心原因在于精细化护理实现了溶栓各阶段的精准干预。溶栓前通过绿色通道提速检查流程、双人核对严控药物风险，可从源头规避治疗延误与用药误差^[2]。溶栓中缩短监测间隔、建立动态台账，将颅内出血等危重症的识别时间提前，为急诊处理争取黄金窗口，这与常规护理每 30 分钟单一监测生命体征的模式形成鲜明差异，常规护理易因监测维度不足、反馈不及时错失风险预警时机。

神经功能与日常生活能力的恢复是评估脑梗死患者预后的核心指标，观察组干预后 NIHSS 评分显著降低、MBI 评分显著升高，且住院时间缩短，关键在于溶栓后 24 小时病情稳定即启动早期康复训练，此时患者神经功能重塑处于黄金时期，通过康复治疗师一对一指导被动活动、关节屈伸训练，可有效预防肢体关节挛缩、肌肉废用性萎缩，逐步激活运动功能；针对语言、吞咽功能障碍患者的个性化训练，进一步提升患者日常生活自理能力，为出院后居家康复奠定基础^[3]。而常规护理多在患者病情稳定数日后才开展康复指导，错失神经修复关键期，康复效果受限。

综上所述，脑梗死患者静脉溶栓治疗期实施精细化护理，具有较高的临床推广价值，可为脑梗死溶栓患者的护理工作提供参考。

参考文献

- [1] 刘旭,赵鹏飞,李梦龙. 阿替普酶静脉溶栓联合丁苯酞治疗脑梗死的疗效及对患者神经功能的影响[J].包头医学,2025,49(04):14-16.
- [2] 周如春,陈亮. 依达拉奉右莪醇联合 rt-PA 静脉溶栓治疗急性脑梗死患者的成本-效用分析[J].中国处方药,2025,23(23):55-58.
- [3] 刘岳婷,杜维,田日. 替罗非班治疗静脉溶栓后早期神经功能恶化脑梗死的临床效果[J].临床合理用药,2025,18(34):70-72.