

急诊护理路径在急性脑梗死抢救过程中的护理价值

朱 军 曹亚楠

宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750001

摘要:目的:探讨急诊护理路径在急性脑梗死抢救过程中的护理价值。方法:选取2023年1月至2025年6月我院收治的120例急性脑梗死患者作为研究对象,采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组各60例。观察组实施急诊护理路径管理模式,对照组采用常规护理模式。比较两组患者的急救时间、神经功能恢复情况及并发症发生率等指标。结果:观察组患者在急救时间、神经功能恢复及并发症控制方面均优于对照组($P < 0.05$)。结论:急诊护理路径能够有效缩短急性脑梗死患者的急救时间,改善神经功能预后,降低并发症发生率,具有重要的临床应用价值。

关键词:急诊护理路径;急性脑梗死;抢救过程;护理价值

急性脑梗死作为神经系统急危重症,具有发病急、病情变化快、致残率高等特点,严重威胁患者生命健康。及时有效的救治措施对于改善患者预后至关重要。传统的护理模式往往缺乏系统性和规范性,在急诊抢救过程中容易出现流程混乱、时间延误等问题^[1]。急诊护理路径作为一种标准化、程序化的护理管理模式,通过制定明确的护理计划和时间节点,能够有效提高护理效率,优化救治流程^[2]。本研究旨在探讨急诊护理路径在急性脑梗死抢救过程中的具体应用价值,为临床护理实践提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2023年1月至2025年6月期间我院急诊科收治的120例急性脑梗死患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组各60例。观察组中男性32例,女性28例;年龄45-78岁,平均年龄(61.3±8.7)岁。对照组中男性34例,女性26例;年龄43-79岁,平均年龄(62.1±8.9)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:符合急性脑梗死诊断标准,发病时间在6小时内,意识清楚或轻度意识障碍,家属签署知情同意书。排除标准:合并严重心肺功能不全,恶性肿瘤晚期,凝血功能异常,既往有脑出血病史,精神疾病患者。所有患者及家属均签署知情同意书,本研究经医院伦理委员会审核批准。

1.2 方法

对照组患者采用常规护理模式:入院后进行基本生命体征监测,建立静脉通路,协助医生完善相关检查,按医嘱给予相应药物治疗,密切观察病情变化,做好基础护理和健康宣教等工作。护理人员根据患者具体病情

和医嘱执行相应的护理措施,整个护理过程相对灵活,无固定的标准化流程。

观察组患者实施急诊护理路径管理模式:(1)前期准备阶段:护理团队接受急诊护理路径专项培训,熟练掌握急性脑梗死的病理生理特点、急救流程、护理要点等知识。制定详细的急诊护理路径表,明确各个时间节点的具体护理措施和质量标准。建立多学科协作团队,包括急诊科医师、神经内科医师、影像科医师、检验科医师、康复师等,确保各环节无缝衔接。(2)快速评估阶段:患者到达急诊科后,护理人员立即启动绿色通道,5分钟内完成初步评估,包括意识状态、瞳孔反应、肢体活动能力等。同时测量血压、心率、呼吸、体温等生命体征,建立双通道静脉通路,采集血液标本送检。整个评估过程不超过10分钟,确保快速准确获取患者基本信息。(3)影像学检查阶段:协助患者尽快完成头颅CT检查,排除脑出血,确认梗死部位和范围。护理人员全程陪同,做好检查前准备工作,包括禁食禁水指导、对比剂过敏试验等。检查完成后立即将影像资料上传至医院信息系统,供医师及时阅片。(4)溶栓治疗阶段:根据影像学检查结果和患者具体情况,确定是否符合溶栓适应证。符合条件的患者立即开始溶栓治疗,护理人员严格按照溶栓护理规范执行,包括用药剂量核对、输液速度控制、不良反应观察等。治疗过程中每15分钟监测一次生命体征,详细记录患者反应。(5)监护观察阶段:溶栓治疗结束后,将患者转入重症监护室或神经内科病房,继续密切监护。每小时记录一次生命体征,观察神经系统症状变化,评估溶栓效果。如出现异常情况立即报告医师并配合处理。(6)康复护理阶段:根据患者神经功能恢复情况,适时开展早期康复训练。包括被动关节活动、体位摆放、吞咽功能训练等。护理人员指

导患者及家属掌握正确的康复方法，制定个性化康复计划。（7）出院指导阶段：患者病情稳定后，护理人员进行详细的出院指导，包括用药注意事项、生活方式调整、定期复查安排等。建立随访档案，定期电话回访了解患者恢复情况。

1.3 观察指标

（1）急救时间指标：记录两组患者从入院到完成头颅CT检查的时间、从入院到开始溶栓治疗的时间、从入院到转出急诊科的时间。（2）神经功能恢复指标：采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评估患者神经功能缺损程度，分别于入院时、治疗后24小时、治疗后7天进行评分。（3）并发症发生率指标：统计两组患者治疗期间脑水肿、肺部感染、深静脉血栓、应激性溃疡等并发症的发生情况。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行 χ^2 、*t*检验；*P* < 0.05，则差异显著。

2 结果

2.1 急救时间比较

观察组患者各项急救时间指标均显著短于对照组（*P* < 0.05）。见表1。

表1 两组患者急救时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分钟）

组别	完成CT检查时间	开始溶栓时间	转出急诊科时间
观察组（ <i>n</i> = 60）	8.2±2.1	25.6±4.3	45.8±6.7
对照组（ <i>n</i> = 60）	15.7±3.2	38.4±5.8	62.3±8.1
<i>t</i> 值	14.256	13.842	12.634
<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000

2.2 神经功能恢复比较

观察组患者各时间点NIHSS评分均显著低于对照组（*P* < 0.05）。见表2。

表2 两组患者神经功能恢复比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	入院时	治疗后24小时	治疗后7天
观察组（ <i>n</i> = 60）	12.4±3.1	8.7±2.5	4.2±1.8
对照组（ <i>n</i> = 60）	12.6±3.2	11.2±2.9	7.8±2.4
<i>t</i> 值	0.352	5.384	9.267
<i>P</i> 值	0.725	0.000	0.000

2.3 并发症发生率比较

观察组患者并发症总发生率为13.3%，显著低于对照组的31.7%（*P* < 0.05）。见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	脑水肿	肺部感染	深静脉血栓	应激性溃疡	总发生率
观察组（ <i>n</i> = 60）	2(3.3)	3(5.0)	1(1.7)	2(3.3)	8(13.3)
对照组（ <i>n</i> = 60）	5(8.3)	7(11.7)	4(6.7)	2(3.3)	19(31.7)
χ^2 值	-	-	-	-	5.842
<i>P</i> 值	-	-	-	-	0.016

3 讨论

急性脑梗死是临床常见的神经系统急危重症，由于脑血管突然闭塞导致局部脑组织缺血缺氧，进而引发一系列病理生理改变。该病起病急骤，病情进展迅速，若不能及时有效救治，将造成不可逆的神经功能损害，严重影响患者生活质量，甚至危及生命安全。据统计^[3]，我国每年新发脑梗死患者超过200万人，病死率和致残率居高不下，给家庭和社会带来沉重负担。从疾病特点来看，急性脑梗死的发生发展具有明显的时效性特征。脑梗死发生后，缺血核心区周围的半暗带区域仍存在可挽救的神经元，但这种可逆性损伤有一个时间窗，通常为发病后4.5小时内。超过这个时间窗，半暗带神经元将发生不可逆性死亡，此时即使恢复血流也无法改善神经功能。因此，“时间就是大脑”这一理念在急性脑梗死救治中具有重要意义。此外，急性脑梗死还可能继发脑水肿、颅内压增高等并发症，这些病理改变会进一步加重脑损

伤，影响患者预后。从治疗护理角度来看，急性脑梗死的救治是一个多学科协作的过程，涉及急诊医学、神经内科、影像学、药理学等多个专业领域^[4]。目前，静脉溶栓仍然是急性脑梗死最有效的治疗方法之一，但溶栓治疗有严格的时间窗限制和适应证要求。这就要求医护人员必须具备敏锐的识别能力、快速的反应能力和规范的操作技能。护理工作在整个救治过程中发挥着至关重要的作用，不仅包括基础的生命体征监测、用药护理，更重要的是要确保救治流程的顺畅高效。

本研究结果显示，实施急诊护理路径管理的观察组患者在多个方面均表现出明显优势。首先，在急救时间方面，观察组患者完成CT检查、开始溶栓治疗、转出急诊科的时间均显著短于对照组（*P* < 0.05）。这一结果充分体现了急诊护理路径在优化救治流程、提高救治效率方面的价值。传统护理模式下，护理人员往往按照经验和个人习惯执行护理措施，缺乏统一的标准和明确的

时间节点,容易出现重复工作、遗漏项目等问题。而急诊护理路径通过制定标准化的护理流程,明确了每个环节的具体操作内容和完成时限,使护理工作更加有序高效^[5]。其次,在神经功能恢复方面,观察组患者治疗后24小时和7天的NIHSS评分均显著低于对照组($P < 0.05$),表明急诊护理路径有助于改善患者的神经功能预后。这一结果可以从多个角度来解释:一是时间因素,观察组患者接受溶栓治疗的时间更早,能够更好地保护半暗带神经元,减少不可逆性损伤;二是护理质量因素,急诊护理路径强调规范化、精细化的护理服务,能够更及时地发现和um理各种异常情况;三是综合管理因素,急诊护理路径注重多学科协作,能够为患者提供更加全面系统的医疗服务^[6]。再次,在并发症控制方面,观察组患者并发症总发生率为13.3%,显著低于对照组的31.7%($P < 0.05$)。这一结果说明急诊护理路径在预防和控制并发症方面同样具有重要价值。急性脑梗死患者由于长期卧床、神经功能受损等因素,容易发生多种并发症。传统护理模式下,护理人员往往忙于应对各种紧急情况,容易忽视并发症的预防。而急诊护理路径将并发症预防作为重要内容纳入护理计划,通过规范化的预防措施和密切的病情观察,能够有效降低并发症发生率。分析急诊护理路径发挥作用的原因,主要包括以下几个方面:第一,标准化流程提高了工作效率。急诊护理路径将复杂的护理工作分解为具体的操作步骤,护理人员可以按照既定程序有序执行,避免了盲目性和随意性,大大提高了工作效率。第二,团队协作增强了救治能力。急诊护理路径强调多学科协作,通过建立高效的沟通机制和协调机制,能够充分发挥各专业人员的优势,形成救治合力。第三,质量控制保证了护理安全。急诊护理路径建立了完善的质量监控体系,通过对关键环节的实时监督和反馈,能够及时发现和纠正问题,确保护理安全。第四,持续改进促进了质量提升。急诊护理路径不是一成不变的,而是根据临床实践和循证医学证据不断优化完

善,能够适应医学发展的需要^[7]。

综上所述,急诊护理路径在急性脑梗死抢救过程中具有重要的应用价值。它能够显著缩短急救时间,改善神经功能预后,降低并发症发生率,为患者提供更加优质高效的护理服务。建议在临床实践中推广应用急诊护理路径,并结合实际情况不断完善优化,以更好地满足患者需求,提高救治成功率。同时,还需要加强护理人员培训,完善相关制度建设,为急诊护理路径的成功实施提供有力保障。只有这样,才能真正实现"时间就是大脑,时间就是生命"的救治目标,为急性脑梗死患者争取最佳的治疗时机和最好的康复结果。

参考文献

- [1]黄玉萍.路径化引导下康复护理在急诊溶栓治疗急性脑梗死患者中的应用研究[J].黔南民族医学学报,2025,38(3):349-352.
- [2]任丽娜.基于风险管理的急诊护理路径在急性脑梗死急救患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(24):170-172,176.
- [3]林兰姐,林美苏.急诊护理路径在急性脑梗死抢救过程中的护理价值[J].吉林医学,2024,45(2):490-493.
- [4]韩明明,唐秀丽,韩咪.急诊重度EPVSS急性脑梗死患者预后不良风险列线图预测模型的构建及临床意义[J].河北医学,2026,32(01):105-112.
- [5]刘磊磊.基于破窗效应的溯源预控护理模式在急性脑梗死静脉溶栓患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2025,47(06):96-98.
- [6]赵聪聪,杨秀荣,刘盼盼,等.脑梗死合并心力衰竭患者急诊静脉溶栓应激性高血糖发生风险及影响因素分析[J].临床和实验医学杂志,2025,24(15):1584-1587.
- [7]潘静亚,毛燕,吴嘉晟.优化急诊护理流程对急性脑梗死患者神经功能及急救效果的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(06):141-143.