脑梗介入术后患者医护管理要点的临床验证与实践路径——27例病例的回顾性分析

王志花[1]，余文倩[2]，陈芳兰[2]，叶惠慧[2]

1.南方医科大学珠江医院三水医院，广东 佛山 528100

2.肇庆医学院，广东 肇庆 526020

摘要：研究对接受脑梗介入术的27例患者出院前的随访结果进行整理分析，目的在于明晰本组患者各项护理措施顺序及对于临床护理如何更好的促进神经功能恢复的相关探索，具体方法为利用回顾性资料收集法，主要从患者的生命体征监测、并发症的预防与护理、药物的应用、康复训练及心理护理等方面入手。研究发现，规范的医护管理工作能较好地促进大部分患者神经功能恢复，并发症发生率为11.1%；康复训练完全依从率仅为55.6%，说明加强心理护理也存在提升空间。综上所述，多角度、精细化的医护管理是提高患者的治疗效果，降低不良事件发生的有效途径，应该从多学科出发，开展多元化的联合干预工作。

关键词：脑梗死；介入手术；医护管理；临床验证；多学科协作

DOI:10.63887/cn.2025.1.3.10

1 引言

在我国成年人的致死与致残因素中，脑梗死占据首位[1]，其发病率每年以8.7%的幅度增长[2]。血管内介入治疗凭借可快速打通闭塞血管、挽救缺血半暗带的特点，已成为救治急性脑梗死的关键手段之一。《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2021》也明确表示，对介入术后患者进行规范化管理的患者良好预后率能从28.4%提高到40%-60%[3]。但是介入术后患者仍然可能会发生各种并发症，且可能存在神经功能恢复慢的情况以及社会心理适应能力差的问题，临床效果不佳。目前有关介入术后的医护管理模式的多中心研究不多见，也没有基于临床实践的系统化管理方案，基于此目的，本研究通过回顾性分析27例脑梗介入术后的临床资料来总结适合的管理要点，验证其有效性，并建立一套规范化的实践路径，为临床工作提供参考。

2 资料与方法

2.1 研究对象

本研究纳入时间为2022年2月~2025年2月期间在我院接受脑梗介入治疗的27例患者。

纳入标准：（1）符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2021》，即病史明确，意识清楚，具有局灶性神经功能缺损或完全性偏身感觉障碍（TNl、TN2）及符合CT灌注成像或DTI表现为局部脑缺血性损害的缺血半暗带（CTI、TDWI），具备介入手术指征；（2）术后住院天数大于等于14d；（3）有完备临床资料。

排除标准：（1）合并严重的心、肝、肾功能不全；（2）有严重的精神疾病而影响评估者；（3）术后30d内发生死亡或转院患者。共纳入男性15例（55.6%），女性12例（44.4%），年龄45~78岁，平均（62.5±8.3）岁；发病至手术时间2~6h,平均（3.8±1.2）h；术前NIHSS评分12~25分，均值（17.3±4.1）分。

2.2 研究方法

以回顾性研究方法为基础，收集患者术后的72小时的生命体征、住院期间并发症的发生情况、用药情况、康复训练日志以及心理评估量表的数据，2名神经内科主治医师独立完成数据提取，对存在不同意见的数据，再行小组讨论，达成一致意见。

2.3 观察指标与评价标准

1.生命体征监测：记录术后24小时内每30分钟及24-72小时每小时的血压、心率、呼吸频率、体温数据，异常定义参照《重症监护病房患者生命体征监测专家共识》[4]。

2.并发症评估：统计术后穿刺点渗血、颅内出血、肺部感染、手术部位感染、血管再狭窄（DSA证实）、下肢深静脉血栓（血管超声检查）发生率。

3.神经功能评价：使用NIHSS量表分别于术后第1天、第7天、第14天和第28天进行评分判断神经功能是否得到改善，≥4分为神经功能改善。

4.康复训练依从性：按患者训练完成率分完全依从（≥90%）、部分依从（60%-89%）、不依从（<60%）。

5.心理状态评估：术后再用SDS、SAS量表于术后第3天进行测评，临界值分别是53分、50分[5]。

2.4 统计学方法

数据处理采用SPSS 26.0软件完成。计量资料采用均数±标准差（x±s）表示，组间比较采用配对t检验；计数资料以例数、百分比（%）表示，组间比较采用χ^2检验，P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 生命体征监测结果

术后24h共有5例（18.5%）发生血压异常情况，其中3例收缩压＞180mmHg、2例舒张压＜60mmHg,并用尼卡地平泵（微量）及补液治疗使血压恢复正常；另2例（7.4%）出现房颤，经胺碘酮治疗转复为窦性心律，所有患者术后体温均保持在36.0～37.5℃。

3.2 并发症发生情况

27例患者的3人（占11．1%）在术后出现了不良情况：其中有2人是穿刺点处出现了渗血，经压迫后止血；另外1人是在术后第5天的时候检查出了肺炎克雷伯菌感染的情况，经美罗培南治疗7天痊愈。其余患者没有出现颅内出血、血管再狭窄和下肢深静脉血栓等情况。

3.3 神经功能恢复情况

术前NIHSS评分为（17.3±4.1），术后28d NIHSS评分为（8.3±2.5），差异有统计学意义（t=12.365，P＜0.001）。有19例（70.4%）患者有明显的神经功能缺损改变，详见表1。

表1 术后不同时间点NIHSS评分变化（x±s，分）

时间点	例数	NIHSS评分	t值	P值
术后1天	27	17.3±4.1	—	—
术后7天	27	12.8±3.2	6.782	＜0.001
术后14天	27	10.5±2.8	9.123	＜0.001
术后28天	27	8.3±2.5	12.365	＜0.001

3.4 康复训练依从性

15例（占比55.6%）患者完全依从，8例（29.6%）部分依从，4例（14.8%）存在不依从情况。不依从原因主要为疼痛不耐受（3例）、认知不足（2例）、家庭支持缺失（1例）。

3.5 心理状态评估

术后10例（37.0%）SDS评分异常，12例（44.4%）SAS评分异常。组间比较显示，心理异常组康复训练依从性显著更差（χ^2=5.892，P=0.015）。

4 讨论

4.1 医护管理要点的有效性验证

4.1.1 生命体征动态监测的必要性

研究表明，本组中有18.5%的患者出现术后血压波动，该数据与李等[6]报道的介入术后血压异常率（15%～20%）相符。对于术后的持续监测生命体征可及

时发现有无血压升高、降至过低等现象，以便及时发现血压过高而导致再出血，或者血压过低造成脑灌注不足；在应用调整治压药物及补液过程中调节患者血流动力学的稳定状态，并肯定了标准化的监测流程在本临床工作的实用性。

4.1.2 多维度并发症预防策略的成效

在术前凝血功能评估，在术中精准操作，以及术后采用穿刺点“三阶段压迫法”（即15分钟指压、10分钟弹力绷带加压、沙袋压迫6小时）处理，使本组患者出血并发症发生率为7.4%，远低于文献报告的15%[7]。本文采取早期肢体被动运动联合气压治疗，并发症下肢深静脉血栓未发生，证明《深静脉血栓形成防治指南》提出的早期肢体被动活动及气压治疗的有效性[8]。

4.1.3 个体化药物治疗管理的意义

抗凝期，根据INR动态调整华法林剂量，使患者INR稳定在2.0～3.0治疗范围内，无严重出血不良反应事件；采用阿司匹林+氯吡格雷联合双联抗血小板治疗干预术后21 d，显著降低术后30 d血管再狭窄率，与《抗血小板治疗中国专家共识》中推荐的剂量相符合[9]。

4.1.4 早期康复与心理干预的协同效应

手术以后的第一天就开始进行康复锻炼，在这种情况下70.4%的患者在神经功能上明显优于延迟组的42.3%，对比提高28.1%[10]。心理状态正常患者的康复依从性为82.4%，而存在抑郁或焦虑情绪的患者康复依从性仅为33.3%。因此心理干预有助于提高康复效果。

4.2 现存问题与改进方向

4.2.1 康复训练依从性的提升策略

研究表明：有14.8%患者因疼痛拒绝进行锻炼，在今后工作中还需改善疼痛管理方案，可使用多模式镇痛法（药物、物理治疗），也可通过VR平衡训练等游戏化康复训练促进患者锻炼依从性；为避免患者病情加重、做好院后患者照护，应该建立“医护—家属—患者”三方协同监督机制，充分调动患者家属参与家庭照护的积极性。

4.2.2 心理干预体系的完善路径

现有心理支持多依赖护士经验性疏导，缺乏系统性干预。应引入认知行为疗法（CBT）、正念减压训练等循证心理治疗技术，并联合精神科医师进行远程会诊，构建分级心理干预体系。

4.2.3 多学科协作机制的优化方案

目前各科室协作存在信息传递延迟问题。建议建立基于信息化平台的多学科协作模式，通过电子病历系统实时共享患者检验检查结果、康复进展及心理评估数据，以MDT病例讨论会为抓手，强化管理，提升协同效率。

5 结论

研究回顾性分析了27例脑梗介入术后的病例，其目的在于证明生命体征动态监测、多维度并发症预防、个体化用药、早期康复介入、心理干预等管理要点的临床实效，在以后要不断完善康复训练模式，完善心理干预制度和加强多学科协作，构建更加高效的脑梗介入术后医护管理模式。

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2021[J].中华神经科杂志，2021,54（4）:306-348.

[2]Wang W,Jiang B,Sun H,et al.Prevalence,incidence,and mortality of stroke in China:results from a nationwide population-based survey of 480 687 adults[J].Circulation,2017,135（8）:759-771.

[3]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2021[J].中华神经科杂志，2021,54（4）:306-348.

[4]中国医师协会重症医学医师分会。重症监护病房患者生命体征监测专家共识[J].中华重症医学电子杂志，2020,6（3）:235-242.

[5]张明园。精神科评定量表手册[M].长沙：湖南科学技术出版社，2018.

[6]李华，王勇，赵静，等。急性脑梗介入术后血压管理策略研究[J].中国脑血管病杂志，2022,19（7）:489-495.

[7]陈刚，刘敏，周伟，等。脑血管介入术后穿刺点并发症的预防与护理[J].中华神经医学杂志，2021,20（10）:1057-1062.
[8]中华医学会外科学分会血管外科学组。深静脉血栓形成防治指南[J].中国实用外科杂志，2017,37（9）:957-971.
[9]中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会。抗血小板治疗中国专家共识[J].中华心血管病杂志，2013,41（3）:183-194.
[10]刘芳，张军，李红，等。早期康复训练对急性脑梗介入术后患者神经功能恢复的影响[J].中国康复医学杂志，2023,38（5）:601-606.

作者信息：王志花，女，硕士，主治医师，南方医科大学珠江医院三水医院，地址：广东省佛山市三水区西南街道广海大道西16号