

组 ( $P < 0.05$ ), 说明在常规护理基础上结合以助产士为主导的平产分娩产房护理模式可以显著改善母婴结局。以助产士为主导的平产分娩产房护理模式提供了更精细的监测和干预, 个性化的护理和综合支持, 促进自然分娩的行为以及及时的监测和干预等方面的优势。观察组的母婴不良结局发生率较对照组低, 这可能是因为助产士能够提供更全面的胎儿和新生儿监测和干预, 减少胎儿宫内窒息和新生儿呼吸窘迫综合征的发生<sup>[4]</sup>。此外, 助产士注重个性化护理和综合支持, 通过建立良好的沟通和信任关系, 减轻产妇的焦虑和紧张情绪, 降低产后出血的发生风险<sup>[5]</sup>。

表2结果表明, 观察组产房护理质量各维度评分高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 说明助产士在平产分娩产房护理中扮演着重要的角色。他们具有丰富的分娩经验和专业知识, 能够有效地应用护理技术和技能。在分娩过程中, 助产士能够提供个性化的护理, 根据产妇的需求和期望, 为她们提供全面的生理和心理支持。助产士通过与产妇建立良好的沟通和信任关系, 能够更好地理解和满足她们的需求, 提供恰当的护理指导和建议<sup>[6]</sup>。此外, 助产士注重护理沟通和态度, 他们以温暖的态度和关怀的沟通方式与产妇交流, 提供情感支持和鼓励。这种积极的沟通和态度有助于减轻产妇的焦虑和紧张情绪, 增强她们的信心和合作意愿。助产士还注重母乳喂养指导, 提供专业的指导和支持, 帮助产妇建立良好的母乳喂养关系, 促进母乳喂养的成功。因此, 以助产士为主导的平产分娩产房护理模式能够提供更高质量的产房护理。

表3结果表明, 观察组总产程时间短于对照组 ( $P < 0.05$ ), 说明以助产士为主导的平产分娩产房护理模式可以缩短产程时间。助产士能够通过监测宫缩强度、频率和宫颈开口情况等指标, 判断产妇分娩的进展情况,

并根据需要进行适当的指导和干预。此外, 以助产士为主导的护理模式强调个性化护理和综合支持<sup>[7]</sup>。助产士通过与产妇建立关系, 了解她们的需求和期望, 提供专业的护理指导和支持, 鼓励产妇积极参与分娩过程<sup>[8]</sup>。这种个性化的护理和支持能够帮助产妇更好地应对分娩过程中的身体和情绪变化, 减轻焦虑和压力, 从而促进分娩进展, 缩短产程时间。

#### 参考文献

- [1] 侯丽莉, 陈晨, 崔晓花, 等. 叙事护理对瘢痕子宫产妇麻醉期应激反应及分娩结局的影响[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(1): 113-118.
- [2] 温双宇. 助产士全程护理干预在阴道分娩患者中的应用[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2023, 33(1): 159-160.
- [3] 李健. 助产士全程标准化陪伴护理对无痛分娩产妇护理效果及妊娠结局的影响[J]. 中国标准化, 2023(2): 225-228.
- [4] 顾建英. 以助产士为主导的平产分娩产房护理模式对母婴影响的研究[J]. 妇幼护理, 2023, 3(5): 1097-1099.
- [5] 张立华. 探析助产士心理护理干预实施于初产妇对其分娩方式的影响[J]. 中国保健营养, 2023, 33(12): 22-24.
- [6] 李芳. 助产士一对一导乐陪伴分娩对初产妇心理状态及分娩指标的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23(2): 121-124.
- [7] 周文娟, 巫素芳, 卢颖兰. 助产士一对一门诊模拟分娩教育对初产妇分娩结局的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023, 9(2): 85-87.
- [8] 万碧娟. 产前应用细致化措施联合助产士干预对产妇分娩情况及产后出血率的影响[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(2): 357-359.

收稿日期: 2023-11-08

责任编辑: 陆玉炯

## 优化急诊护理流程在急性脑梗死患者中的急救成功率及对神经功能的影响

林美苏, 叶松福, 林兰姐, 杨泰涛, 李晓艳  
(厦门医学院附属医院第二医院, 福建 厦门 361021)

**【摘要】目的:** 明确优化急诊护理流程在急性脑梗死患者中的应用价值。**方法:** 选取2021年1月至2022年12月于本院急诊科就诊的急性脑梗死患者134例, 根据护理方案进行分组; 采用常规护理方案的76例病人为对照组, 采用优化急诊护理方案的58例病人为观察组; 比较两组患者的抢救效果、日常生活能力、神经功能以及不良反应发生情况。**结果:** 两组干预前各指标差异均无显著性 ( $P > 0.05$ ); 干预后, 与对照组相比, 观察组入院至接诊时间、抢救时间、分诊时间、NIHSS评分、不良反应总发生率均低 ( $P < 0.05$ ), 急救成功率、Barthel指数高 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 在急性脑梗死病人的急救中, 采用优化急诊护理流程, 能显著提高抢救效果和急救成功率, 有效改善病人的日常生活能力及神经功能, 且不良反应少, 值得临床推广。

**【关键词】** 优化急诊护理流程; 急性脑梗死; 急救成功率; 神经功能

作者简介: 林美苏 (1987-), 女, 主管护师, 主要从事急诊护理工作及研究。

【中图分类号】R473.74 【文献标识码】A 【文章编号】1008-4983(2025)01-0111-04

脑梗死作为一种最常见的脑卒中类型, 占有脑卒中患者的80%以上<sup>[1]</sup>。急性脑梗死(Acute cerebral infarction, ACI)作为急诊科较为常见的疾病之一, 已经成为世界范围内导致残疾的首要原因。其是由于脑动脉供血突然中断, 从而导致急性脑缺血及神经功能障碍<sup>[2]</sup>。由于我国人口老龄化, 其发病率呈逐年上升趋势<sup>[3]</sup>。ACI的临床症状主要为不同程度的脑功能障碍和神经症状, 多表现为偏瘫、失语、感觉障碍等<sup>[4]</sup>。目前, 临床上治疗ACI患者, 救治成功的关键在于时间窗, 尽早实施治疗, 脑血管再通率、神经功能恢复情况就越佳, 从而患者预后越好<sup>[5]</sup>。在急救过程中, 通过对护理流程进行优化, 可增强医务人员的协作能力, 进而可提升急诊科ACI患者的急救效果。本研究重点探讨了急诊护理流程对ACI

患者急救成功率及神经功能的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为2021年1月至2022年12月于本院急诊科就诊的134例急性脑梗死患者。将采用常规护理方案的76例病人设为对照组, 采用优化急诊护理方案的58例病人设为观察组。本研究在伦理委员会批准下进行。纳入标准: (1) 符合急性脑梗死的诊断标准<sup>[6]</sup>; (2) 发病至入院时间不超过6h; (3) 存在溶栓指征; (4) 均为首次发病; (5) 临床资料完整。排除标准: (1) 伴有重要脏器功能不全者; (2) 伴有免疫系统疾病者; (3) 伴有精神疾病者; (4) 伴有神经系统疾病者<sup>[7]</sup>; (5) 伴有凝血功能障碍者。两组患者的一般资料比较差异不显著( $P>0.05$ ), 详见表1。

表1 两组患者一般资料情况

组别	年龄/岁	男/女/例	发病时间/h
对照组 ( $n=76$ )	56.27 ± 6.58	46/30	2.14 ± 0.35
观察组 ( $n=58$ )	57.19 ± 6.42	32/26	2.21 ± 0.31
$\chi^2/t$	0.810	0.388	1.205
$P$	0.419	0.534	0.231

1.2 方法 对照组采用常规护理方案: 患者入院后直接送至急诊科抢救室, 快速评估患者病情, 予以基础护理, 包括心电监护、吸氧等, 同时完善血常规、血糖、头颅CT、凝血功能等相关检查。

观察组采用优化急诊护理方案。(1) 建立24h急性脑梗死急诊护理小组: 由急诊科护理人员、急诊科护士长、急诊科医师、神经内科医生等组成。每月开展1次培训, 并每季召开1次急性脑梗死急救质量提升会议, 强化急救意识, 规范急救流程, 对急救过程中的问题和潜在危险因素进行归纳和处理。(2) 接诊护理: 在接诊到怀疑卒中的病人后, 护理人员应对病人的情况进行初步判断, 并及时告知急诊医师及神经内科医师, 做好急救准备。(3) 开通专用绿色通道: 利用互联网技术建立信息化平台, 为病人争取更多的抢救时间。通过院内通道实现对病人病情的在线评估, 并可通过信息化平台查看病人的既往病史, 从而全面了解病人病情。同时, 利用信息化平台, 在线取影像、生化、凝血功能等检查报告。(4) 评估病情: 病人入院后, 将病人送到抢救室, 立即做相应的检查。(5) 溶栓护理: 根据病人的情况, 制订相应的抢救计划, 并与家属进行沟通, 取得家属的知情同意书。在溶栓治疗过程中, 及时建立两条静脉通路, 并保持其畅通。遵医嘱静脉滴注溶栓药物, 严格控制滴速, 严密监测病人的生命体征及各项生理指标。并且要观察病人是否有出血及出血倾向, 一旦发现出血倾向, 立即实施CT检查。在溶栓治疗完成后, 密切观察病

人, 若出现异常情况, 立即报告主治医师, 并进行对症处理。(6) 康复护理: 在病人病情和生命体征均稳定后, 指导和协助病人进行早期肢体活动, 逐步进行, 并指导病人进行进食、洗脸、穿衣等日常生活活动。同时评估病人的心理情况, 对病人进行心理疏导, 指导病人调整自己的心理状态。

1.3 观察指标 (1) 抢救效果: 统计所有病人入院至接诊时间、抢救时间、分诊时间以及急救成功率。(2) 日常生活能力: 分别在干预前后采用Barthel指数评估所有病人的日常生活能力, 得分与日常生活能力呈正相关<sup>[8]</sup>。(3) 神经功能: 分别在干预前后采用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)评估所有病人的神经功能缺损程度, 总分0~42分, 得分与神经功能缺损程度呈正相关<sup>[9]</sup>。(4) 不良反应发生情况: 分别统计并比较两组干预后消化道出血、牙龈出血等不良反应的发生情况。

1.4 统计分析 采用SPSS18.0统计软件对数据进行分析。计量资料( $\bar{x} \pm s$ )和计数资料[ $n(\%)$ ]组间比较分别采用独立样本 $t$ 检验和 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ , 则差异显著。

## 2 结果

2.1 抢救效果比较 表2结果显示: 与对照组相比, 观察组患者入院至接诊时间、抢救时间、分诊时间短( $P<0.05$ ), 急救成功率高( $P<0.05$ )。

表2 两组患者抢救效果对比

组别	入院至接诊时间/min	抢救时间/min	分诊时间/min	急救成功率/n (%)
对照组 (n=76)	5.23 ± 0.46	49.32 ± 6.57	3.98 ± 0.65	65 (85.53)
观察组 (n=58)	3.94 ± 0.35	38.29 ± 5.72	2.25 ± 0.34	56 (96.55)
$\chi^2/t$	17.782	10.175	18.426	4.565
P	0.000	0.000	0.000	0.033

2.2 Barthel 指数、NIHSS 评分比较 表3 结果显示：两组干预前评分无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；干预后，与对

照组相比，观察组 Barthel 指数评分高 ( $P < 0.05$ )，NIHSS 评分低 ( $P < 0.05$ )。

表3 两组患者 Barthel 指数、NIHSS 评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	Barthel 指数/分		NIHSS 评分/分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=76)	53.26 ± 5.28	64.59 ± 4.95	19.82 ± 3.42	15.26 ± 2.14
观察组 (n=58)	54.13 ± 5.37	75.67 ± 4.83	18.96 ± 3.43	11.95 ± 2.03
t	0.938	12.973	1.440	9.070
P	0.350	0.000	0.152	0.000

2.3 不良反应发生情况比较 表4 结果显示：观察组不

良反应总发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表4 两组患者不良反应发生情况对比 [n (%)]

组别	消化道出血	牙龈出血	泌尿系统出血	头疼	总发生率
对照组 (n=76)	2 (2.63)	3 (3.95)	3 (3.95)	5 (6.58)	13 (17.11)
观察组 (n=58)	0 (0.00)	2 (3.45)	0 (0.00)	1 (1.72)	3 (5.17)
$\chi^2$					4.455
P					0.035

### 3 讨论

目前，ACI 的治疗以静脉溶栓为主，是指在发病后 3~4.5 h 之内，经静脉通道给予溶栓药物，以溶解血栓、恢复闭塞的血管，从而达到恢复正常的血液循环、缓解脑缺血缺氧状态、减小梗死面积、避免脑细胞及神经细胞的死亡以及改善预后的目的<sup>[10]</sup>。ACI 具有较高的致死率和致残率，并且 ACI 发病迅速、病情进展快、治疗周期长、预后差，甚至脑缺血缺氧 30 s 大脑就会发生代谢变化，对患者的生命安全构成极大威胁，也对其预后生活质量造成严重影响<sup>[11]</sup>。因此，对 ACI 病人进行及时有效的抢救与护理干预是提高预后的关键。在 ACI 患者溶栓治疗的过程中，优化和规范急诊护理及监护流程具有积极意义<sup>[12]</sup>。一套完整、高效的护理流程，对 ACI 患者的静脉溶栓治疗具有很好的辅助作用。

在本研究中，与对照组相比，观察组入院至接诊时间、抢救时间、分诊时间均明显缩短 ( $P < 0.05$ )，急救成功率明显升高 ( $P < 0.05$ )。分析原因为：在 ACI 患者的急救过程中，应用优化急诊护理流程，会根据病人的具体情况制定并实施科学合理的护理计划，使抢救过程中的时间达到最小。在接诊后，迅速开通专用绿色通道并启动急救流程，并利用互联网技术建立信息化平台，实现患者信息共享，为迅速接诊患者以及开始溶栓治疗争取更多的时间，且尽快实施溶栓治疗，可将脑缺血的

时间降到最低，更早期地恢复大脑功能，因此更利于患者预后。同时在急救过程中，对病人的生命体征进行严密观察，并保证呼吸道、静脉通道的畅通，为患者的康复提供更有利的条件，从而提高了抢救效果和急救成功率。潘小珍等<sup>[13]</sup>的研究结果也表明优化急诊护理流程能有效提高 ACI 病人的急救效率和抢救成功率。

干预后，观察组较对照组的 Barthel 指数显著升高 ( $P < 0.05$ )，NIHSS 评分显著降低 ( $P < 0.05$ )。可能原因为：优化急诊护理流程是以常规急诊护理工作为基础，经过优化、规范化而形成的一种护理模式，其以标准化为中心，对各项护理工作进行了明确分工，并建立了一套标准化的急诊护理流程，保证了急诊护理工作的正常进行。医护人员按照先后次序进行每一项急救操作，紧密衔接各个护理环节，确保急救工作的顺利进行。在配合度得到提高的情况下，能进一步缩短各个护理环节的耗时，从而可尽快实施治疗，为患者争取到更多的时间，从而利于患者日常生活能力和神经功能的恢复，提高患者预后。刘建<sup>[14]</sup>、路立<sup>[15]</sup>的研究结果均提示优化急诊护理流程可明显改善 ACI 患者的神经功能。观察组不良反应总发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )，提示在 ACI 患者的急救过程中，应用优化急诊护理流程，具有较高的安全性。

综上所述，在急性脑梗死病人的急救中实施优化急