

性欠佳,尤其集中在术后2~7 d,护理人员通过加强心理护理鼓励并指导家属协助患者进行手臂托举,并请锻炼依从性较佳的患者现身交流鼓励其有效完成相关康复锻炼。住院期间,护理人员在对患者进行训练指导的同时也鼓励家属对相关训练内容进行掌握,并给予指导,出院后叮嘱家属参与指导并监督患者按时按量坚持训练。

综上所述,术后实施肩部功能康复训练能够有效促进甲状腺癌患者患侧上肢及颈、肩运动功能的恢复,因本次研究纳入的病例数有限,还需今后大样本的研究增加结论的稳定性。

参考文献

- 1 赵永福,刘晨.甲状腺癌颈部淋巴结清扫术[J].中华普外科手术学杂志电子版,2016,10(5):378.
- 2 吴沛霞,彭峥嵘.头颈癌颈淋巴结清扫术后肩功能康复现

状与展望[J].护理学杂志,2015,30(4):104-106.

- 3 陈萍,李健君.早期颈肩功能锻炼对预防甲状腺癌功能性颈淋巴清扫术后颈肩综合征的影响[J].现代实用医学,2015,27(10):1388-1389.
- 4 杨雷,王宁.甲状腺癌流行病学研究进展[J].中华预防医学杂志,2014,48(8):744-748.
- 5 黄静,章新亚,梁冠冕,等.集体颈肩操锻炼在甲状腺癌术后患者早期功能康复中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(28):4043-4046.
- 6 吴沛霞,陈君仪,周莘,等.喉癌颈淋巴结清扫术后患者早期肩功能状况及其对生存质量的影响[J].护理学杂志,2016,31(14):40-42.
- 7 曹家燕.早期伸展训练降低甲状腺手术后颈部不适症状的研究[J].中国实用护理杂志,2015,31(s2):96.

(收稿日期 2017-03-22)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

阿替普酶对高龄急性脑梗死静脉溶栓早期疗效及护理要点

余飞 王维清

重组组织型纤溶酶原激活剂(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA)静脉溶栓治疗被认为是急性缺血性卒中超早期最有效的药物治疗措施,可降低患者死亡率、显著改善患者预后^[1],被国内外脑血管病指南一致推荐^[2]。目前国外发达国家急性脑梗死静脉溶栓治疗已经达到较高水平,但我国静脉溶栓治疗率仍非常低,仅有2.4%,其中使用

rt-PA 溶栓治疗仅仅1.6%^[3]。本次研究回顾性分析本院rt-PA 静脉溶栓治疗总结急性脑梗死患者相关资料,重点了解高龄患者溶栓早期疗效、安全性及溶栓治疗过程中护理要点。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年1月至2016年12月建德市第一人民医院收治的急性脑梗死并给予rt-PA 静脉溶栓治疗的患者107例,其中男性63例、女性44例;平均年龄(68.96±10.75)岁;平均体重(60.90±9.60)kg;平均溶栓前神经功能缺损评分(NIH stroke scale, NIHSS)为(12.24±7.31)分。纳入标准:①有缺血性卒中导致的神经功能缺损症状;②症状出现在4.5 h以内;③年龄≥18岁;④患者或家属签署知情同意书。排除标准:①近3个月有重大头颅外伤

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.03.037

基金项目:浙江省医院可持续发展正大天晴科研项目(2017-ZYCA44);杭州市卫生计生科技计划(2017B53);杭州市科技发展计划(20163501Y160)

作者单位:311600 浙江杭州,建德市第一人民医院神经内科

通讯作者:王维清,Email:weiqingwang2010@163.com

史或卒中史;②可疑蛛网膜下腔出血;③近1周内不易压迫止血部位的动脉穿刺;④既往有颅内出血;⑤颅内肿瘤、动静脉畸形、动脉瘤;⑥近期有颅内或椎管内手术;⑦活动性内出血或急性出血倾向,包括血小板计数低于 $100 \times 10^9/L$;⑧48 h内接受过肝素治疗(活化部分凝血活酶时间超出正常范围上限),已口服抗凝剂者国际标准化比值 >1.7 或凝血酶原时间 >15 s,目前正在使用凝血酶抑制剂,各种敏感的实验室检查异常;⑨CT提示多脑叶梗死(低密度影 $>1/3$ 大脑半球)。根据患者年龄分为非高龄组(年龄 <70 周岁)和高龄组(年龄 ≥ 70 周岁)。两组患者性别、体重、溶栓前NIHSS评分见表1,两组资料相比,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

表1 两组患者基线资料比较

组别	<i>n</i>	体重/kg	性别 (男/女)	溶栓前 NIHSS评分/分
高龄组	55	59.39 ± 10.61	30/25	13.09 ± 7.54
非高龄组	52	62.50 ± 8.21	33/19	11.35 ± 7.01

1.2 方法 对时间窗内可疑急性脑梗死患者,尽快完善急诊头颅CT检查,明确诊断,符合静脉溶栓适应证,并排除所有禁忌证后,给予rt-PA静脉溶栓治疗。rt-PA剂量为0.9 mg/kg(最大剂量为90 mg)。将总剂量的10%在1 min内缓慢静脉注射,剩余的90%加入液体,应用微泵在60 min内泵注结束,用药期间及用药24 h内应严密监护患者,重点监测患者血压及神经功能缺损症状。治疗过程中,如发现神经功能缺损症状加重,如肌力下降、严重头痛、呕吐或出现新的神经功能缺损等,考虑出血并发症,则立刻停止rt-PA输注,并复查头部CT。溶栓24 h后复查头颅CT排除出血,给予抗血小板或抗凝、他汀类药物等治疗。

1.3 护理

1.3.1 溶栓前 预检分诊中对可疑急性缺血性脑卒中患者,立即开通绿色通道,建立静脉通道,尽快完成静脉采血,项目包括急诊血常规、生化、凝血功能,床边指测血糖。并护送完成急诊头颅CT检查。在这过程中,注意患者及家属心理护理,充分告知溶栓治疗必要性及可能不良后果,尽量减轻患方心理负担。同意溶栓后,协助患方尽快获得溶栓药rt-PA。

1.3.2 溶栓中 注意密切关注患者血压及神经功能缺损症状变化,出现血压异常升高、神经功能缺损症状加重或新发症状出现,及时汇报医生,并注

意有无患者牙龈、皮肤黏膜、消化道出血情况出现。同时,还需要关注患者紧张、焦虑情绪疏导。

1.3.3 溶栓后 溶栓后24 h内仍需持续关注患者血压变化和神经功能恢复情况,重症脑梗死患者需要加强胃管、尿管管理。对于存在肢体瘫痪的患者注意良肢位的摆放,避免不良肢体摆放影响康复效果。

1.4 评价指标 ①再溶栓后24 h和第7天进行早期神经功能改善效果评价,NIHSS评分改善 $\geq 40\%$ 或NIHSS评分0~1分为早期神经功能改善标准^[4]。②安全性评估:记录溶栓后出血并发症发生率,包括颅内出血、牙龈出血、皮下瘀斑、消化道出血等。

1.5 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件包进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者溶栓治疗后早期神经功能改善效果评价见表2

表2 两组溶栓后早期神经功能改善效果评价/例(%)

组别	溶栓后24 h		溶栓后7 d	
	有效	无效	有效	无效
高龄组	22(40.00)	33(60.00)	27(49.09)	28(50.91)
非高龄组	26(50.00)	26(50.00)	35(67.31)	17(32.69)

由表2可见,两组溶栓后24 h和溶栓后7 d神经功能改善有效率比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别 $=0.71, 2.93, P$ 均 >0.05)。

2.2 溶栓后安全性评价 非高龄组溶栓后有8例(15.38%)并发出血,其中颅内出血2例、牙龈出血4例、消化道出血1例、散在皮下瘀斑1例。高龄组溶栓后有15例(27.27%)并发出血,其中脑出血7例、脑出血伴牙龈出血1例、蛛网膜下腔出血1例、牙龈出血3例、皮下瘀斑1例、舌面血泡1例。两组出血并发症比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.59, P > 0.05$)。

3 讨论

卒中目前已成为我国第一大致残致死性疾病^[5]。每年新发病例超过200万,其中将近80%的卒中患者因为各种残障存在而不能独立生活^[6]。因此,对卒中的规范治疗,特别是急性缺血性脑卒中超早期给予静脉溶栓治疗,以降低患者致死致残率,改善预后,一直是神经科临床医师关注的焦点。

本次研究以70周岁为界限,分为高龄组和非高龄组,重点了解高龄急性脑梗死患者rt-PA静脉溶

栓疗效与安全性。结果发现,高龄组患者在溶栓后24 h和溶栓后7 d早期神经功能改善效果与非高龄组患者相比,疗效均无明显差异($P>0.05$),提示高龄患者静脉溶栓同样有效。与戴李华等^[7]、谢江文等^[8]研究结果一致。有学者认为高龄是阿替普酶静脉溶栓后发生早期神经功能恶化的重要相关因素^[9]。另外有学者在后循环脑梗死患者rt-PA静脉溶栓预后研究中也发现年龄是影响卒中预后的重要因素,年龄越大,缺血性卒中患者静脉溶栓后发生预后不良和出血转化的概率越大^[10]。本次研究两组患者溶栓后出血并发症差异无统计学意义,考虑与本次研究样本量小有关,需要进一步扩大样本量研究。

鉴于高龄组患者rt-PA静脉溶栓有更高的出血转化发生率,因此,对于高龄急性脑梗死患者进行超早期静脉溶栓护理过程中有更高的要求:①建立地区卒中中心和本地区溶栓交流微信群,加强对基层医护人员进行中风“120”策略培训^[11],早期识别卒中,及时转诊,降低院前延误。②最大程度缩短就诊至溶栓时间:通过优化溶栓就诊流程,建立院前院内一体化救治模式,将部分急诊护理工作前移至急救车上完成^[12],疑难病例通过院内静脉溶栓跨团队微信交流平台讨论解决,并及时开通院内溶栓绿色通道,尽可能缩短静脉溶栓时间。③充分进行风险评估^[13]:制定溶栓前风险因素评估表,根据高龄患者的特点,如既往疾病史、目前用药史、全身系统性评估、实验室及影像学评估结果,进行不同风险级别管理。还要关注溶栓前及溶栓过程中血压、血糖管理。④精确计算rt-PA药物用量:医院配置体重床,对高龄患者,必要严格按照体重床进行体重测量,以保证体重与用药剂量的准确性,避免因体重测量误差导致溶栓药物不足而效果不佳或溶栓药物过量而增加出血转化的风险。

综上所述,高龄急性脑梗死患者rt-PA静脉溶栓同样有效,但需注意其出血转化发生率。因此,更要关注对患者溶栓风险评估,加强流程管理与优化,缩短院外院内延误。最终,在保证疗效的基础上,降低风险,改善患者预后。

参考文献

- 1 中国卒中协会科学声明专家组. 急性缺血性卒中静脉溶栓中国卒中协会科学声明[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12(3): 267-284.
- 2 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2014[S]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- 3 Liu L, Wang D, Wong KS, et al. Stroke and stroke care in China: Huge burden, significant workload, and a national priority[J]. Stroke, 2011, 42(12): 3651-3654.
- 4 肖淑英, 孟繁花, 魏建朝, 等. 急性脑梗死患者静脉溶栓后早期神经功能改善的相关因素分析[J]. 北京医学, 2016, 38(3): 218-221.
- 5 高一鹭, 王文志. 脑血管病流行病学研究进展[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 337-340.
- 6 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经康复学组. 中国脑卒中早期康复治疗指南[S]. 中华神经科杂志, 2017, 50(6): 405-412.
- 7 戴李华, 朱静芬, 刘鸣, 等. 年龄对急性缺血性脑卒中溶栓治疗预后影响的研究[J]. 中国医师进修杂志, 2014, 37(16): 49-52.
- 8 谢江文, 吕国菊, 郑珍婕, 等. 不同年龄对阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死的临床疗效和预后的影响[J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 36(6): 486-488.
- 9 崔颖, 佟旭, 王伊龙, 等. 阿替普酶静脉溶栓后发生早期神经功能恶化的研究进展[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12(2): 192-198.
- 10 车锋丽, 陈胜云, 赵性泉, 等. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性后循环缺血性卒中患者的预后相关因素分析[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12(2): 112-118.
- 11 Zhao J, Liu R. Stroke 1-2-0: a rapid response programme for stroke in China[J]. Lancet Neurol, 2017, 16(1): 27-28.
- 12 徐敏, 戴建英, 楼敏. 院前院内一体化救治模式对急性脑梗死患者溶栓治疗的效果观察[J]. 护理学报, 2014, 21(17): 17-18.
- 13 单培佳, 王施, 谢涛, 等. 急性脑梗死静脉溶栓流程优化[J]. 解放军医院管理杂志, 2017, 24(3): 246-250.

(收稿日期 2018-02-11)

(本文编辑 蔡华波)