

基于创新扩散理论的全程优化护理在急性脑梗死患者急救中的应用效果

康洁璞

临洮县洮阳镇中心卫生院 甘肃 定西 730500

摘要：目的 探讨基于创新扩散理论的全程优化护理用于急性脑梗死患者急救的效果。方法 选取 2024 年 3 月至 2025 年 3 月本院急诊收治的急性脑梗死患者 50 例，采用随机数字表法分为两组各 25 例，对照组实施常规急救护理流程，观察组在此基础上接受创新扩散理论指导下的全程优化护理干预。比较两组急救各环节用时及干预前后神经功能缺损与日常生活能力评分。结果 观察组接诊至分诊、分诊至完成 CT、CT 至溶栓启动及院内总急救耗时均较对照组缩短（ $P<0.05$ ）；干预后观察组 NIHSS 评分低于对照组，ADL 评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 将创新扩散理论融入急性脑梗死全程急救护理可显著压缩救治时间窗，促进神经功能恢复并提升患者生活自理水平。

关键词：急性脑梗死；创新扩散理论；全程优化护理

急性脑梗死是临床常见的脑血管急症，因脑动脉血流骤然受阻致使局部脑组织缺血、缺氧并发生不可逆性坏死，发病后致残率及病死率居高不下。常规急救护理多依循固定流程，环节交接易出现等待与重复，难以满足超急性期个体化、精准化救治需求^[1]。创新扩散理论由学者罗杰斯提出，强调新理念、新技术在团队中经认知、说服、决策、实施、确认五阶段逐级渗透并被采纳。将该理论引入急性脑梗死急救护理，有望优化流程衔接、提升团队执行力。本研究即对此展开探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 3 月至 2025 年 3 月本院神经内科收治的急性脑梗死患者 50 例为研究对象，按随机数字表法分入对照组和观察组各 25 例。对照组男 14 例，女 11 例；年龄 46 至 78 岁，平均年龄（ 62.48 ± 7.36 ）岁；发病至入院时间 0.50 至 4.00 h，平均（ 2.14 ± 0.68 ）h。观察组男 15 例，女 10 例；年龄 45 至 79 岁，平均年龄（ 62.85 ± 7.42 ）岁；发病至入院时间 0.50 至 4.20 h，平均（ 2.18 ± 0.71 ）h。两组基线资料比较（ $P>0.05$ ），可比。

纳入标准：符合急性脑梗死诊断标准并经颅脑 CT 或 MRI 证实；发病至入院在 6 h 以内；患者或家属知情同意。

排除标准：合并颅内出血或出血倾向；伴严重心、肝、肾功能不全；既往脑卒中遗留严重残疾；意识障碍无法配合评估。

1.2 方法

对照组予以常规急救护理：接诊后行生命体征监测、建立静脉通路、采血送检、护送行颅脑 CT，对符合溶栓指征者协助医师完成阿替普酶（0.90 mg/kg，最大剂量 90 mg，10%静推、余量 1 h 内泵入）静脉溶栓。

观察组在上述基础上实施基于创新扩散理论的全程优化护理：①认知与说服阶段，组建由急诊科护士长牵头、神经内科、影像科、检验科共同参与的卒中绿色通道护理小组，开展理论培训与情景模拟，使成员充分理解流程优化的必要性；②决策与实施阶段，重塑接诊路径，院前 120 接到呼救即通知急诊预启动通道，患者抵达后由专人执行"边问诊、边采血、边送 CT"的并联式操作，护士提前完成溶栓药物配置与双静脉通路建立；③针对家属知情同意环节，护理人员同步进行病情解释与心理疏导，避免反复沟通拖延决策时间。

1.3 观察指标

①两组急救各环节耗时，包括接诊至分诊、分诊至完成 CT、CT 至溶栓启动及院内总急救时间。②采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评估神经功能缺损程度，分值越高越严重；采用日常生活能力量表（ADL）评估生活自理水平，分值越高越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验；计数资料以 n （%）表示，行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组急救时效指标

观察组接诊至分诊、分诊至完成 CT、CT 至溶栓启动以及院内总急救时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组急救时效指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ，min）

组别	例数	接 诊 至 分 诊 时间	分 诊 至 CT 时 间	CT 至 溶 栓 时 间	院 内 总 急 救 时间
对照组	25	5.42 ± 1.18	24.86 ± 4.32	44.15 ± 6.28	74.43 ± 8.46
观察组	25	3.16 ± 0.85	15.34 ± 3.18	29.62 ± 5.14	48.12 ± 6.72
t 值		7.760	8.890	8.954	12.140
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 比较两组 NIHSS 与 ADL 评分

干预前两组 NIHSS、ADL 评分比较差异无统计学意义；干预后观察组 NIHSS 评分低于对

照组，ADL 评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组干预前后 NIHSS 与 ADL 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	NIHSS 干预前	NIHSS 干预后	ADL 干预前	ADL 干预后
对照组	25	18.46±3.24	10.38±2.15	35.42±5.18	58.34±7.42
观察组	25	18.62±3.18	6.85±1.94	35.86±5.24	72.18±8.16
t 值		0.176	6.085	0.299	6.279
P 值		0.861	<0.001	0.766	<0.001

3 讨论

急性脑梗死起病急骤，其病理基础为局部脑动脉粥样硬化斑块破裂或血栓形成致使供血中断，缺血半暗带能否在有限时间内恢复灌注，直接决定患者后续神经功能转归^[2]。静脉溶栓为目前公认的有效手段，但治疗窗仅为发病后 4.5 h，任何环节的延迟都会缩短可救治范围，因此急救护理流程的高效衔接尤为关键。观察组各急救环节耗时显著缩短，提示并联式操作及预启动通道的设置切实压缩了无效等待时间；护士长牵头的可视化督查使每一步用时透明可控，倒逼团队执行效率提升。NIHSS 评分下降幅度与 ADL 评分上升幅度均优于对照组，原因在于急救时间窗的有效前移为缺血半暗带争取到更多挽救机会，神经元损伤范围相应缩小；加之护理人员同步开展心理疏导与家属沟通，减轻了患者应激反应，为后续神经修复奠定生理与心理双重基础^[3]。

综上，将创新扩散理论融入急性脑梗死全程优化护理，能够有效缩短急救耗时，改善患者神经功能缺损与日常生活能力。

参考文献

[1]李金丹.基于创新扩散理论的循证护理在脑梗死患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(17):157-160.

[2]周洁,张亚琴,方杰,等.共建共享理论指导下专科护士 1+X 干预模式在急性脑梗死溶栓后护理中的应用观察[J].黑龙江医学,2025,49(12):1524-1526.

[3]刘吉敏,饶小明,张霞,等.有限时机理论指导下的一体化链式急救护理对急性脑梗死患者急救效率、神经功能的影响[J].当代护士（下旬刊）,2025,32(2):79-82.