

颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中行延续性护理对血脂指标、血管斑块稳定性与生活能力的调控价值

陈艳娇

黑河市第一人民医院 164300

【摘要】目的：探索颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中患者接受延续性护理对血脂指标、血管斑块稳定性与生活能力的调控价值。**方法：**选择我院在 2024 年 8 月至 2025 年 8 月期间收治的 60 例颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中患者，根据随机数字表法分为两组，每组 30 例，对照组开展常规护理，观察组提供延续性护理，对比护理结局。**结果：**护理后，观察组 TC、TG、IMT、斑块面积小于对照组，观察组 Barthel 指数高于对照组，（ $P<0.05$ ）。**结论：**延续性护理可有效改善颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中患者的血脂代谢，促进血管斑块稳定性，提高日常生活能力，应用价值高。

【关键词】延续性护理；颈内动脉狭窄；缺血性脑卒中；血管斑块稳定性

颈内动脉狭窄是导致缺血性脑卒中的主要病因之一，其通过减少脑血流灌注及动脉粥样硬化斑块脱落栓塞双重机制引发脑缺血事件^[1]。延续性护理通过医院-社区-家庭多维度联动，为出院患者提供持续、协调、个性化的健康管理服务，已在多种慢性病管理中显示出积极效果^[2]。为探究延续性护理应用在颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中的效果，研究选择我院 60 例颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中患者开展分析。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

纳入 2024 年 8 月至 2025 年 8 月我院接诊的颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中患者 60 例，按照随机数字表法分为两组，均 30 例。对照组中男性 18 例，女性 12 例；年龄 45~78 岁，平均（ 60.22 ± 7.82 ）岁。观察组中男性 19 例，女性 11 例；年龄 46~79 岁，平均（ 60.13 ± 8.01 ）岁。两组资料对比，（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：生命体征稳定；首次发病；经过临床诊断为颈内动脉狭窄合并缺

血性脑卒中。排除标准：合并颅内动脉瘤、动静脉畸形或其他颅内占位性病变；认知障碍。

1.2 方法

对照组开展常规护理，包括病情监测、用药指导、康复训练指导及健康宣教。出院时由责任护士进行常规出院指导，发放书面健康手册，告知复诊时间和注意事项。

观察组提供延续性护理，（1）成立延续性护理团队：团队成员共同制定个性化护理方案，明确职责分工。出院前 72 h 内完成对患者的全面评估，根据评估结果与患者及家属共同制定个性化延续性护理计划。（2）多形式随访建立患者健康档案及微信交流群，每周推送脑卒中二级预防知识、用药提醒及康复视频。每 2 周进行一次电话随访，询问服药情况、血压血脂自测值、饮食运动执行情况及不适症状。每月进行一次家庭访视，现场评估居家环境、用药依从性、康复训练规范性，并测量血压、体重，必要时采集指尖血快速检测血脂。（3）针对性干预：①用药管理：强化规律服用重要性，使用分药盒、服药闹钟等辅助工具，对漏服者及时提醒并分析原因；②饮食干预：营养师根据患者血脂水平及饮食习惯制定低盐、低脂食谱，增加不饱和脂肪酸及深海鱼类摄入；③运动康复：指导患者进行循序渐进的有氧运动，同时指导肢体功能训练；④心理支持：对存在负性情绪者给予倾听、疏导及认知行为干预，必要时转介心理科。

两组干预时间均为 6 个月。

1.3 观察指标

指标 1：血脂指标。采集患者空腹 12 h 静脉血，采用全自动生化分析仪检测 TC、TG。

指标 2：血管斑块稳定性指标。采用高频彩色多普勒超声测量 IMT、斑块面积。

指标 3：日常生活能力。采用 Barthel 指数评定量表评估，总分 100 分，分值越高则代表日常生活能力越好。

1.4 统计学处理

使用 SPSS 28.0 软件处理数据，使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料，差异性使用 t 检验。（ $P < 0.05$ ）提示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 血脂指标

如表 1，两组护理前 TC、TG 对比，($P>0.05$)；护理后两组指标均降低，且观察组更低，($P<0.05$)。

表 1 血脂指标 $\{\bar{x}\pm s, \text{mmol/L}\}$

组别	TC		TG	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=30)	5.66±0.52	4.05±1.00*	2.16±0.45	1.40±0.38*
对照组 (n=30)	5.68±0.50	4.70±1.12*	2.17±0.42	1.79±0.26*
t 值	0.1518	2.3711	0.0889	4.6393
P 值	0.8798	0.0211	0.9294	0.0000

注：与同组护理前相比，* $P<0.05$

2.2 血管斑块稳定性指标

如表 2，两组护理前 IMT、斑块面积对比，($P>0.05$)；护理后两组指标均降低，且观察组更低，($P<0.05$)。

表 2 血管斑块稳定性指标 $\{\bar{x}\pm s\}$

组别	IMT (mm)		斑块面积 (mm ²)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=30)	1.30±0.18	1.13±0.10*	28.98±5.23	22.06±4.05*
对照组 (n=30)	1.29±0.17	1.23±0.09*	28.95±5.19	25.39±2.45*
t 值	0.2212	4.0711	0.0223	3.8532
P 值	0.8257	0.0001	0.9823	0.0003

注：与同组护理前相比，* $P<0.05$

2.3 日常生活能力

如表 3，两组护理前 Barthel 指数对比，($P>0.05$)；护理后两组指标均提升，观察组高于对照组，($P<0.05$)。

表 3 日常生活能力 $\{\bar{x}\pm s, \text{分}\}$

组别	护理前	护理后
----	-----	-----

观察组 (n=30)	56.93±6.45	82.56±6.12*
对照组 (n=30)	56.88±7.01	70.65±5.39*
t 值	0.0287	7.9990
P 值	0.9772	0.0000

注：与同组护理前相比，*P<0.05

3. 讨论

颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中的二级预防核心在于有效控制动脉粥样硬化的进展，而血脂异常是驱动斑块形成与不稳定的关键因素^[3]。延续性护理通过定期提醒、个体化指导及家庭监督，有效改善患者的用药依从性和生活方式依从性，使血脂控制更加理想^[4]。

根据研究结果可知，护理后，观察组 TC、TG、IMT、斑块面积小于对照组，观察组 Barthel 指数高于对照组，(P<0.05)。经分析，延续性护理通过严格的降脂治疗降低斑块内脂质核心的体积，规律的有氧运动促进血管内皮功能的修复，持续的血压控制减少了剪切力对斑块表面的机械损伤。此外，延续性护理中的康复指导保证肢体功能训练的连续性和规范性，促进神经功能的重塑，为功能恢复提供稳定的生理基础^[5]。此外，心理支持与病友交流缓解了患者的抑郁焦虑情绪，提高了康复训练的主动性和自信心。

综上，延续性护理能够显著改善颈内动脉狭窄合并缺血性脑卒中患者的血脂谱，增强血管斑块的稳定性，并有效提升患者的日常生活自理能力。

参考文献：

- [1] 张婷, 豆浩, 李蒙, 等. 基于知信行理论的延续护理在缺血性脑卒中恢复期患者中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2025, 34(20):3800-3803.
- [2] 陈月华, 肖梦婷, 吴汝娟, 等. 集束化护理联合延续护理在急性缺血性脑卒中吞咽障碍患者中的应用研究[J]. 中国医药科学, 2024, 14(21):126-129.
- [3] 潘秀芬, 叶巧仪, 孙燕如. 缺血性脑卒中吞咽障碍患者采用集束化护理联合延续护理的应用效果[J]. 妇幼护理, 2025, 5(12):3001-3003, 3013.
- [4] 段利娜, 连琳琳, 刘艳. 互联网+延续康复护理在老年缺血性脑卒中患者中的应用[J]. 临床医学工程, 2024, 31(9):1155-1156.
- [5] 钱金平, 吴丹, 钱佩珺, 等. 基于智能随访系统的延续性护理在缺血性脑卒中

患者中的应用[J]. 中国当代医药, 2023, 30(18):179-183.