

重症中暑的急诊治疗及效果评定

陈 群

郴州市第一人民医院急诊科 湖南郴州 423000

[摘要] 目的 探究重症中暑的急诊治疗及效果。方法 采取回顾性分析方法对我院 2015 年 4 月-2016 年 7 月重症中暑患者 88 例资料进行收集分析, 随机分组。常规组采用常规急诊救治; 全面组采用全面急诊救治。比较两组患者治愈率; 医院留观时间、焦虑情绪状态。结果 全面组患者治愈率比常规组高, $P < 0.05$, 其中, 全面组全部患者治愈, 常规组有 8 例患者伴发其他疾病, 需继续接受治疗; 全面组医院留观时间显著短于常规组, 焦虑情绪状态比常规组轻, $P < 0.05$ 。结论 重症中暑的全面急诊救治效果确切, 可有效提高治愈率, 缩短医院留观时间, 减轻患者焦虑情绪, 值得推广应用。

[关键词] 重症中暑; 急诊治疗; 效果

[中图分类号] R594.12

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 02-030-02

[Abstract] **Objective** To explore the emergency treatment and the effect of severe heatstroke. **Methods** a retrospective analysis method in our hospital in April 2015 - July 2016 patients, 88 cases of severe heatstroke in the data collection analysis, random grouping. Routine group with conventional emergency treatment; Full set of adopting comprehensive emergency treatment. Compare two groups of patients cure rate; The hospital under observation time, anxiety state. **Results** the overall group of patients cure rate is higher than normal group, $P < 0.05$, among them, the full set of all patients cured, conventional group of 8 patients with other diseases, treatment needs to be continued; Comprehensive hospital under observation time significantly shorter in routine group, the anxiety state lighter than normal group, $P < 0.05$. **Conclusion** comprehensive emergency treatment effect is exact, severe heatstroke in the inferior can effectively improve the cure rate, shorten hospital under observation time, relieve patients' anxiety, is worthy of popularization and application.

[Key words] severe heatstroke, Emergency treatment; The effect

中暑是在高温以及热辐射长时间作用之下, 机体体温出现调节障碍, 引发神经系统功能损害以及水电解质紊乱的现象。其中, 重症中暑患者病情危重, 若救治不及时, 容易出现较多并发症, 死亡率高^[1-2]。本研究探讨了重症中暑的急诊治疗及效果, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取回顾性分析方法对我院 2015 年 4 月-2016 年 7 月重症中暑患者 88 例资料进行收集分析, 随机分组。所有患者出现尿少、多汗、口渴、头晕和头痛、乏力等症状, 部分患者出现呼吸衰竭、四肢痉挛等, 所有患者和家属均知情同意本次研究。

常规组重症中暑患者 44 例, 男、女各有 34 例、10 例, 年龄 23-75 岁, 年龄平均值 (38.13±5.24) 岁。其中, 农民有 10 例, 工人有 30 例, 学生和其他有 4 例。热衰竭有 30 例, 热痉挛有 8 例, 热射病有 6 例。

全面组重症中暑患者 44 例, 男、女各有 33 例、11 例, 年龄 23-75 岁, 年龄平均值 (38.13±5.24) 岁。其中, 农民有 11 例, 工人有 29 例, 学生和其他有 4 例。热衰竭有 30 例, 热痉挛有 7 例, 热射病有 7 例。两组患者资料差异无意义。

1.2 方法

常规组采用常规急诊救治, 常规将患者衣物脱去, 用凉水擦浴或冰袋冷敷, 并用冰盐水灌肠, 采用冰毯进行物理降温, 在物理降温无效后给予氯丙嗪泵入静脉降温, 并用乙醇擦拭身体。同时积极纠正患者水电解质紊乱, 在复苏后立刻给予补液和吸氧, 并静脉点滴生理盐水, 后给予合适林格氏液。在出现尿液后给予补钾, 建立静脉通道。

全面组采用全面急诊救治。在常规组常规处理基础上, 对于热痉挛患者若出现循环衰竭倾向, 需给予葡萄糖和氯化钠静脉注射; 对热衰竭患者需尽快给予葡萄糖和氯化钾、生理盐水静脉注射; 对于热射病患者需立刻进行禁忌抢救, 给予体外降温 and 皮肤按摩, 加速物理散热, 必要时可进行血液透析, 促进血液在体外冷却后再输入体内。对合并昏迷患者, 需保持呼吸道通畅, 并给予气管内插管, 避免胃内容物吸入。对出现代谢性酸中毒、心力衰竭者需立刻进行对症处理; 对低血压者需立刻进行补液, 以促进血容量的恢复; 对烦躁不安的患者给予 0.1g 苯巴比妥肌肉注射; 对应激性溃疡和严重呕吐的患者给予 80mg 奥美拉唑和 100ml 0.9% 氯化钠溶液静脉滴注以止吐抑酸; 对抽搐寒战和言语不清的患者用 25mg 氯丙嗪和 500ml 浓度 5% 葡萄糖静脉滴注, 并给予 10% 葡萄糖酸钙静注, 直至患者清醒^[3]。

1.3 观察指标

比较两组患者治愈率; 医院留观时间、焦虑情绪状态。

1.4 数据处理

采用 SPSS21.0 软件统计数据, 计数资料采用 % 表示和 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验 ($\bar{x} \pm s$ 表示)。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治愈率比较

全面组患者治愈率比常规组高, $P < 0.05$, 其中, 全面组全部患者治愈, 常规组有 8 例患者伴发其他疾病, 需继续接受治疗。见表 1。

表 1: 两组患者治愈率比较 [例数 (%)]

组别	治愈	未治愈	治愈率
常规组	36	8	36 (81.82)
全面组	44	0	44 (100.00)
χ^2			4.062
P			0.044

2.2 医院留观时间、焦虑情绪状态比较

全面组医院留观时间显著短于常规组, 焦虑情绪状态比常规组轻, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2: 医院留观时间、焦虑情绪状态比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	留观时间 (d)	SAS 评分
全面组	3.18±1.34	32.53±3.44
常规组	5.72±2.95	45.46±6.25
t	8.746	9.259
P	0.000	0.000

3 讨论

重症中暑患者病情危重, 其发病和高热不断攻击机体损害细胞以及细胞内结构, 并导致机体出现一系列病理变化相关。重症中暑若救治不及时, 可威胁患者生命安全, 导致患者死亡^[4-5]。

临床对于重症中暑的救治需及时进行降温处理, 控制体温在 38.5 摄氏度以下, 以减轻重要脏器损伤, 改善患者预后。但常规物理降温 and 药物降温虽然可一定程度上降低体温, 促进机体散热, 减少脑耗氧量, 稳定生物膜, 减少乳酸堆积, 但往往无法有效改善患者预后。为了提高救治效果, 需在降温的基础上维持患者水电解质平衡和酸碱平衡, 注意给予补液和补钾, 预防低钾血症的发生。同时, 还要根据患

(下转第 32 页)

表 1: 两组患者的护理效果对比

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	16	10	4	90%
对照组	51	21	20	10	80.39%

表 2: 两组患者关节功能恢复情况比较

组别	例数	优秀	良好	尚可	差	优良率
对照组	40	14	12	10	4	90%
观察组	51	10	14	16	11	78.43%
P						< 0.05

3 讨论

近几年临床骨折病人的发生率逐年增长,临床护理模式的提升已经成为一项重要的研究课题,骨折患者一般受到突发事件的影响而造成骨折,骨折伴有极大的疼痛,患者容易产生紧张、焦虑等不良情绪,对临床的治疗以及护理不配合,影响患者的治疗效果以及预后情况。优质护理的开展,从患者的心理情况进行疏导,全面安抚患者,给予不断的鼓励,使患者配合治疗以及护理。同时与患者的家属积极沟通,给予患者鼓励与支持,增加患者治疗的信心。并给予患者康复锻炼,帮助患者积极恢复关节功能情况,提高预后水平。本次研究结果显示:经护理后,观察组患者骨折愈合有效率为 90%;对照组患者骨折预后

(上接第 28 页)

显著,可有效改善患者生活质量及护理满意度,减少患者住院时间,推广运用价值高。

[参考文献]

- [1] 黄孟燕, 黄国芬. 中西医结合护理在钦激光碎石术治疗尿路结石性梗阻中的应用[J]. 中国中医急症, 2014, 23(2):198, 205.
- [2] 刘婉婷, 范彩连, 幸珍, 等. 中医临床护理路径在泌尿系结石患者中的应用效果评价[J]. 按摩与康复医学, 2016, 7(7):52-54.

(上接第 29 页)

应用组创面愈合时间、肛门功能 1 个月和 6 个月均优于传统组,且 ($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

高位肛瘘的治疗临床手术操作需要对患者的瘘管内的结构进行重新的调整,对已坏死的组织进行彻底的清除,可以有效的降低复发率,同时对于治疗的并发症应做好预防工作,特别是肛门关闭、肛门变形、大便失禁等这些常见的术后并发症,做好并发症的预防工作可以有效的提高治疗效果。而本次研究中对对照组采用的传统挂线引流术,是以往临床上最常用、最简便且有效的方式,治疗后能降低肛周相关并发症和减低复发,该种治疗方式能有效预防肛门失禁、狭窄或者黏膜外翻的发生几率,但是术后还会存在术后首次排便或平日排便疼痛感明显、肛门功能受损以及其他相关并发症,故对治疗的疗效产生一定的影响,而本次应用组采用的虚挂线,能保障引流顺畅的情况下,亦能减少对括约肌的损害、肛管形态变化,同时还能最大程度的减少对肛门功能的影响,而术后采用脱线方法来取代收紧挂线法,可以在治疗

(上接第 30 页)

者是否合并昏迷、有无寒战表现等情况进行针对性处理,以从根本上改善患者病情和预后,提高抢救成功率^[6-7]。

本研究中,常规组采用常规急诊救治;全面组采用全面急诊救治。结果显示,全面组患者治愈率比常规组高, $P < 0.05$, 其中,全面组全部患者治愈,常规组有 8 例患者伴发其他疾病,需继续接受治疗;全面组医院留观时间显著短于常规组,焦虑情绪状态比常规组轻, $P < 0.05$ 。

综上所述,重症中暑的全面急诊救治效果确切,可有效提高治愈率,缩短医院留观时间,减轻患者焦虑情绪,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 张立新, 陶红, 李景荣等. 重症中暑并发肝损害的临床分析[J]. 安徽医科大学学报, 2014, 49(12):1822-1824.

有效率为 80.39%;观察组患者骨折愈合情况明显优于对照组,两组差异显著 ($P < 0.05$), 具有统计学意义。观察组患者关节功能恢复优秀率为 90%,对照组患者关节功能恢复优秀率为 78.43%,观察组患者关节功能恢复情况明显优于对照组, $P < 0.05$, 具有统计学意义,说明优质护理服务模式对骨折病人骨折愈合及功能恢复具有积极的影响,患者的骨折愈合情况以及功能恢复都较好,大大降低患者的痛苦,提高预后功能,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 田晓莉, 周祖香. 优质护理干预骨科患者疼痛的效果评价[J]. 数理医药学杂志, 2012, 25(5):625-626.
- [2] 王佳斌, 艾江平, 占紫龙. 切开复位内固定与闭合复位内固定对小儿肱骨髁上骨折功能重建的影响[J]. 中国中医急症, 2011, 2(20):209-211.
- [3] 李靖. 优质护理服务模式对骨折病人骨折愈合及功能恢复的影响[J]. 护理研究, 2011, 9(25):2398-2399.
- [4] 刘水丽, 饶春芳, 张燕平. 系统护理干预对骨折愈合和关节功能恢复的影响研究[J]. 中国医药科学, 2015, 7(1): 142-144.
- [5] 于丽新. 优质护理对骨折患者骨折愈合和功能恢复的影响分析[J]. 中国继续医学教育, 2015, 12(11): 242-243.

[3] 邓长珍. 对泌尿系统结石患者进行中医护理的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2016, 14(7):66-67.

[4] 董素琴. 中西医结合治疗泌尿系结石的护理体会[J]. 光明中医, 2014, 29(12):2647-2648.

[5] 冯瑶, 徐迈, 夏国萍, 等. 中医多途径护理在尿路结石外科手术治疗患者中的临床应用[J]. 新中医, 2015(5):311-312.

[6] 汤莉芬, 方海丽. 输尿管镜及输尿管镜激光碎石微创术中医护理体会[J]. 云南中医中药杂志, 2015, 36(1):106.

肛瘘的同时,减少对括约肌的损伤。本次研究结果显示:两组患者的首次排便疼痛以及检查或换药疼痛,应用组患者疼痛情况评分明显低于传统组,两组比较具有差异, $P < 0.05$, 具有统计学意义。应用组创面愈合时间、肛门功能 1 个月和 6 个月均优于传统组,且 ($P < 0.05$)。本次研究结果与雷超等结果相一致^[4],亦能充分的证实以上阐述。

通过以上的阐述和研究结果充分的说明,临床上应用虚挂线治疗高位肛瘘后患者疼痛感小、亦能充分的保护肛门功能,对患者的尽快恢复有积极的意义。

[参考文献]

- [1] 赵自星. 实用肛瘘学[M]. 成都: 四川科技出版社, 2003: 160.
- [2] 钱海华. 朱秉宜教授运用挂线疗法治疗高位肛瘘经验[J]. 南京中医药大学学报, 2009, 25(5):387.
- [3] 徐靖, 李国栋. 挂线疗法治疗高位肛瘘的研究(附 105 例报告)[J]. 中国医刊, 2011, 46(12): 66.
- [4] 雷超, 王业皇. 挂线疗法对高位肛瘘的治疗进展[J]. 结直肠肛门外科, 2011, (2): 125-127.

[2] 曹才文, 何旋, 李莉等. 重症中暑早期肠黏膜屏障功能损害与全身炎症反应的相关性研究[J]. 中华危重病急救医学, 2016, 28(4):303-307.

[3] 刘芳, 朱叶春. 重症中暑患者早期降温对预后的影响[J]. 国际护理学杂志, 2011, 30(6):844-846

[4] 池锐彬, 吴惠敏, 刘力新等. 重症中暑并肠源性真菌血症 1 例[J]. 广东医学, 2013, 34(13):1970.

[5] 陈降, 童华生, 张兴钦等. 乌司他丁减轻重症中暑大鼠肺的炎症和氧化损伤[J]. 中华急诊医学杂志, 2014, 23(8):866-870.

[6] 周军, 冯宪真, 张俊杰等. 重症中暑多器官功能衰竭伴二次昏迷治疗成功 1 例病例报道[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(15):199.

[7] 季学丽, 郝卫文, 王淦楠等. 7 例重症中暑患者的急救与集束化护理[J]. 江苏医药, 2013, 39(20):2500-2501.