

40 例急性脑卒中患者的院前急救分析

何一祥 杨 洋

射洪市中医院急诊科 629200

〔摘 要〕目的 总结急性脑卒中有有效的急救护理方法, 以此来科学指导临床实践工作。方法 随机选取我院 2018 年期间治疗的 80 例急性脑卒中患者, 以住院病床单双号将其均分为对照组与研究组, 对照组则由家属送到急诊室, 研究组接受院前急救, 对比两组治疗效果。结果 研究组接诊到确诊时间、确诊到治疗时间均短于对照组均短于对照组 ($P < 0.05$)。结论 急性脑卒中患者接受有效的院前急救干预, 可争取宝贵的治疗时间, 保障患者的生命安全。

〔关键词〕急性脑卒中; 院前急救; 抢救效果

〔中图分类号〕R743.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 10-025-02

脑卒中则是由于各种诱发因素造成脑内动脉越来越狭窄、闭塞破裂开, 使得急性脑血液循环出现障碍。中医^[1]指出, 内伤积损是发病原因, 阴阳失调, 气血逆乱是发病病机, 风、火、痰、气、瘀则是主要病理因素。急性脑卒中发病率持续增长, 且具有较高的致残率与死亡率, 是人类健康的杀手之一。因此, 接受及时、有效的院前救护, 可改善预后。鉴于此, 本研究选取 80 例急性脑卒中患者为研究对象, 采取不同的处理方式, 现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机从我院治疗的急性脑卒中病案中抽取 80 例, 均为 2018 年患者, 同意参与研究, 并将存在脏器严重疾病、精神疾病者予以排除。其中男女比例为 48:32, 平均年龄为 (65.5 ± 1.5) 岁。对于本研究所选取的病例, 以住院病床单双号将其均分为对照组与研究组, 以统计学方法进行比较, 两组患者相关资料对比不明显, 不会干扰本次研究数据的统计结果。

1.2 方法

对照组患者由家属送往急诊室接受救治, 并未接受任何院前急救干预。研究组接受院前急救干预, 具体操作为: 接到抢救电话后, 迅速调派最近的救护车。救护车立即赶往现场, 并第一时间同患者或家属取得联系, 了解病史。当初步判定为脑卒中后, 告知家属不得任意搬动患者, 使得患者平躺, 头侧向一边, 将衣扣解开, 确保呼吸通畅, 注意患者情绪的平稳, 静静等待救护车。急救人员到达现场后, 迅速采取有效的处理措施: ①对患者呼吸、血压、血糖、心率等指标进行测量, 耐心地询问发病过程, 对患者意识、运动、神经系统、语言等进行细致检查, 进一步准确评估病情。同时, 查看患者是否出现生命危险, 检查颅内压是否持续增长等, 并予以有效处理; ②维持呼吸道通畅: 对于已经昏迷的患者, 应将衣扣解开, 头偏向一侧, 避免呕吐物堵塞呼吸道。如果患者口腔、鼻内堆积了大量分泌物需呕吐物, 应迅速清理或者进行吸痰; ③氧气吸入: 予以面罩或鼻导管吸氧; ④对症处置: 当患者血压并未异常高时, 不需要进行降压处理。当血压骤然上升或降低时, 才可选取药物进行处理。对于合并糖尿病患者, 应滴注适量的生理盐水。对于高血压脑出血患者, 应保证脑血流量处于平稳状态, 血压低于 180/105mmHg 时无需立即降压。开设静脉通道时, 应选取健侧肢进行穿刺, 不得选取活动关节。

对于颅内压骤然上升的患者, 可选取甘露醇或呋塞米进行处理; 针对出现烦躁、抽搐症状的患者, 可予以镇定处理, 对血压、呼吸、心电、血氧饱和度进行动态监控; ⑤转运: 急救处置完成后, 迅速转运患者。在转运途中, 应及时同急诊科联系, 告知患者病情及急救准备。到达医院后, 实施有效的急救措施。急救完成后, 服用补阳还五汤, 主药方: 黄芪 120g, 丹参 20g, 地龙、川芎、当归尾各 15g, 豨莶草、红花、桃仁、赤芍各 10g。用清水煎服, 每天一剂, 早晚服用。

1.3 观察指标

统计两组接诊到确诊时间、确诊到治疗时间, 以此来判断两组急救效果。

1.4 统计学分析

调查数据值以 SPSS18.0 统计学软件给予处理, 临床观察指标采取 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 经 t 检验, $P < 0.05$ 代表有统计学差异 ($P < 0.05$)。

2 结果

据统计得知, 研究组接受院前急救后接诊到确诊时间、确诊到治疗时间均短于对照组 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1: 两组急救效果对比 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	n	接诊到确诊时间	确诊到治疗时间
研究组	40	17.82 $\pm$ 1.35	22.34 $\pm$ 2.27
对照组	40	26.37 $\pm$ 2.33	45.29 $\pm$ 5.48
t		5.221	4.254
P		< 0.05	< 0.05

3 讨论

急性脑卒中是临床典型的急性疾病, 中老年为高发群体, 发病突然, 病情迅速恶化, 病死率较高, 严重威胁到人类的生命健康^[2]。当患者在医院内发病, 则可迅速接受抢救治疗, 生命风险较低。如果患者在院外发病, 从发病到入院救治时间较长, 如果错过最佳的治疗时机, 便会难以救治患者或者导致残疾, 所以则需接受及时、有效的抢救处理, 优化预后, 保障生命安全。因此, 院前急救干预尤为必要, 急救人员第一时间奔赴现场, 并实施必要的处理措施, 将患者及时转送到医院急诊室。相关研究^[3]指出, 及时、有效的院前急救可对病情进行有效控制, 缩短抢救时间, 降低致残率、致死率。另外, 为了强化急救质量, 医院急救医疗服务系统应合理科学地布局, 规范化管理, 院前急救人员应基于患者的病史、

(下转第 29 页)

治疗,腹腔镜穿孔修补术组则采取腹腔镜穿孔修补术治疗,结果显示,腹腔镜穿孔修补术组效果、手术临床指标、切口感染和胃出血等并发症发生率相比较急性胃穿孔开放手术组

更好, $P < 0.05$ 。

综上所述,腹腔镜穿孔修补术治疗急性胃穿孔的效果确切,可减少切口感染和胃出血等并发症,减少创伤,加速恢复。

表 3: 急性胃穿孔开放手术组、腹腔镜穿孔修补术组手术临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	急性胃穿孔修补术组手术(分钟)	肛门排气时间(h)	住院时间(d)	出血总量(毫升)
急性胃穿孔开放手术组	44	110.21±6.24	43.21±1.26	8.12±2.24	65.21±1.89
腹腔镜穿孔修补术组	44	65.21±1.45	31.56±0.45	5.02±1.42	25.52±0.25
t		6.213	6.213	6.801	6.155
P		0.000	0.000	0.000	0.000

[参考文献]

- [1] 何中文. 急性胃穿孔患者治疗中应用腹腔镜手术治疗的临床价值研究[J]. 医药前沿, 2018, 8(18):145.
- [2] 岳洪春. 腹腔镜下急性胃穿孔手术的临床疗效分析[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(4):459-460.
- [3] 赵冠. 经腹腔镜行胃穿孔修补术治疗急性胃穿孔的临床效果观察[J]. 饮食保健, 2018, 5(24):55.

[4] 陈新桂. 研究应用腹腔镜修补术治疗急性胃穿孔的临床效果[J]. 黑龙江医学, 2018, 42(4):336-337, 339

[5] 王缙. 腹腔镜手术对急性胃穿孔患者胃肠激素及炎症因子的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(7):40-41.

[6] 闫国和. 不同术式行胃穿孔修补术的临床疗效比较[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(6):949-950.

(上接第 25 页)

各项检查结果进行初步判断与分诊,使得患者接受最快捷的治疗。本研究结果表明,研究组接诊到确诊时间、确诊到治疗时间均短于对照组均短于对照组 ($P < 0.05$),这充分证实了有效的院前急救尤为必要,值得我们学习与借鉴。

[参考文献]

- [1] 彭湘富, 魏侍萍, 谢华娇. 院前急救护理路径在脑卒

中患者中的应用[J]. 国际医药卫生导报, 2018, 24(24): 3883.

[2] 朱宏琦, 伊静. 急性脑卒中患者行中西医结合院前急救的作用[J]. 家庭医药, 2018(11): 124-125.

[3] 陈奕菲, 张春鹏, 王慎安. 医联体模式下院前急救联合绿色通道在急性缺血性脑卒中救治中的应用效果[J]. 解放军预防医学杂志, 2019(6): 2541.

(上接第 26 页)

泻与发热等表现,若没有得到及时的治疗,会产生穿孔或坏死等表现。临床上通常采用保守治疗与手术治疗。相关数据显示:大多数保守治疗患者均会有一定并发症产生,极易再次复发,治疗效果不明显,还需要进行手术治疗,因此临床不建议推广^[4]。

腹腔镜手术治疗具有微创、恢复时间短以及安全性等优势,可以此彻底治疗,对病情不会造成延误;还可以使抗生素应用时间明显缩短,缩短康复治疗时间,对患者生活质量的提高也有积极影响^[5]。

本研究结果显示:实验组患者治疗总有效率 97.83%,比对比组患者的 80.43% 高;实验组患者的抗生素应用时间、下床活动时间以及住院天数明显比对比组短,与相关研究结果一致。

总而言之,手术治疗急性单纯性阑尾炎的治疗效果优于保守治疗,可使患者的抗生素应用时间、下床活动时间与住院时间明显减少。

[参考文献]

- [1] 李桢魁. 急性单纯性阑尾炎经保守治疗和手术治疗的效果分析[J]. 中国当代医药, 2017, 24(30):21-23.
- [2] 胡章林. 急性单纯性阑尾炎保守治疗和手术治疗效果临床分析[J]. 中外医疗, 2017, 36(25):113-115.
- [3] 谢炳开, 兰启龙. 急性单纯性阑尾炎保守治疗和手术治疗临床效果分析[J]. 中外医学研究, 2017, 15(29):181-183.
- [4] 倪浩. 保守治疗和手术治疗急性单纯性阑尾炎的效果观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(12):26-26.
- [5] 叶青松. 保守治疗和手术治疗急性单纯性阑尾炎效果分析[J]. 医学信息, 2017, 30(9):46-47.

(上接第 27 页)

本研究结合临床实践中,针对肺癌的靶区分为中央型和周围型两种情况,对比了两种算法在不同情况下的靶区剂量准确度。对于中央型肺癌,各照射野的射束需穿过较厚的低密度组织,才能到达肿瘤区域。这种情况下,低密度组织对 PBC 算法的准确度有较大影响。而对于周围型肺癌,各射束穿过皮肤和肌肉层后,即达到肿瘤区域,之后才进入低密度的正常肺组织区域。这种情况下,低密度组织对靶区的剂量计算的准确度影响较小。

总之,如果肺癌患者靶区为中央型,则在剂量计算时,可优选 AAA 算法,以获得更准确的靶区剂量分布。如果靶区为周围型,则两种算法无显著差异。物理师在计划设计时,

可设计两个分别用两种算法进行剂量计算的计划。评估时对两种计划进行比较,观察靶区、正常组织所受剂量,起到互为验证的作用,确保计划的可靠性,增加放疗的安全性。

[参考文献]

- [1] Ben M (2018) Clinical 3D dosimetry in modern radiation therapy[M]. Taylor & Francis Group, LLC. New York.27.
- [2] 张先稳, 张西志, 等. AAA 算法和 PBC 算法在食管癌调强放疗中的验证评估[J]. 实用癌症杂志.2013, 28(5): 282-284.
- [3] Joerg L, Andrew A, et al. Dosimetric end-to-end tests in a national audit of 3D conformal radiotherapy[J]. Phys Imag Radiat Oncol 2018;6:5-11.