



• 论 著 •

脑出血患者院前急救治疗分析

郑长英

(湘西土家族苗族自治州人民医院 湖南湘西 416000)

摘要：目的：探讨脑出血患者院前急救治疗效果。方法：收治2015-11至2018-1共104例脑出血患者。参照组：不实施院前急救治疗。研究组：实施院前急诊治疗。结果：研究组抢救有效率96.15%高于参照组的78.85% ($P < 0.05$)。研究组患者的神经功能缺损评分优于参照组 ($P < 0.05$)。研究组患者出现并发症发生率为3.85%低于参照组的17.31%。结论：脑出血患者实施院前急救治疗非常重要，降低致残率和死亡率，让患者心率、血压等各项指标保持在平稳范围值内，降低机体不适症状，从而获得患者和医师的高度认可与满意。

关键词：院前急救；脑出血；治疗

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 06-132-02

脑出血的临床特点就是疾病发展快，病情严重，极易对患者脑神经损伤，而且脑出血导致患者残疾的机率非常高。对脑出血患者及时进行治疗有着重要意义。而院前急救治疗措施可有效控制疾病的发展，提高预后效果[1]。所以，本文针对脑出血患者实施院前急救治疗，观察临床价值，具体报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收治2015-11至2018-1共104例脑出血患者，根据患者就诊先后顺序，将其划分为参照组和研究组，各组52例。

参照组：女性患者22例，男性患者30例，年龄49至74岁，平均年龄(55.76±1.98)岁；

研究组：女性患者23例，男性患者29例，年龄50至75岁，平均年龄(55.82±1.90)岁；两组患者在一般资料方面不存在明显差距，无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准与剔除标准

纳入标准：①确诊为脑出血患者；②患者或者家属自愿签订知情同意书。

剔除标准：①肿瘤；②血液传染性疾病；③精神系统疾病；④语言障碍；⑤中途退出者。

1.3 方法

参照组：不实施院前急救治疗。患者入院后，先将其口鼻内中的分泌物清理干净，让患者保持呼吸通畅，避免患者处于缺氧状态。等到患者疾病稳定后，实施检查检查，例如心电图、CT检查等，对出现血压升高的患者应用降压药，适当应用脑细胞保护剂。

研究组：实施院前急诊治疗。接到患者求救电话后，立刻安排经验丰富的工作医护人员，在救护车上和家属沟通，初步了解患者的发病情况，同时指导家属基本的抢救方法。当患者上救护车后，让其保持平卧姿势，及时将患者口鼻内的分泌物彻底清除，实施供氧治疗，确保患者通气正常，同时给予患者脑细胞保护剂，达到对脑神经保护的作用。告知患者和家属保持冷静，不必过于担心，积极配合医护人员的治疗。护理人员监测好患者的血压后，对血压升高患者应用降压药物，针对出现休克、昏迷患者可实施心肺复苏。询问家属患者的病史，服用药物等基本情况。护理人员及时和医院联系，做好院内准备工作，提前备好相关治疗器械和药物。

1.4 观察指标

对两组患者的治疗效果进行评价：显效：患者的心率、血压、呼吸频率在正常范围值内，临床不适症状明显改善；有效：者的心率、血压、呼吸频率接近正常范围值内，临床不适症状有所改善；无效：者的心率、血压、呼吸频率异常，临床不适症状无改善。总有效率为显效率和有效率之和。观察患者术后是否有不良症状发生。采用神经功能缺损评分，对患者进行评价。

1.5 统计学方法

计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用t检验计数资料以率表示，采用 χ^2 检验，采用SPSS 18.0统计软件进行数据分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者抢救有效率

研究组抢救有效率96.15%高于参照组的78.85%，两组进行比较，存在一定差距，有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表1

表1 对比两组患者抢救有效率 (n, %)

小组	例数	显效	有效	无效	总有效率
参照组	52	15 (28.84)	26 (50)	11 (21.15)	78.85
研究组	52	19 (36.54)	31 (59.62)	2 (3.85)	96.15
t		4.545	4.056	5.989	4.653
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者神经功能缺损评分情况

研究组患者的神经功能缺损评分优于参照组，两组进行比较，存在一定差距，有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表2

表2 对比两组患者神经功能缺损评分情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	神经功能缺损评分
参照组	52	20.45±3.42
研究组	52	32.98±2.98
t		4.434
P		<0.05

2.3 对比两组患者并发症发生率

研究组患者出现并发症发生率为3.85%低于参照组的17.31%，两组进行比较，存在一定差距，有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表3

表3 对比两组患者并发症发生率 (n, %)

小组	例数	消化道出血	坠积性肺炎	中枢性高热	总发生率
参照组	52	5 (9.62)	2 (3.85)	2 (3.85)	17.31
研究组	52	1 (1.92)	1 (1.92)	0 (0)	3.85
t		4.434	4.053	4.045	4.534
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

脑出血是由于脑内血管出现破裂而引发出血情况，而导致脑出血的主要因素有高血压、糖尿病、高血脂等[2]。脑出血属于急性病，有着较高的死亡率和致残率，若不及时开展治疗，会对神经功能产生损伤，尽早对脑神经采取保持措施有着重要意义。脑出血一般会伴随缺氧的情况，从而加重对脑神经损伤。实施院前急救可及时将患者口鼻内的分泌物清除，实施吸氧治疗，改善患者缺氧的情况，进一步降低对脑神经的损伤[3]。急救车上及时对患者的病史、基本病情以及服用药物等情况进行了解，有利于排除过敏情况。针对高血压患者建

(下转第134页)



•临床研究•

及负压吸痰等尽管可以令呼吸道湿化,但是无法精准定位,同时无法有效清除气道深部的分泌物[3]。纤维支气管镜应用在重症肺炎患者的临床治疗中则可以弥补传统疗法的劣势,该疗法能够避免损失气道,并且不需要将气管打开,直视下操作,管套以鼻子或者口腔为入口,沿气道逐渐深入,再加上管套直径较小、采光及弯曲度均较好,视觉清晰开阔,为此,可以精准找出分泌物位置[4]。此外,若患者痰液过于粘稠时,该疗法还能够使用小剂量生理盐水反复冲洗、稀释,有助于彻底排除痰液,避免气道受堵,并对疾病发展进行控制[5]。本研究结果中,观察组总有效率 98%明显高于对照组的 70%,差异有统计学意义 ($p<0.05$);观察组治疗后的 PaO₂、PaCO₂、SpO₂ 均明显优于对照组,差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

综上所述,重症肺炎患者应用纤维支气管镜吸痰进行治疗,可对

患者的临床症状起到改善作用,临床效果明显,值得临床应用。

参考文献:

- [1]张莎莎.中西医结合治疗重症肺炎[J].中华中医药学刊,2016,32(19):2302-2304.
- [2]陈大平.经纤维支气管镜吸痰联合肺泡灌洗在重症肺部感染治疗中的临床作用[J].中华医院感染学杂志,2016,16(21):3355-3356.
- [3]关国宏.经纤维支气管镜吸痰联合肺泡灌洗术治疗重症肺炎的应用分析[J].当代医学,2014,20(11):2221-2223.
- [4]赵永涛.纤维支气管镜吸痰治疗重症肺炎临床分析[J].大家健康,2015,17(27):1104-1105.
- [5]刘冬明,方江春.支气管肺泡灌洗治疗迁延性局限性支气管肺炎临床分析[J].实用临床医学,2016,22(12):1161-1162.

(上接第130页)

服用阿托伐他汀最多的不良反应就是骨骼肌肉系统,发生率为 48.78%,其次为免疫系统,发生率为 25.61%,消化系统发生率为 15.85%,血液系统疾病发生率为 9.76%。其中骨骼肌肉系统不良反应为肌炎、有机病症、横纹肌溶解、肌肉疼痛等。所以,加强对阿托伐他汀用药安全性的监测非常重要。当出现横纹肌溶解时,立刻停止阿托伐他汀药物治疗,针对出现急性肾功能衰竭的患者应用血液透析开展治疗。针对多种药物联合应用诱发肌肉疼痛等情况,一定在药物的配伍方面进行分析,从而降低对机体骨骼肌肉系统的损伤。消化系统出现不良反应主要表现为肝肿大、肝转氨酶升高、胆红素升高等。一般发生率最高的药物性肝炎与肝损伤。对患者实施治疗前,对检测患者肝功能情况,同时在治疗时也要定期检测,若出现转氨酶升高的情况,减少药物剂量或者停止用药。一般患者出现腹泻机率不高,若出现可停止药物即可改善腹泻情况。免疫系统反应就是患者出现皮肤瘙痒、皮疹等情况。若出现可根据疾病严重程度进行治疗,对较轻者可采取相对治疗,改善皮肤瘙痒情况,若治疗无效可停止阿托伐他汀药物治疗。阿托伐他汀导致血液系统出现不良反应的主要为血小板减少性紫癜,对此类患者进行分析和研究可发现,在治疗过程中还应有华法林,因为阿托伐他汀对华法林的代谢会产生抑制作用,从而诱发

血小板减少性紫癜[5]。所以,当阿托伐他汀和香豆素类抗凝血药物联合应用过程中,一定要合理安排药物剂量,加强对血小板和凝血酶原时间的监测,控制出血的情况发生。

综上所述:阿托伐他汀不良反应多发生在中老年患者中,主要不良反应为骨骼肌肉系统、免疫系统、消化系统以及血液系统。所以,应用阿托伐他汀过程中,一定要根据患者的年龄、其他药物情况进行分析和调整剂量,从而降低不良反应的发生,确保患者用药安全。

参考文献

- [1]孙炎.不同剂量阿托伐他汀在冠心病治疗中不良反应的临床研究.中国现代药物应用,2015,9(16):116-117.
- [2]魏丽红,郑献召.阿托伐他汀促卡马西平致皮肤不良反应的临床分析.中国现代药物应用,2014,8(11):151.
- [3]宋强.不同剂量阿托伐他汀临床应用不良反应的观察分析.中国实用医药,2014,9(22):165-166.
- [4]刘冬雪,封宇飞.48例阿托伐他汀不良反应文献分析.药物流行病学杂志,2015,24(9):562-565.
- [5]李京倡.不同剂量阿托伐他汀在冠心病治疗中不良反应的临床分析.中国农村卫生,2014,(21):227-228.

(上接第132页)

立静脉通道进行降压治疗,稳控患者的血压非常重要。因为高血压患者出现脑出血的主要原因就是颅内压高和脑疝,将血压控制在标准范围值内,有助于提升治疗效果和患者生存率[4]。对患者进行搬运过程中,一定要谨慎,不可蛮力搬运,保持快速、平稳的速度进行操作。由于脑出血患者的疾病严重而且病情危急,快速搬运可为患者赢得更多抢救时间,确保治疗成功率。平稳的搬运不会加重患者疾病。因此,院前急救中,平稳、快速搬运患者,对患者预后效果有着重要意义[5]。

此次研究中:实施院前急救抢救有效率 96.15%高于未实施院前急救抢救参照组的 78.85%,实施院前急救患者的神经功能缺损评分优于未实施院前急救,实施院前急救抢救患者出现并发症发生率为 3.85%低于未实施院前急救的 17.31%,这更加表明了及早对脑出血患者进行治疗的重要性,不仅可减少神经功能损伤,还提高抢救成功率,改善患者临床不适症状提高生存率,降低并发症的发生,提高预后效果,

这对患者的心理和生理都有着重要意义。

综上所述:脑出血患者实施院前急救治疗非常重要,降低致死率和死亡率,让患者心率、血压等各项指标保持在平稳范围值内,降低机体不适症状,从而获得患者和医师的高度认可与满意。

参考文献

- [1]刘志萍,朱叶春.改良院前急救护理提高脑出血手术患者临床救治效果分析[J].中国现代药物应用,2015,13(6):234-235.
- [2]肖仲琼,王修文.院前急救措施对脑出血患者预后的影响观察[J].现代医药卫生,2015,26(8):1199-1200.
- [3]唐美莲,孙佳艺,王薇,等.中国住院卒中患者院前危险因素水平及院前治疗控制现状[J].中华内科杂志,2015,54(12):995-1000.
- [4]王书平,赵翠梅,付卫丽,等.院前急救护理对高血压脑出血预后的影响[J].中国实用医药,2013,8(20):233-235.
- [5]马艳华,纪侠.院前急救与院内急救模式对脑出血患者预后的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2016,(2):16-18.