



神经内科昏迷患者临床诊断及治疗体会

徐 正

(桃源县人民医院神经内科 湖南桃源 415700)

摘要:目的:探讨神经内科昏迷患者临床诊断及治疗体会。方法:选取本院68例新生儿科神经内科昏迷患者。对患者进行回顾性分析,探讨其昏迷主要因素。结果:对68例神经内科昏迷患者的病因进行统计,主要原因为糖尿病,其次为脑血管疾病和中毒。各个发病因素之间存在较大差距($P < 0.05$)。68例患者中,抢救成功62例,成功率为91.18%,死亡6例,死亡率为8.82%,其中死亡疾病为脑血管疾病2例,糖尿病3例,中毒1例。患者抢救后的血氧饱和度、呼吸频率、二氧化碳分压、动脉血氧分压指标优于抢救前($P < 0.05$)。结论:神经内科昏迷患者病情比较严重,为提高抢救成功率,一定要制定合理的抢救方案,安排护理人员开展相对应护理,将患者机体异常情况及时通知医师处理,确保抢救后患者康复效果。

关键词:昏迷患者;神经内科;临床诊断及治疗体会

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-439-02

昏迷是患者丧失运动能力、意识以及觉醒状态等意识障碍,即使对患者产生强烈的疼痛也无法将其唤醒。在临床中,神经内科昏迷患者较多而且病情比较严重,而且受到疾病的影响,患者会出现不同程度的感染。在神经内科治疗过程中,昏迷属于急症,当患者处于昏迷的时候无法得知其发病原因,从而增加了医疗人员的工作难度,还会延误患者的病情,预后效果不理想,神经内科昏迷患者的死亡率比较高[1]。因此,本文就针对神经内科昏迷患者进行回顾性分析,对患者的诊断方法和治疗体会进行总结,报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2016-5至2017-5共68例新生儿科神经内科昏迷患者。男病患31例,女病患37例,年龄21至72岁,平均年龄(57.45±1.26)岁。昏迷程度:轻度昏迷18例,中度昏迷43例,重度昏迷7例。

1.2 纳入标准

①均为神经内科昏迷患者;②无精神系统疾病;③无严重传染性疾病;④肝、肾功能正常;⑤无肿瘤;⑥患者自愿签订知情同意书。

1.3 方法

对患者的基本资料进行分析和统计,对患者实施抢救治疗时实施基础检查,例如血常规、尿常规、心电图、颅脑CT等。所有检查在确保精准度的基础上以最快时间完成,为临床抢救时间提供重要参考依据。此外,根据患者病情实施诊断后,对其进行全身的分诊治疗,检测患者的心率、血氧饱和度、血压的基本指标。根据情况开展相对应预防工作,若有必要可实施气管插管和机械通气治疗。

抢救工作需根据患者的病史、临床症状进行分析,针对休克患者,实施抢救应用活化的药物,从而调节机体的血流循环,达到扩充血容量的目的。对于药物中毒出现昏迷的患者,一定要彻底清洗胃部,根据具体情况应用特效解毒剂。对颅脑疾病出现昏迷患者进行脱水降颅压,对脑细胞进行保护。对颅内出血患者出现昏迷患者,应先转入脑外科实施急诊手术治疗。针对急性左心衰竭诱发心源性昏迷,在抢救过程中要实施强心、利尿以及扩血管治疗。对于糖尿病诱发代谢性疾病昏迷,抢救时一定要实施注射胰岛素,调整机体脱水情况,密切监视患者的血糖,以免出现低血糖情况,如果低血糖发生,可应用纳洛酮注射液进行治疗[2]。对由于肾性脑病诱发的昏迷,对其实施血液透析治疗,对于肝性脑病产生的昏迷,一定要先做好保肝护脑工作。

1.4 观察指标

对患者在治疗前、后的血氧饱和度、呼吸频率、动脉血氧分压、二氧化碳分压等指标情况。

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X²检验,采用SPSS 19.0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 神经内科昏迷患者主要发病原因

对68例神经内科昏迷患者的病因进行统计,主要原因为糖尿病,其次为脑血管疾病和中毒。各个发病因素之间存在较大差距,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1

表1 神经内科昏迷患者主要发病原因(n, %)

原因	例数	比例
脑血管疾病	24	35.29
脑出血	5	20.83
脑梗死	9	37.5
脑肿瘤	10	41.67
中毒	8	11.76
农药中毒	4	50
酒精中毒	4	50
糖尿病	36	52.94
酮酸症中毒	22	61.11
低血糖	14	20.59

2.2 抢救结果

68例患者中,抢救成功62例,成功率为91.18%,死亡6例,死亡率为8.82%,其中死亡疾病为脑血管疾病2例,糖尿病3例,中毒1例。

2.3 患者抢救前、后的指标变化

患者抢救后的血氧饱和度、呼吸频率、二氧化碳分压、动脉血氧分压指标优于抢救前,指标比较,存在较大差距,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2

表2 患者抢救前、后的指标变化($\bar{x} \pm s$)

小组	血氧饱和度	呼吸频率	二氧化碳分压	动脉血氧分压
抢救前	71.52±3.26	39.22±4.21	57.39±4.10	57.26±5.21
	99.56±2.52	21.59±4.13	86.52±3.26	33.56±4.12
抢救后	4.265	4.239	4.359	4.565
	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论



•综合医学•

机体处于昏迷状态,对外界的任何刺激均无反应,持续性意识丧失会导致机体各项机能丧失,属于一种严重的意识障碍。昏迷是因为大脑皮层、皮层下网状发生高度抑制而产生的[2]。昏迷患者的脑功能出现障碍,使其肢体、意识和觉醒状态均丧失,神经内科昏迷患者的死亡率高于其他疾病昏迷状态,同时也因患者昏迷,从而无法分析其昏迷原因和疾病状态,增加治疗难度。

神经内科昏迷患者的病情比较严重,受到疾病的影响,生理机构会出现不同程度障碍问题,而发生感染。对神经内科患者实施抢救,应考虑其机体情况,从而开展针对性治疗,在抢救过程中,多观察患者的生命体征情况,调节机体水电解质和营养支持,实施肠内营养支持方法提升患者的抢救成功率[3]。神经内科昏迷患者可分为轻度、中度和重度。一般重度昏迷患者多为中老年人,因为此类患者的机体免疫能力较差,抵抗能力薄弱。

昏迷患者的吞咽和咳嗽情况明显下降,实施鼻饲治疗时,可能会出现呛咳的情况,从而导致分泌物误吸气管中,增加肺部感染的情况。此外,对昏迷患者在治疗过程中,会留置尿管,实施气管插管等治疗,这均属于侵袭性操作,处理不当就会对粘膜产生破坏,提高机体发生感染的情况[4]。

为提高神经内科患者的抢救成功率,一定要根据患者基本情况、

病史进行综合分析,从而开展针对性治疗,在抢救过程中,对于出现抽搐的患者,可能因为呼吸暂停而导致缺氧,持续性缺氧状态会损伤脑组织。针对此类患者可应用氯硝安定、地西伴治疗,当患者不抽搐的世界应用苯妥英钠静脉注射治疗[4]。

综上所述:神经内科昏迷患者病情比较严重,为提高抢救成功率,一定要制定合理的抢救方案,安排护理人员开展相对应护理,将患者机体异常情况及时通知医师处理,确保抢救后患者康复效果。

参考文献

- [1] 秦晓云,张占普,冀长武,等.动态脑电图监测评估神经外科昏迷患者预后的临床价值[J].实用临床医药杂志,2017,21(1):109-110.
- [2] 张宏伟,朱晓波,赵俊娜,等.神经内科住院患者医院感染发病率及危险因素调查研究[J].社区医学杂志,2017,15(6):9-11.
- [3] 宋晶,张丽华,林容.神经外科昏迷患者78例高压氧治疗前后护理[J].福建医药杂志,2017,39(2):166-167.
- [4] 李新玲,曹兴建,朱易华,等.MNV与PCT在脑出血昏迷患者并发败血症中的诊断性能分析[J].标记免疫分析与临床,2015,22(11):1082-1085.
- [5] 黄中坚,李健.颅内静脉窦血栓形成后昏迷患者预后相关因素研究[J].中华神经医学杂志,2011,10(9):919-921.

(上接第429页)

察,筛选最适合的局部用药,需临床工作者继续探寻发现和研究。有效促进创面愈合也将是快速康复医学下一步需探讨研究的方向。

参考文献:

- [1] 胡丽平.术尔泰液应用于肛肠科术后患者促进创面愈合的临床观察[J].中国继续医学教育.2015,6(5):108-109
- [2] 梅荣,赵永余,孔晓叶等.参黄熏洗液熏洗对混合痔术后创面愈合的临床研究[J].环球中医药.2014,7(7):520-522
- [3] 许旭峰,谭玉斌.复方黄柏液坐浴治疗混合痔术后创面临床研究[J].亚太传统医药.2016,12(10):127-128
- [4] 龙梅.蒙药三黄洗剂对促进肛肠术后创面愈合的120例临床观察[J].中国民族医药杂志.2014,10:22
- [5] 尚永健,陈斌,山院飞.等.金玄痔科熏洗散治疗肛肠术后常见并发症的临床疗效观察[J].北京中医药.2011,30(7):528-529
- [6] 姬正春,石玉迎,郑丽华.湿润烧伤膏对环状混合痔术后伤口愈合影响的观察[J].中国临床医生杂志.2016,44(3):81-83
- [7] 艾尔哈提·胡赛音,赵亮.复方角菜酸酯栓对肛肠术后伤口的影响[J].医学信息:2015,28(4)
- [8] 郑兵.康复新液在63例肛肠术后创面修复中的应用[J].2012,9(2):154
- [9] 郭军,裴银辉.当白生肌膏对混合痔患者创面愈合的影响[J].陕西中医.2012,33(11):1512-1513
- [10] 丁晓红.去腐生新膏治疗混合痔术后创面愈合迟缓疗效观察[J].实用中医药杂志.2010,26(12):858-859
- [11] 师耿华.生肌玉红膏促进肛肠手术创面愈合疗效的临床分析

[J].医学信息.2015,28(17):339

- [12] 张林祥,吕其安,吴晓玲等.复方丹参注射液在肛门术后应用的临床研究[J].结直肠肛门外科.2012,18(1):22-24
 - [13] 任毅,马树梅,李远.黄芪颗粒对痔术后创面愈合的疗效观察[J].北京中医药.2011,30(1):12-13
 - [14] 刘世茹,陈敏,郝秀艳.等.加减三仁汤防治混合痔术后并发症的临床观察[J].实用医学临床杂志.2011,8(5):124-126
 - [15] 张伟先,柳玲,邢建波.加味秦艽苍术汤在混合痔患者内剥外扎术后的应用[J].山东医药.2013,53(40):68-70
 - [16] 赵志强,赵鹏,张英菊.围手术期清热利湿法对痔术后创面愈合的影响[J].河北中医.2013,35(1):46-47
 - [17] 李晶,孙平良,刘春强.地奥司明片合马应龙麝香痔疮膏在混合痔术后应用的临床观察[J].广西中医药.2011,34(4):25-26
 - [18] 李红艳,赵莲英,赵青.等.复方角菜酸酯软膏联合湿润烧伤膏纱条在混合痔术后患者中的应用[J].河北中医.2014,36(1):45-46
 - [19] 艾丽芳,安明伟,唐勇.等.热敏灸联合九华膏创面换药治疗混合痔外切内扎术后并发症的临床疗效观察[J].临床医学研究与实践,2016,1(13):108-109
 - [20] 赵刚,乔翠霞,王金娥.等.高压氧治疗对肛肠术后创面愈合的疗效观察[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2011,18(3):170-172
- 作者简介:聂英玲(1987-10-14),女,汉族,湖南省浏阳市,2013级硕士研究生,主治医师,湖南中医药大学附属第二医院肛肠科,中医肛肠方向