

无缝链接急救护理模式在重症热射病救治中的应用

魏 丹

射洪市中医院 629200

【摘要】目的 结合临床实践情况, 归纳总结出重症热射病有效的抢救方法。**方法** 按照奇偶法将 60 例重症热射病患者分为实验组与参照组, 参照组采取传统的抢救方式, 实验组采取无缝链接急救护理模式, 比较两组患者抢救效果。**结果** 抢救半小时后, 实验组体温明显低于参照组 ($P < 0.05$); 抢救 2h 后, 两组体温对比差异不明显, 且实验组低温降低到 38.5°C 所需时间低于参照组 ($P < 0.05$)。**结论** 对于重症热射病患者而言, 无缝链接急救护理模式能够促使患者在较短时间内迅速恢复体温, 且具有较好预后效果。

【关键词】 重症热射病; 无缝链接急救护理模式; 体温

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 10-072-02

热射病是夏季高温典型疾病之一, 长时间处于烈日下暴晒或高温环境中作业, 汗腺功能被严重破坏, 体温调节中枢功能出现故障, 水电解质紊乱, 导致人体代谢失去平衡, 从而出现热射病症状^[1]。重症热射病如果没有及时有效地治疗, 那么极易导致各器官出现衰竭, 死亡风险高。重症热射病病情十分危急, 需医务人员迅速抢救与护理。对此, 本研究选取特定对象, 将无缝链接急救护理模式与传统抢救模式进行对照分析, 以此来验证无缝链接急救护理模式的有效性, 现对其具体实施方法与效果, 做如下总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从 2019 年 1 月至 2021 年 12 月这段时间在我院急诊科接受治疗的重症热射病患者中筛选 60 例患者作为本研究对象, 以患者在我院就诊的先后顺序进行排序, 即 1 号开始, 60 号截止, 再按照号数的奇偶性进行分组, 将其中的奇数号作为实验组, 将偶数号作为参照组, 每组的病例数均为 30 例。实验组: 男患总例数为 16 例、女患总例数为 14 例, 年龄跨度为 20 岁至 59 岁, 平均年龄为 (37.84 ± 2.74) 岁; 参照组: 男患总例数为 17 例、女患总例数为 13 例, 年龄跨度为 19 岁至 60 岁, 平均年龄为 (36.18 ± 6.32) 岁。将实验组与参照组的基本资料逐项代入数据统计软件中进行统计分析, 分析结果显示 P 值高于 0.05, 可知存在较大的同质性, 观察指标可对比。

1.2 方法

参照组接受传统抢救方式, 护士积极配合医生开展各种急救活动, 密切监测病情, 且对患者进行降温处理、用药指导, 用心安抚患者的情绪。实验组接受无缝链接急救护理模式, 具体操作为:

(1) 组建重症热射病急救护理小组。由急诊科护士长、专科护士、抢救室护士、院前急救人员、EICU 医务人员构成。护士长积极同 120 指挥中心进行协调, 急诊急救专科技术按照《热射病规范化诊断与治疗专家共识(草案)》^[2] 对院前急救、抢救室、ICU 护士进行专题培训活动, 培训重点为热射病基础知识、识别方法、现场处理、院前急救、抢救室降温及抢救流程等。(2) 日常用物准备。夏季应提前准备好热射病专用急救箱, 如配备 2 瓶生理盐水、1 瓶酒精等。箱体选择使用具有保温性能的材料, 将其存放在冰箱中。同时, 准备 5 个冰袋、1 个冰帽, 并将其暂时保存在冷冻室, 需要时迅速将其放入到急救箱中。(3) 指导现场处理。院前急救人员接到电话后, 如果能够判断为热射病患者, 除了携带一些常规急救物品外, 还应携带专用急救箱, 并提前把救护车温度调节到 25°C 。赶往过程中, 迅速同现场人员取得联系, 指导其合理处置患者^[3]: ①立即改变高温高湿环境, 将其转移到阴凉、通风地带, 协助患者平卧, 将衣物去除; ②使用湿毛巾擦拭身体或喷洒

凉水, 扇风, 加快蒸发, 对流散热; ③对于清醒患者, 可慢慢地服用淡盐水或清凉饮料; ④在患者头部、腋下、腹沟处放置冰镇饮料或冰棍, 替代冰袋。(4) 院前急救。针对疑似重症热射病患者, 应迅速送到医院, 转运过程中可实施如下护理操作: ①对生命体征进行测量, 可选择使用格拉斯哥昏迷评分 (GtS) 对患者意识进行评估, 并如实记录; ②将冰袋放在颈部、双侧腋下和腹股沟处; ③开设静脉通路, 根据患者实际情况决定是否采集血标本, 静脉采血生理压水, 控制好滴注速度。④继续使用凉水或酒精对患者全身皮肤进行擦拭; ⑤积极同急诊科护士取得联系, 告知患者实际情况及抢救室所需准备工作。(5) 院内抢救室的护理: ①接到急救人员电话后, 抢救室护士迅速把室温降低到 $20-25^{\circ}\text{C}$, 相对湿度 $40\%-60\%$, 并开启电风扇, 加快对流散热。备好各种所需抢救物品, 抢救床上铺上降温毯^[4]; ②入室后, 迅速使用降温毯, 且把温度调整到 $18-20^{\circ}\text{C}$, 温度传感器调节到 38.5°C , 每隔半小时测量一次体温, 并将各时间点体温及神志情况进行如实记录。③留置胃管, 胃灌注或灌肠 200-500mL 的冰盐水; ④严格遵照医嘱使用冬眠合剂; ⑤维持呼吸道的顺畅, 预防出现误吸的情况。针对呼吸衰竭的患者, 迅速进行机械通气。⑥液体复苏管理: 选择晶体液, 控制好输注速度, 尿液充足的情形下, 第一个 24h 的输液重量能够达到 6-10L。⑦对血压、心率、呼吸频率、血氧饱和度等进行动态监测; ⑧做好血液净化的准备, 并积极配合医生。(6) 转运至病区或 ICU 的护理: ①及时通知 ICU 准备好床单元; ②基于患者病情决定是否安排医护人员进行护送, 并酌情佩戴急救箱、吸痰器、除颤监护仪等急救设备。③认真地同 ICU 医务人员交接。

1.3 观察指标

对两组降温效果进行评价, 测量救治后 30min、2h 的体温情况。

1.4 统计学分析

针对研究过程中产生的大量数据, 本研究选择使用 SPSS21.0 统计学软件, 其中采取 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式统计计量资料, 并通过 t 进行检验; 以 $[n(\%)]$ 的方式表示计数质量, 并接受 χ^2 检验。另外, 若 $P < 0.05$ 则表明两组数据具有差异性。

2 结果

2.1 对比两组患者的降温效果

救治 30min 后, 实验组患者平均体温为 $(38.78 \pm 0.56)^{\circ}\text{C}$, 参照组为 $(39.51 \pm 0.57)^{\circ}\text{C}$ 。两组数据对比, 实验组明显低于参照组 ($t=6.254, P < 0.05$)。

2.2 对比两组患者体温降至 38.5°C 的所用时间

实验组患者体温降至 38.5°C 所用的时间 (1.02 ± 0.26) h, 参照组为 (1.85 ± 0.52) h。两组数据对比, 实验组明显低于参照

(下转第 123 页)

20%,这也进一步证实了黄芪注射液对脑梗死治疗的效果^[11-12]。

2.7 肝炎

黄芪注射液能够抑制肝糖原的减少,进而起到肝脏保护作用,其与丹参注射液、拉米夫定联合用于代偿期慢性乙型肝炎肝硬化的治疗,有效性和安全性都相对较高。有研究人员对60例肝炎患者的病例资料进行了回顾分析,结果证实,更昔洛韦+黄芪注射液联合治疗后,患者整体有效率能够达到81.3%,而更昔洛韦单药治疗的对照组,其有效率仅为57%,差异对比明显($P<0.05$)^[13-14],由此可见,在常规治疗的基础上给予黄芪注射液,能够获得更好的效果。

2.8 癌症

黄芪注射液能够有效降低癌症患者化疗不良反应的风险,改善其生活质量,提升机体抵抗力和免疫力,保证放化疗的顺利推进。有研究人员对280例癌症患者的病例资料进行了论述分析,结果证实,放化疗+黄芪注射液治疗的有效率为81.1%,明显高于单纯放化疗组患者的73.9%,差异明显($P<0.05$)^[15-16]。

3 黄芪注射液治疗的不良反应

有研究人员对1994年至2005年间,由黄芪注射剂治疗所导致的不良反应资料进行筛选分析,结果证实,共有30例患者为黄芪注射液治疗所致变态反应,11例患者为黄芪注射液治疗所致低毒性感染、皮肤染绿、肝肾损害、头痛^[17-18]。另有研究人员对1994年至2003年期间的46例黄芪注射液相关不良反应文献进行了回顾分析,共计报道了51例不良反应病例,其中80.39%的患者为黄芪注射液治疗所致变态反应,其中,发生率最高的表现为皮肤黏膜损害^[19-20]。

4 总结

综上所述,黄芪注射液在恶性肿瘤、肾病综合征、慢性胰腺炎、脑损伤、心肌炎和肝炎、冠心病、心绞痛等多种疾病的临床治疗中都表现出了较高的应用价值,其主要作用机制在于抗氧自由基、改善血液流变学和血流动力学等指标,然而,当前临床上对于黄芪注射液的研究仍然较少,其对于心肌细胞内钙超载影响研究已经获得了一定的效果,后续需要对其中医药理论和现代医学技术的结合作用更加深入的研究,从分子水平和细胞水平的角度,对其防治心血管疾病的作用机制进行深入的研究,从而为临床治疗提供可靠参考。

参考文献

- [1] 刘莉莉,王国良.黄芪多糖对慢性心力衰竭大鼠心肌细胞能量代谢的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(3):420-421.
- [2] 王博群,何燕,黄慧娟,等.腹主动脉缩窄术不同结扎位置致慢性心力衰竭大鼠模型比较[J].广西医科大学学报,2019,36(2):174-178.
- [3] 程燕,陈志明,李莉,等.黄芪多糖对脓毒症大鼠心脏功能及

炎症因子水平的影响[J].浙江中医药大学学报,2018,42(5):354-359.

[4] 陈彦,郑佳.黄芪及黄芪组分通过调节心肌细胞能量代谢治疗慢性心力衰竭的机制探讨[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(10):1488-1490.

[5] 景国际,刘大伟,李敏静,等.平谷地区慢性心力衰竭流行病学调查研究及治疗对策分析[J].中国地方病防治杂志,2016,31(6):652-653.

[6] 张全慧.大剂量黄芪注射液治疗病毒性心肌炎46例疗效观察[J].中国民族民间医药,2010,19(10):52.

[7] 朱标标,刘金灵,郭榕喜.黄芪注射液联合盐酸多巴胺注射液治疗肺心病合并充血性心力衰竭的效果及安全性[J].当代医药论坛,2021,19(1):51-52.

[8] 郭强,张炳太,李茂岚,等.黄芪注射液对慢性胰腺炎的治疗作用[J].中国现代医生,2010,48(3):78.

[9] 陈琳.黄芪注射液治疗小儿病毒性心肌炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2010,19(5):45-46.

[10] 熊永珍.黄芪注射液佐治毛细支气管炎合并心力衰竭的疗效观察[J].医学信息(下旬刊),2010,23(5):53.

[11] 肖红刚.黄芪注射液联合西药治疗顽固性心衰的临床价值[J].黑龙江医药,2019,32(3):565-567.

[12] 刘文,郑洋,徐芳.黄芪注射液联合西药治疗小儿肺炎合并心力衰竭的疗效评价及护理体会[J].中国中医药现代远程教育,2019,6(15):132.

[13] 颜鹏飞.中西医结合治疗小儿巨细胞病毒性肝炎60例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(21):46.

[14] 何佳伟.黄芪注射液治疗急性颅脑损伤致颅内血肿的CT疗效评估[J].中医药导报,2010,16(7):12.

[15] 刘盛军,林维进,屠德敬,等.丹参注射液与黄芪注射液联合拉米夫定治疗代偿期慢性乙型肝炎肝硬化临床观察[J].中国中医急症,2010,19(6):71.

[16] 宣学军.黄芪注射液治疗慢性充血性心力衰竭疗效观察[J].中国社区医师,2010,12(4):560.

[17] 张楠,李铁军,李鲲鹏,等. β 受体阻滞剂卡维地洛、美托洛尔对心力衰竭大鼠体液因子及ANP、TNF- α 、IL-6、NE的影响[J].中国老年学杂志,2018,38(24):6072-6074.

[18] 庞亚萍.黄芪注射液配合放、化疗治疗恶性肿瘤的临床观察[J].中国当代医药,2010,17(29):12.

[19] 吴广胜.阿魏酸钠联合黄芪注射液治疗糖尿病周围神经病变36例[J].临床医学,2010,30(8):21.

[20] 李永峰,韩勇,郭勇力,等.黄芪注射液对2种力竭运动大鼠血清肌酸激酶及其同工酶活性的影响[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(6):39.

广泛推广。

参考文献

- [1] 金燕.院前院内无缝隙急救护理模式在热射病患者急诊救治中的应用[J].中国当代医药,2022,29(06):186-188.
- [2] 吴裘珏.早期联合降温成功救治劳力型热射病1例的抢救护理[J].中国乡村医药,2021,28(19):39-40.
- [3] 柏愚,刘栋,毕宏达,邵卓,夏阳,唐春霞,王春,全知恣,许硕贵.某岛礁医院成功抢救重症热射病患者的经验与思考[J].海军医学杂志,2021,42(03):292-293+333.
- [4] 王娇,张玉想.军事训练中劳力性热射病批量伤患者的救治体会[J].中华危重病急救医学,2020,32(12):1522-1525.

(上接第72页)

组($t=7.254$, $P<0.05$)。

3 讨论

对于重症热射病患者而言,及时救治尤为关键。无缝衔接急救护理模式在这一抢救流程中发挥着不可替代的作用。因各医护人员之间密切配合,可高效、有序地开展救治工作,团结协作能力强,也彰显了医院专业的护理水平,患者获得优质的护理,生命健康得以有效保障。本研究结果表明,抢救半小时后,实验组体温明显低于对照组($P<0.05$);抢救2h后,两组体温对比差异不明显,且实验组低温降低到38.5℃所需时间低于对照组($P<0.05$),这充分证实了无缝衔接急救护理模式的有效性,值得