

急性缺血性脑卒中患者发病至急诊科时间间隔的影响因素研究

李 攀

岳池县人民医院 638300

【摘要】目的 分析急性缺血性脑卒中发病到进入急诊科的时间间隔影响因素。方法 选取本院急诊科接诊的急性缺血性脑卒中患者作为观察对象，根据发病到入院时间分组，发病到入院 3h 以内的为 A 组，发病到入院 3h 以后的患者进入 B 组，观察不同患者的神经功能及并发症、时间间隔因素。结果 A 组患者的并发症发生率比对照组低， $p<0.05$ ；A 组患者的 NIHSS 评分为（16.87±3.54）分；B 组患者的 NIHSS 评分为（24.24±2.36）分，B 组评分比 A 组高，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）。影响患者发病到进入急诊科的主要因素是糖尿病、心房颤动、送到急诊科的路径、送至急诊科的 NIHSS 评分及精神状态改变。结论 急性缺血性脑卒中患者在 3h 以内进入急诊科可促进溶栓，改善神经功能，为此，尽早将患者送入医院治疗至关重要。

【关键词】急性缺血性脑卒中；急诊科；时间间隔；神经功能

【中图分类号】R743.3

【文献标识码】A

【文章编号】1002-3763 (2023) 05-036-02

急性缺血性脑卒中是脑部循环功能障碍诱发的病症，每年新发患者数量在 1500 万，死亡人数在三分之一左右，抢救后的患者残疾率较高，该疾病对群众的健康产生了巨大的威胁。静脉溶栓作为常规治疗方法，但该治疗方法多针对入院时间短的患者，部分患者受到环境或者其他并发症等因素影响而延迟入院，导致并未及时治疗^[1]。为此，应针对影响患者进入医院的因素展开分析，明确提升患者早期入院的方法，减轻疾病治疗期间的不确定性，并及时挽救患者的生命安全和改善其神经功能。本研究将我院接诊的急性缺血性脑卒中患者作为观察对象，分析不同入院时间的患者病情及影响其早期入院的因素，为该疾病缩短入院时间提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月-2023 年 2 月本院接诊的急性缺血性脑卒中患者展开研究，200 例患者据入院时间分组，其中，发病 3h 以内入院的患者进入 A 组，发病 3h 以后入院的患者进入 B 组。所纳入的患者均符合急性缺血性脑卒中病情标准，将脑出血及短暂性脑缺血、静脉血栓等患者排除。

1.2 方法

收集所有患者的病情资料，包括年龄、性别及发病地点、并发症等，并统计患者发病到入院的间隔时间。遵循 AHA 指南，将患者分为不同的体征：①手臂、面部及下肢无力；②口齿不清晰；③手臂、腿部及面部麻木；④头晕、平衡协调异常；⑤视觉异常；⑥精神症状改变；⑦头痛。针对溶栓治疗的患者，发病到溶栓间隔时间定义为时间间隔。调查不同分组患者的并发症情况及 NIHSS 评分（共计 42 分，分值高代表患者的神经功能差）

1.3 统计学处理

以 spss22.0 对数据进行统计处理，计量资料标准差通过表示，t 值检验，计数资料以率 % 表示， χ^2 检验，多因素分析

通过 Logistic 分析，探究发病到入院的影响因素， $p<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的一般资料

A 组：男女分别为 58 例、42 例，年龄在 54-73 岁，平均年龄（65.43±3.22）岁。B 组：男女分别为 59 例、41 例，年龄在 52-74 岁，平均年龄（65.87±3.45）岁。发病地点中，123 例在家中发病，发病率为 51.5%，工作地点发病 54 例，发病率为 27%，其他地点发病为 23 例，发病率 11.5%。

2.2 两组患者的并发症

A 组患者的并发症发生率比对照组低，见表 1。

表 1：两组患者的并发症发生率对比（n，%）

分组	n	吞咽 功能障碍	肢体 功能障碍	语言 功能障碍	发生率
A 组	100	4 (4.00)	18 (18.00)	5 (5.00)	28 (28.00)
B 组	100	10 (10.00)	25 (25.00)	18 (18.00)	53 (53.00)
χ^2					12.054
P					0.001

2.2 组间 NIHSS 评分对比

A 组患者的 NIHSS 评分为（16.87±3.54）分；B 组患者的 NIHSS 评分为（24.24±2.36）分，B 组评分比 A 组高，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

2.3 多因素分析

选取发病到急诊科时间间隔的影响因素，包括年龄、性别、糖尿病、高血压、心房颤动、发病地点、送至入院的路径、送至急诊科的 NIHSS 评分及精神状态改变，经多因素分析后，影响患者发病到进入急诊科的主要因素是糖尿病、心房颤动、送到急诊科的路径、送至急诊科的 NIHSS 评分及精神状态改变，见表 3。

表 3：多因素分析

变量	β	Wald χ^2	OR	95%CI	P
糖尿病	-0.521	9.951	0.61	(0.43, 0.84)	0.004
心房颤动	0.525	9.687	1.75	(1.19, 2.54)	0.004
送到急诊科的路径	1.305	10.275	3.65	(2.55, 5.23)	0.001
送至急诊科的 NIHSS 评分	-0.032	8.564	0.97	(0.95, 1.00)	0.048
精神状态改变	0.558	9.485	1.75	(1.11, 2.85)	0.019

3 讨论

急性缺血性脑卒中早期入院治疗对改善病情具有重要的意

义，有研究中指出^[2]，成人早期入院治疗将大幅降低患者的
(下转第 39 页)

不平等症状只会对患者造成一定的吞咽阻挡或吞咽困难,患者很难重视及时就诊,往往错过最佳药物保守治疗时机。手术切除是治疗甲状腺后期疾病的最佳选择,但由于甲状腺的特殊解剖结构,其紧邻气管和食管,而后方为迷走神经和甲状旁腺,同时本身又具有丰富的血管和神经,在后期发展过程中受肿瘤组织影响发生肿大的甲状腺对周围声带、食管等结构也会产生一定的影响,致使手术切除难度加大,稍有不慎则会造成大出血或邻近重要器官的严重损伤^[3],在临床外科手术切除治疗中,甲状腺全切除术、次全切除术以及部分切除术在治疗甲状腺癌方面并没有明确的手术标准,就病灶切除的范围医学上一直存在较大的争议。

甲状腺全切术作为治疗甲状腺癌的主要手术措施之一,具有完全清除癌组织的优势特征,临床效果显著,癌症复发率以及转移率较低,但是患者在术后可能会损伤喉返神经和甲状旁腺,引起声音嘶哑、呼吸困难、低钙血症等并发症,严重者甚至窒息死^[4]。不过,手术医师如果解剖技术精确,医护人员具有精湛的手术操作技能以及丰富的护理实践经验时,借助精密的手术仪器,可预防或避免甲状腺全切术的并发症。本研究中,观察组手术治疗时间、术中出血量均显著

少于对照组($P < 0.05$),这是因为,在行甲状腺全切除术时,由于颈白线、颈阔肌同气管之间无血管,甲状腺可充分暴露,有利于提升手术视野清晰度,有效减少侧腺部分的手术操作,从而有效缩短了手术治疗时间、减少术中出血量。随访 1 年,观察组无复发或转移,对照组复发或转移 3 例(5.0%),说明,甲状腺全切除术能有效清除病灶避免手术复发,但是观察组患者术后喉返神经功能受损情况以及甲状旁腺受损情况均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),因此对于甲状腺癌的手术治疗应结合患者实际情况,选择行甲状腺全切术或近全切术。

参考文献

- [1] 周伟. 甲状腺癌患者行甲状腺全切术或近全切术的疗效观察[J]. 医药, 2022(2):132.
- [2] 刁兴隆, 刘丹. 50 例甲状腺癌行甲状腺全切手术临床安全性分析[J]. 中外医学研究, 2022, 02(05):1204-1206.
- [3] 古仲相, 霍红军, 张永红. 甲状腺癌患者行甲状腺全切术或近全切术的对比研究[J]. 中国医药科学, 2021, 6(4):136-138.
- [4] 刘国权. 甲状腺癌行甲状腺全切手术的临床安全性探究[J]. 中国医药指南, 2021, 01(20):464-466.

(上接第 36 页)

并发症发生率,改善患者的神经功能,针对 120 送到急诊科的患者,越早送入科室,患者溶栓治疗的概率高,并促进患者预后神经功能修复。自本研究结果上看,发病 3h 以内的患者进入急诊科治疗,并发症发生率低,且神经缺损功能改善效果好,探究影响患者入院间隔的因素中,基础性疾病、送入路径及入院时的 NIHSS 评分、精神状态改变是影响进入科室的重要因素^[3]。为此,在脑卒中患者发病后,120 应尽快进入患者所在区域,并及时与患者或者家属沟通,明确患者的基础性疾病,在 120 抢救时,稳定患者的血糖功能,或者改善患者的心率水平,尽量缩减患者入院前的延迟,当患者疑似脑卒中时,应第一时间拨打 120 急救电话,随后将患者转运到最近的医院,急诊科医生则及时分析患者是否适合溶栓

治疗,通过多种措施,缩减患者的治疗时间,降低患者在院治疗期间的死亡率及残疾率。自总体上看,本研究中明确了不同时间入院患者的预后情况及分析了影响入院的间隔因素,未来应消除影响因素,提升患者的早期就诊率。

参考文献

- [1] 梁淑云, 许雪华, 黄燕冰. 急性缺血性脑卒中患者吞咽障碍发病危险因素及预后分析[J]. 临床护理杂志, 2022, 21(01):35-37.
- [2] 冯新春, 高磊. 急性缺血性脑卒中患者发病至急诊科时间间隔的影响因素观察[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(10):1704-1706.
- [3] 肖华, 姬颖华. 影响急性缺血性脑卒中发病的相关危险因素分析[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52(08):908-910.

(上接第 37 页)

内的宫颈癌发病例数逐渐增加,并逐渐趋于年轻化^[4],对广大女性人群的身体生命健康造成了严重的威胁。宫颈癌的发病机制目前依旧没有明确,相关学者认为主要和性交、遗传、周围环境、早育与日常生活方式等因素有关。

随着近年来医疗技术水平的逐渐发展和进步,宫颈癌患者的生存率逐渐提高,明显提高了该疾病患者的生存质量。目前,临床上主要采用子宫根治切除术和宫颈锥形切除术治疗宫颈癌,按照患者的病情程度选取恰当的手术方案进行治疗,其中子宫根治切除术适用于部分年龄较大者,其有助于减少患者的术后复发,但该术式会使患者失去生育功能,且易损伤盆地结构,降低卵巢功能,降低患者的性欲,引发排便困难、盆底功能障碍;而宫颈锥形切除术则适用于部分年纪较轻,且具有生育功能保留需求的患者,同时还能够有效降低患者的并发症发生风险^[5-6]。

本研究可见,治疗组的手术出血量明显少于参考组,手术操作时间、切口愈合时间及住院天数较参考组明显较短($P < 0.05$)。治疗组术后的总有效率较参考组较高,并发症发生率明显更低($P < 0.05$)。由此可见,宫颈癌患者施行宫

颈锥形切除术方案治疗疗效显著,并发症少,术后恢复快,值得在临床上广泛推广。

参考文献

- [1] 刘慧强. 我国宫颈癌流行病学特征和高危因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2021, 31(6):1258-1260.
- [2] 谢家滨, 陈光元, 李日红等. 不同手术方式治疗早期宫颈癌的临床疗效比较[J]. 海南医学, 2020, 27(9):1505-1507.
- [3] 陈红晓, 曲芃芃, 周书云, 等. 宫颈锥切术、全子宫切除术治疗 I A1 期宫颈癌远期预后比较[J]. 山东医药, 2021, 51(6):36-37.
- [4] 赵佳佳, 王武亮, 王晨阳等. 腹腔镜广泛宫旁切除术治疗意外发现宫颈癌[J]. 中国微创外科杂志, 2022, 16(4):329-332.
- [5] 何红芬. 宫颈锥切术治疗 Ia I 期宫颈癌患者术后病灶残余状况及其危险因素[J]. 昆明医科大学学报, 2021, 36(11):140-142.
- [6] 曲泽霞. 宫颈锥切术、全子宫切除术治疗 I A1 期宫颈癌的对比分析[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2021, 22(9):3097-3098.