

急性缺血性脑卒中患者院前急救的效果分析

巴俊松

宁夏机场有限公司卫生所 750000

〔摘要〕目的：探讨急性缺血性脑卒中患者院前急救的效果。方法：收集 2022 年 4 月至 2024 年 4 月期间接收的 60 例急性缺血性脑卒中患者案例，随机分为常规组与改良组各 30 例，常规组运用常规治疗，改良组运用绿色通道急救处理，分析不同处理后患者救治速度与并发症情况差异。结果：改良组在急救前评估时间、呼救至治疗时间、医院反应时间等速度上，各项明显少于常规组 ($p < 0.05$)；改良组在并发症发生率上明显高于常规组 ($p < 0.05$)。结论：急性缺血性脑卒中患者院前急救中开展绿色通道急救处理，可以提升救治效率，同时减少救治后不良并发症，整体救治效果更好。

〔关键词〕急性缺血性脑卒中；院前急救；效果

〔中图分类号〕R743 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2024) 08-005-02

急性缺血性脑卒中的院前急救工作在现代医学体系中已经取得了较大进展，但仍存在一定的挑战。目前，急救团队普遍能够快速响应并实施基础评估和处理。然而，由于地域和医疗资源分配的不均衡，部分地区仍存在院前急救能力不足、设备不完善的问题。此外，院前患者识别和快速转运机制有待进一步优化。本文采集 60 例急性缺血性脑卒中患者案例，分析运用院前急救治疗后的效果，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2022 年 4 月至 2024 年 4 月期间接收的 60 例急性缺血性脑卒中患者案例，随机分为常规组与改良组各 30 例。常规组中，男：女=18：12；年龄从 41 岁至 68 岁，平均 (54.82 ± 4.71) 岁；改良组中，男：女=17：13；年龄从 42 岁至 67 岁，平均 (55.12 ± 3.98) 岁；两组患者在基本年龄、性别与病情有关信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

常规组运用常规治疗，改良组运用绿色通道急救处理，具体如下：

在确认患者出现疑似急性缺血性脑卒中症状时，首先通过一系列快速问诊和简单评估，如确认一侧肢体无力、语言障碍或面部不对称等症状，确认患者状况符合脑卒中特征。接着，立即启动卒中急救绿色通道，迅速联系急救中心和接诊医院，并简要通报患者的初步症状、突发时间、既往病史及其他重要信息，以确保医院能提前做好接诊准备。

救护车到达后，急救人员应迅速但平稳地将患者转移至救护车内，并进行必要的生命体征检查，包括血压、心率、呼吸和血氧饱和度的监测。同时，尽量确保患者保持平躺并头部略微抬高的姿势，中性舒适位，避免搬运过程中导致的二次损伤。在转运的过程中，根据患者的症状情况，急救人员可视情况补充氧气，以维持脑组织的供氧。

如条件允许，应在救护车上进行指尖血糖测定，以排除低血糖等其他可能的原因。若患者出现高血压情况，需在急救车上初步处理，以保证血流动力学的稳定，为即将进行的治疗打下基础。实时监控患者的意识状态，若出现任何变化，需立即记录并随时向医院汇报，通过远程医疗指导进行必要的应对。

在前往医院途中，急救人员需与接诊医院保持不间断的

沟通，提供实时的病情更新，并协商到院后直接送入 CT 或者 MRI 影像室，尽量减少门诊急诊环节中的时间浪费。根据目标医院的反馈和指令，准备好可能需要的备血资料或者急救药物，确保整个流程顺畅连接。

到达医院后，绿色通道应无缝衔接至院内快速评估及处理。进一步详细的影像学检查结果出炉后，如果确诊为急性缺血性脑卒中，将患者迅速转入急诊溶栓室或介入室，立即实施溶栓治疗。此时，急救人员需协助院内医护人员完成患者安全移交，并提供详细的急救记录和信息确保治疗连贯。

1.3 评估观察

分析不同处理后患者救治速度与并发症情况差异。救治速度主要集中在急救前评估时间、呼救至治疗时间、医院反应时间等速度。恢复情况主要观察并发症情况，主要集中在高热、肺部感染、直肠功能障碍、肝肾功能障碍等。

1.4 统计学分析

spss22.0 分析，计数 $n(\%)$ 表示，卡方检验，计量 ($\bar{x} \pm s$) 表示， t 检验， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 患者并发症发生率情况

见表 1 所示，改良组在并发症发生率上明显高于常规组 ($p < 0.05$)。

表 1 患者并发症发生率评估结果 [n(%)]

分组	n	高热	肺部感染	直肠功能障碍	肝肾功能障碍
改良组	30	6 (20.00)	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)
常规组	30	12 (40.00)	3 (10.00)	5 (16.67)	3 (10.00)

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 各组患者救治恢复速度情况

见表 2，改良组在急救前评估时间、呼救至治疗时间、医院反应时间等速度上，各项明显少于常规组 ($p < 0.05$)。

表 2 各组患者救治恢复速度结果 ($\bar{x} \pm s, \text{min}$)

分组	急救前评估时间	呼救至治疗时间	医院反应时间
改良组	4.47 ± 1.29	12.54 ± 4.09	5.73 ± 2.39
常规组	7.39 ± 1.53	21.76 ± 5.38	17.28 ± 4.37

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

(下转第 7 页)

复治涂阳肺结核患者的治疗具有挑战性，这些患者体内往往对常规的一线抗结核药物产生了抗药性，因而需要加强治疗方案以提高疗效。在此背景下，左氧氟沙星作为一种呼吸喹诺酮类药物，显示出优于阿米卡星的特定优势。左氧氟沙星通过抑制结核分枝杆菌的 DNA 旋转酶和拓扑异构酶 IV 的活性，干扰细菌的 DNA 复制和修复，阻止其生长和繁殖。上述药理特点为其在改善治疗效果和提高病灶吸收率方面提供了基础。本研究结果证实：在抗结核治疗的基础方案上加用左氧氟沙星比加用阿米卡星更好地提升了抗结核的治疗效果，肺部病灶吸收率明显更高，同时在耳毒性、肾毒性、前庭功能异常、药物过敏等不良反应发生率更低，原因如下：

首先，左氧氟沙星具有良好的肺组织穿透性，这意味着药物能够更有效地到达并作用于肺部感染病灶，与阿米卡星相比，能够更直接地产生抗结核活性，从而促进结核病灶的迅速吸收和修复^[1]。此外，左氧氟沙星是一种广谱抗菌药物，对结核分枝杆菌有很强的抑制作用，能够针对可能存在的其他病原体如革兰氏阴性菌进行有效覆盖。这种广谱性在复治患者中尤为重要，因为这一类患者体内存在抗药菌株以及发生混合感染的风险较高。再者，左氧氟沙星与阿米卡星的给药途径差异显著。阿米卡星通常需要通过肌肉注射或静脉注射给药，这不仅增加了患者的不适和痛苦，还提升了感染和其他注射相关并发症的风险^[2]。相比之下，左氧氟沙星可以口服给药，方便性更高，患者依从性也更好。此外，口服给药还避免了药物在注射过程中可能存在的剂量损失，确保了药物的有效浓度，而稳定和持久的血药浓度则有助于提升临床疗效^[3]。从不良反应的角度来看，左氧氟沙星显示出较好的耐受性。尽管喹诺酮类药物也有其潜在的副作用，如胃肠道不适或肝、肾功能异常，但总体上这些不良反应的发生率低于阿米卡星组。

当使用阿米卡星治疗时，患者可能会经历更多的神经肌肉阻滞，如软弱无力、嗜睡、呼吸困难，这在治疗过程中需要密切监测和调整，而使用左氧氟沙星治疗则较少发生这种情况。同时，与阿米卡星相关的肾毒性和耳毒性问题也使其

使用受到限制，而左氧氟沙星在适当剂量下相对安全可靠。

综上所述，左氧氟沙星在不同的药代动力学和药效方面较阿米卡星有很大优势，其口服给药的便利性、低不良反应率和对结核分枝杆菌的强效抑制作用，使其在复治涂阳肺结核患者中的应用更加广泛和成功。

[参考文献]

- [1] 张球. 阿米卡星与左氧氟沙星治疗复治涂阳肺结核的临床疗效及不良反应比较 [J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(16):76-79.
- [2] 张丽红, 韩燕斌. 阿米卡星与左氧氟沙星治疗复治涂阳肺结核的临床效果观察 [J]. 长寿, 2023(3):129-130.
- [3] 赵洋, 王丽婧. 莫西沙星和左氧氟沙星分别辅助耐药肺结核患者化疗的效果比较 [J]. 中国药物滥用防治杂志, 2023, 29(11):1988-1991.
- [4] 彭泽飞. 左氧氟沙星与莫西沙星在肺结核治疗中的临床效果比较 [J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(02):203-205.
- [5] 孙朝花, 陈银松, 顾伟. 左氧氟沙星联合抗结核方案在肺结核患者中的临床应用效果 [J]. 中国医学创新, 2023, 20(35):45-49.
- [6] 曾金萍, 徐海胜, 张腾飞. 左氧氟沙星注射液辅助治疗在肺结核患者中的应用效果观察 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2024, 8(02):7-9.
- [7] 吴玉萍, 王雅坤. 左氧氟沙星联合常规疗法治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并肺结核的效果 [J]. 中国社区医师, 2023, 39(28):32-34.
- [8] 高桂香. 左氧氟沙星与吡嗪酰胺治疗耐多药肺结核的疗效对比 [J]. 基层医学论坛, 2023, 27(25):11-13+37.
- [9] 张球. 阿米卡星与左氧氟沙星治疗复治涂阳肺结核的临床疗效及不良反应比较 [J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(16):76-79.
- [10] 黄镇丰, 张英丽, 黄义欢. 吡嗪酰胺联合左氧氟沙星在治疗耐药肺结核患者中的效果 [J]. 中外医疗, 2024, 43(07):92-95.

(上接第 5 页)

急性缺血性脑卒中是一种需要争分夺秒处理的紧急情况，绿色通道院前急救有效缩短了各个关键环节的时间，这也是其能够显著优于常规院前处理的原因之一。本研究结果中，在绿色通道体系下，通过统一协调、多学科联合及高度系统化的流程，使得急救前评估时间、呼救至治疗时间、以及医院反应时间大幅缩短，从而提升整体抢救效率。首先，急救前评估时间的加快要归功于急救绿色通道的预设流程和快速反应机制。接到急救电话时，急救中心便启动预先设定好的卒中绿色通道流程，急救团队在最快时间内赶赴现场，对患者进行简明扼要的卒中症状评估，在呼救至治疗时间方面，绿色通道的优势更为显著^[1]。通过预先通知接诊医院，医院能够迅速做好迎接准备，确保影像学检查设备（如 CT、MRI）和溶栓药物预备到位。救护车在赶赴医院途中，与院内团队保持实时通信，将患者情况实时更新给医院，使其能够立即组织接诊并迅速做出决策。这种无缝衔接方式显著缩短了从呼救到院内确诊及治疗的时间，为患者赢得宝贵的治疗窗^[2]。医院反应时间缩短的根源在于绿色通道下医护团队的高度协同和流程规范化。当患者抵达医院后，无需走常规的急诊

挂号及排队等待，而是直接送入预先通知的影像室进行检查^[3]。影像结果出来后，若确诊为急性缺血性脑卒中，迅速转移至溶栓室或介入手术室。这种连贯的流程运作及科室间无缝合作极大提高了整体效率，缩短了每个环节的处理时间。

综合来看，绿色通道院前急救通过高效、快速和协同的急救体系，极大地提升了急性缺血性脑卒中中的早期处理效果。从急救、评估到治疗，各环节的时间均得以缩短，同时确保全程监护，减少了并发症的发生。

[参考文献]

- [1] 王成舟. 序贯评估病情对急性缺血性脑卒中院前急救效率及临床结局的影响 [J]. 中国现代药物应用, 2024, 18(10):156-158.
- [2] 张烜烜, 张楠楠. 院前急救联合绿色通道在急性缺血性脑卒中的应用价值分析 [J]. 当代临床医刊, 2023, 36(4):61-62.
- [3] 李巧薇, 武轶群, 彭志强, 等. 院前急救医疗服务对急性缺血性脑卒中患者诊治的影响 [J]. 岭南急诊医学杂志, 2022, 27(1):10-13.