

高血压性脑出血患者院前急诊治疗效果分析

薛振国

青岛西海岸新区区立医院

[摘要]目的: 分析高血压性脑出血(HCH)患者接受院前急诊治疗的作用。方法: 选入2019年10月-2021年10月间入院的95例HCH急诊患者。随机数字表分组, A组48例予以院前急诊治疗, B组47例予以常规急诊处理。对比多项治疗指标。结果: A组患者的总有效率高于B组, A组患者的抢救与住院时间等临床指标、致残与死亡率等预后指标优于B组, 并发症率低于B组($P < 0.05$)。入院时对比于两组患者的认知功能评分无差异($P > 0.05$)。治疗1周后, A组患者的认知功能评分高于B组($P < 0.05$)。结论: 为HCH患者实行院前急诊治疗可以缩短治疗周期, 减少致残或是死亡情况, 且能抑制并发症, 尽快恢复患者的认知功能。

[关键词] 高血压性脑出血; 院前急诊治疗; 临床指标; 并发症; 认知功能

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-627X.2021.09.893

高血压的频发群体是中老年人, 在人口老龄化加剧的影响下, 高血压的发病率日益升高, 会导致动脉粥样硬化等病变, 进而诱发心血管疾病^[1]。随着高血压病程延长, 其脑血管破裂的风险性较高, 容易导致HCH病变, 需要立即予以抢救^[2]。为抑制HCH患者的病情进展, 获得较佳疗效, 本次研究选入95例HCH急诊患者, 用于分析院前急诊治疗的效用。

一、资料与方法

(一) 一般资料

选入2019年10月-2021年10月间入院的95例HCH急诊患者。随机数字表分组, A组48例, 男性: 女性为27:21; 年龄从43岁间断至77岁, 均值(48.25±2.36)岁。B组47例, 男性: 女性为28:20; 年龄从44岁间断至76岁, 均值(48.14±2.40)岁。数据经假设检验后P值不足0.05。

(二) 方法

B组予以常规急诊处理, 即入室后患者经绿色通道开展抢救, 将其送至急诊室并予以心电监护处理, 同时行高流量吸氧治疗, 结合血压值与其他体征诊断HCH, 创建静脉通路, 为患者采集血样后评估呼吸、肢体活动与脉搏等体征, 予以对症治疗。A组予以院前急诊治疗: 1. 院前急救: 120值班人员接收急救电话后派出医护人员出诊, 以通话指导方式告知现场人员合理摆放体位, 经轻柔语言安抚现场人员情绪, 使其可以科学应对。抵达现场后咨询患者的用药史和病史, 进行急救操作, 而后创建静脉通路, 进行面罩氧疗与镇痛等相关性处理, 同时动态化监测患者的多项体征变化。2. 呼吸道管理: 医护人员在急救现场将患者头部偏于某侧, 检查口腔状态, 将呼吸道内分泌物或是其他物质有效清除, 防止痰液或是义齿堵塞呼吸道。合理调节患者体位, 防止出现异物堵塞或是舌后坠等反应, 及时实施吸氧治疗, 若伴有舌后坠需实行口咽通气护理。合并呼吸衰竭应实行气管插管操作, 待呼吸稳定以后行鼻导管吸氧护理, 使用人工呼吸气囊行通气治疗。创建2条以上静脉通路,

及时输注液体, 确保血容量以及机体循环组织的灌注量正常, 而后开展药物对症急救治疗。3. 体征监测: 继续监测患者的体温和脉搏等体征, 行补液和静脉滴注降颅内压治疗, 选择甘露醇注射液(国药准字H20103532, 广东南国药业)浓度20%作为滴注液, 结合患者可以加入地塞米松(国药准字H22023290, 吉林龙泰制药), 量10mg。针对性使用利尿剂治疗, 确保患者的收缩压值介于150至180mmHg, 舒张压值介于100至110mmHg, 若患者高热行冰袋冰敷护理。4. 尽快转运: 急救操作完成后转运患者, 使患者维持平卧位, 有效固定患者躯体, 保证转运车速度平稳, 防止过度颠簸, 同时要与医院保持联系, 告知院内人员备好急救用品, 然后将患者转至医院。

(三) 观察指标

统计抢救时间与住院时间等临床指标。记录致残率与死亡率等预后指标。观察消化道出血、呼吸衰竭与心搏骤停等并发症。入院时与治疗1周后, 利用洛文斯顿作业疗法用认知评定成套测验(LOTCA)测评认知功能, 含定向(计16分), 知觉(视知觉计16分、空间知觉计12分)计28分, 视运作组织(计28分), 思维运作(计31分), 注意与集中(计4分), 动作运用(计12分), 共计119分, 认知功能和分数间正相关。

(四) 疗效评价标准

基本治愈: 症状/体征彻底消失, 血压正常; 显著见效: 症状/体征明显改善, 血压基本恢复; 初步见效: 症状/体征有改善, 血压有下降; 未见效: 症状/体征和血压无变化。

(五) 统计学分析

数据处理经由SPSS21.0软件完成, 计量数据经t值对比与检验, 计数数据经 χ^2 值对比与检验, 假设校验有意义的标准为P值不足0.05。

二、结果

(一) 两组患者的总有效率比较

A组患者的总有效率较比于B组更高($P < 0.05$)。(表1)

表1 两组患者的总有效率比较[n/%]

| 分组 | 例数 | 基本治愈 | 显著见效 | 初步见效 | 未见效 | 总有效 |
|----------|----|------------|------------|-----------|------------|---------------|
| A组 | 48 | 28 (58.33) | 11 (22.92) | 7 (14.58) | 2 (4.17) | 95.83 (46/48) |
| B组 | 47 | 21 (44.68) | 10 (21.28) | 6 (12.77) | 10 (21.28) | 78.72 (37/47) |
| χ^2 | - | - | - | - | - | 6.299 |
| P | - | - | - | - | - | 0.012 |

表2 两组患者的临床指标比较 $[\bar{x} \pm s]$

| 分组 | 例数 | 抢救时间 (min) | 住院时间 (d) |
|----|----|------------|------------|
| A组 | 48 | 33.29±6.75 | 20.15±2.31 |
| B组 | 47 | 45.28±6.81 | 30.18±2.36 |
| t | - | 8.618 | 20.934 |
| P | - | 0.000 | 0.000 |

表3 两组患者的预后指标比较[n/%]

| 分组 | 例数 | 致残率 | 死亡率 |
|----------|----|-----------|-----------|
| A组 | 48 | 2 (4.17) | 0 |
| B组 | 47 | 9 (19.15) | 5 (10.64) |
| χ^2 | - | 5.207 | 5.390 |
| P | - | 0.023 | 0.020 |

表4 两组患者的并发症率比较[n/%]

| 分组 | 例数 | 消化道出血 | 呼吸衰竭 | 心搏骤停 | 发生率 |
|----------|----|----------|----------|----------|--------------|
| A组 | 48 | 1 (2.08) | 0 | 0 | 2.08 (1/48) |
| B组 | 47 | 3 (6.38) | 2 (4.26) | 2 (4.26) | 14.89 (7/47) |
| χ^2 | - | - | - | - | 5.053 |
| P | - | - | - | - | 0.025 |

表5 两组患者的认知功能评分比较[$\bar{x} \pm s$ /分]

| 分组 | 例数 | 定向 | | 知觉 | | 视运作组织 | | 思维运作 | | 注意与集中 | | 动作运用 | |
|----|----|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | | 入院时 | 治疗后 | 入院时 | 治疗后 | 入院时 | 治疗后 | 入院时 | 治疗后 | 入院时 | 治疗后 | 入院时 | 治疗后 |
| A组 | 48 | 9.58±1.32 | 12.26±1.84 | 20.26±1.33 | 25.26±1.95 | 18.67±1.08 | 24.98±1.18 | 20.15±1.21 | 27.26±1.67 | 2.01±0.34 | 3.76±0.28 | 7.26±1.02 | 10.86±0.76 |
| B组 | 47 | 9.57±1.28 | 10.05±1.81 | 20.24±1.29 | 22.04±1.89 | 18.66±1.09 | 21.06±1.21 | 20.14±1.22 | 24.05±1.61 | 2.02±0.31 | 3.06±0.21 | 7.25±0.04 | 9.02±0.74 |
| t | - | 0.037 | 5.900 | 0.074 | 8.170 | 0.045 | 15.986 | 0.040 | 9.535 | 0.150 | 13.763 | 0.067 | 11.953 |
| P | - | 0.970 | 0.000 | 0.941 | 0.000 | 0.964 | 0.000 | 0.968 | 0.000 | 0.881 | 0.000 | 0.947 | 0.000 |

(二) 两组患者的临床指标比较

A组患者的临床指标较优于B组更优 ($P < 0.05$)。(表2)

(三) 两组患者的预后指标比较

A组患者的预后指标较优于B组更佳 ($P < 0.05$)。(表3)

(四) 两组患者的并发症率比较

A组患者的并发症率较优于B组降低 ($P < 0.05$)。(表4)

(五) 两组患者的认知功能评分比较

入院时对比于两组患者的认知功能评分未发现差异 ($P > 0.05$)。治疗1周后, A组患者的认知功能评分较优于B组升高 ($P < 0.05$)。(表5)

(六) 典型病例

患者张某, 52岁, 因为左侧肢体功能受限和头痛拨打急救电话, 医护人员询问患者相关体征, 患者主诉4h前右颞侧明显胀痛, 左侧肢体能力受限。同时合并高血压史11年, 曾间断口服卡托普利。医护人员以通话方式告知患者保持当前体位, 也可缓慢调整为半坐位。抵达现场后, 为患者进行基础查体操作, 可见双肺呼吸音较为清晰, 血压181/112mmHg, 左侧上下肌力为II级, 诊断为HCH。检查患者呼吸道和口腔内有无分泌物, 进行呼吸道护理, 创建静脉通路后进行甘露醇注射液治疗, 入院以后进行立止血、胞二磷胆碱与复方丹参注射液治疗。而后入院2d后进行锥颅血肿穿刺-抽吸术干预。患者住院21d后出院, 可基本自理生活, 无并发症。

三、讨论

HCH是脑血管疾病的主要病型, 出血位置在丘脑、基底节区以及小脑等区域, 在脑卒中占比20%至48%, 具有发病急和死亡率高等特点, 可通过及时化治疗控制病情^[3]。常规急诊处理是指将患者转至医院后采取对症治疗, 但容易延误治疗时机, 进而诱发不良结局。现阶段, 院前急诊治疗是HCH患者应用率极高的治疗方法, 可以在院前采取救护行为, 且涵盖转运途中

监护等环节^[4]。医护人员在抵达现场前先通过电话指导形式嘱患者科学应对病情, 抵达现场后即刻采取面对面诊治操作, 创建静脉通路并输注药液, 采取呼吸道护理, 同时监测患者体征, 使颅内压快速下降, 而后采取转运操作^[5]。

结果显示, A组患者的总有效率、临床指标与预后指标显著优于B组, 并发症率显著低于B组, 认知功能评分高于B组 ($P < 0.05$)。原因是院前急诊治疗可以为患者进行全方位救治, 确保其呼吸道畅通, 其能通过体征监测评估病情变化, 及时进行降颅内压等治疗, 在较短时间内落实高效且切实的治疗方案, 而后采取尽快转运操作, 缩短患者的急诊等待时间。但在治疗期间需要综合性评估患者的个人情况, 在了解患者的基本情况后拟定个体化急诊措施, 同时需要监测患者各项体征, 可以最大化保证急诊疗效。

综上, 院前急诊治疗可以显著提升HCH患者的急救效果, 尽量减少患者死亡等情况, 而且能够缩短患者的治疗时间, 减少消化道出血等相关并发症, 且能有效恢复患者的认知功能, 具有显著的治疗效用。

参考文献:

- [1] 刁院东. 高血压性脑出血患者院前急诊治疗的疗效分析[J]. 中外医疗, 2020, 39 (16): 43-45.
- [2] 赵丹, 潘丽. 高血压性脑出血患者院前急诊治疗效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (70): 25.
- [3] 应惠玲. 高血压性脑出血患者院前急诊治疗效果[J]. 甘肃医药, 2019, 38 (4): 347-348.
- [4] 马寅生. 高血压性脑出血患者院前急诊治疗效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (7): 77+81.
- [5] 郭泳彤, 黄景祥, 郑梓基. 高血压性脑出血患者院前急诊临床治疗方法研究[J]. 心电图杂志(电子版), 2018, 7 (2): 248-249.