

对比研究不同补液方法应用于院前急救创伤性休克的临床价值

董海涛 李海英 包巴根那 王 宇

内蒙古国际蒙医医院急诊科 内蒙古 呼和浩特 010065

【摘要】目的：分析在创伤性休克患者的院前急救中运用不同补液方法的临床价值。方法：抽取2017年1月~2019年12月本院76例院前急救的创伤性休克患者，并依据补液法不同分组，对照组患者运用传统补液法，观察组则运用亚休克疗法治疗比较2组的救治效果及并发症率等。结果：观察组72h病死率低于对照组，救治成功率高于对照组，且 $P < 0.05$ ；2组重度感染发生率比较中 $P > 0.05$ ；观察组的多脏器功能衰竭、凝血功能障碍、急性呼吸窘迫综合征发生率均低于对照组，且 $P < 0.05$ 。结论：对于创伤性休克患者的院前急救中运用亚休克疗法有利于提高患者的救治效果，并有效降低其并发症率以及病死风险。

【关键词】创伤性休克；院前急救；补液方法；价值

创伤性休克患者的救治是院前急救中的重要工作，既往的研究多认为通过给予患者尽早的静脉补液和复苏有利于促进其有效循环血量的快速恢复，同时也是维持器官血流灌注的关键所在，所以如何开展液体复苏是对创伤性休克患者进行院前急救中的关键性环节。有研究发现，选择性的采取液体种类以及控制补液速度与补液量等，有利于控制患者血压水平，促进其机体内环境维持稳定状态，更有利于降低并发症风险^[1]。鉴于此，以下将分析在创伤性休克患者的院前急救中采用传统补液法或者亚休克疗法的救治效果。

1 资料以及方法

1.1 临床资料

抽取2017年1月~2019年12月本院76例院前急救的创伤性休克患者，依据补液法不同分组，即观察组：38例，男/女：20/18；年龄20-63岁，均值为 (38.2 ± 0.5) 岁。对照组：38例，男/女：22/16；年龄21-65岁，均值为 (39.3 ± 0.2) 岁。2组临床资料对比 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

2组患者均进行院前急救，包括静脉滴注止血药物，进行常规止血治疗，对于存在开放性伤口者则需进行加压包扎或者运用止血带进行结扎。对于存在骨折情况者需要妥善固定，同时维持患者呼吸系统的通畅性，可在必要情况下进行气管插管。对照组患者运用传统补液法，即及时给予患者提供充足液体复苏，并严格依据先快后慢、先晶后胶以及先盐后糖的基本原则，如应用复方乳酸钠山梨醇注射液、0.9%氯化钠溶液以及羟乙基淀粉等，并保持20-30ml/分钟的速度进行输注，可在必要情况下应用多巴胺等药物进行治疗，确保患者的平均动脉压能够维持于正常水平。观察组则运用亚休克疗法治疗，即7.5%高渗氯化钠溶液，并维持3.0-4.0ml/分钟的速度给予静脉输注，确保患者平均动脉压可维持于30-40mmHg，从而使患者机体进入到亚休克状态。

1.3 评价标准

(1)比较2组患者72h内的病死率与救治成功率；(2)统计2组的多脏器功能衰竭、凝血功能障碍、急性呼吸窘迫综合征以及重度感染等并发症情况并对比。

1.4 统计学方法

涉及数据以SPSS19.0分析，数据标准差以 $(\bar{x} \pm s)$ 描述，组间数据 t 、 χ^2 检验， $P < 0.05$ 即组差异有统计学意义。

2 结果

2.1 救治效果对比

观察组72h病死率低于对照组，救治成功率高于对照组，且 $P < 0.05$ 。

表2 1组救治效果对比[n(%)]

分组	n	72h病死率	救治成功率
观察组	38	1 (2.63)	37 (97.37)
对照组	38	5 (13.16)	33 (86.84)
χ^2 值		4.295	
p值		0.027	

2.2 并发症率对比

2组重度感染发生率比较中 $P > 0.05$ ；观察组的多脏器功能衰竭、凝血功能障碍、急性呼吸窘迫综合征发生率均低于对照组，且 $P < 0.05$ 。

表2 2组并发症率对比[n(%)]

分组	n	多脏器功能衰竭	凝血功能障碍	急性呼吸窘迫综合征	重度感染
观察组	38	0 (0.00)	2 (5.26)	1 (2.63)	1 (2.63)
对照组	38	4 (10.53)	6 (15.79)	5 (13.16)	2 (5.26)
χ^2 值		3.095	4.395	4.229	0.295
p值		0.032	0.019	0.026	0.317

3 讨论

在对创伤性休克患者的院前救治当中一直以来都存在一定争议,例如传统的液体复苏理论主要认为,对于创伤性休克患者的救治需要及早及时的给予足量补充患者有效循环血量,可在必要情况下给予升压药物,从而确保其血压水平能够尽早恢复至正常,这样有利于确保患者脏器功能,维持良好的血液灌注避免休克的进展。然而,随着近年来研究的不断深入该理论也受到质疑。亚休克疗法理论则认为对于创伤性休克患者的救治中,在未给予充分止血的前提下,如若大量进行补液容易造成血液稀释,此时凝血因子以及红细胞等受到稀释,容易影响凝血速度,使得红细胞的携氧能力明显降低,甚至可能诱发出血量的进一步增加,同时也对患者的组织缺氧改善情况产生较大影响。并且有报道指出^{[2]-[3]},运用等渗晶体液复苏,容易造成患者凝血酶原时间以及部分凝血激酶时间显著延长。除此以外,在短时间内给予患者大量补液或者给予升压药物治疗,患者血压水平的升高幅度过快,此时脉压增大容易造成血栓脱落移位以及破裂,容易导致患者的失血量增加。通过运用亚休克法则能够防止上述问题的发生,在亚休克疗法中对液体种类进行合理选择,同时严格控制患者的补液速度与补液量,确保血压水平能够维持于较低状态下,这样能够维持患者相关器官基本血流灌注压。与此同时,也不会造成应用传统液体复苏疗法时所产生的诸多弊端,并且能够调动患者机体具有的代偿机制,有利

于降低对内环境产生的不良干扰,所以有助于降低并发症率^{[4]-[5]}。本次研究中,对于传统补液法和亚休克疗法的应用价值进行了比较,从结果来看观察组创伤性休克患者采用亚休克疗法 72 小时的死亡率低于对照组,并且该组多器官功能衰竭和急性呼吸窘迫综合症,以及凝血功能障碍等并发症率低于同期应用常规补液疗法的对照组。这提示,运用亚休克疗法更有助于提高创伤性休克患者的急救治疗效果。然而应注意,亚休克疗法的应用虽然具有很多优势,然而该疗法也并非近乎完美。特别是在对液体进行选择时,现阶段多选择 7.5% 氯化钠溶液来作为高渗液,并且和乳酸钠林格液对比应用高渗氯化钠溶液可以对中性粒细胞的活化形成抑制作用,能够对休克期间机体免疫功能进行有效调节,有利于降低患者机体炎症损伤,并避免肠道细菌发生移位,在预防患者颅内高压以及缓解脑水肿等方面应用效果更优。然而另一方面也可能对患者组织血管形成刺激诱发血栓形成情况,严重时可能出现组织坏死。如若用量过大还可能造成组织细胞发生过度脱水并诱发患者意识障碍,因此在实际应用过程中避免应用量过大,一般以 4.0ml/kg 的用量为宜。

4 结束语

综上所述,对于创伤性休克患者的院前急救中运用亚休克疗法有利于提高患者的救治效果,并有效降低其并发症率以及病死风险。

【参考文献】

- [1] 姚视灿,梁凯玲,李秀兵,等.不同补液方法治疗院前急救创伤性休克的疗效[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(8):136-137.
- [2] 贾峰,康晓锦.两种补液方法院前急救治疗创伤性休克的临床研究[J].养生保健指南,2019,19(7):44.
- [3] 吴新建.不同补液方法院前急救治疗创伤性休克的临床效果[J].中国保健营养,2019,29(31):53-54.
- [4] 司俊.分析两种补液方法院前急救治疗创伤性休克的临床效果[J].中国社区医师,2019,35(3):62-65.
- [5] 刘国明.两种补液方法对院前急救创伤性休克患者的临床效果[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(1):113-114.