

紧急抢救和临床处理配合对急诊内科昏迷患者的治疗效果

雷堪林

(甘肃省人民医院新区分院急诊科 甘肃兰州 730300)

摘要: 目的: 分析对急诊内科昏迷患者开展紧急抢救和临床处理配合的治疗效果。方法: 针对本院急诊内科 2021 年 7 月-2023 年 7 月期间收治的 30 例昏迷患者展开临床观察, 对 30 例昏迷患者均实施紧急抢救和临床处理配合, 分析和观察 30 例昏迷患者的抢救效果。结果: 30 例昏迷患者经抢救和治疗后抢救成功率为 90.00% (27/30); 治疗后, 30 例患者的二氧化碳分压、血氧饱和度、血氧动脉分压、呼吸频率较治疗前均明显改善 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 而 30 例患者的意识清醒时间为 (32.23 ± 5.26) min、住院时间为 (5.45 ± 1.26) d。结论: 急诊内科在抢救和治疗昏迷患者中应使用紧急抢救和临床处理配合方案, 保障患者生命安全, 提高抢救成功率, 稳定患者各项生命体征指标, 促进患者预后。

关键词: 急诊内科; 昏迷; 紧急抢救; 临床处理配合; 抢救成功率

昏迷属于临床中较为多见的一种状态, 主要是指患者处于一种持续的无意识状态中^[1]。急诊内科昏迷患者大多数与脑损伤有关, 主要是由于颅内病变、脑血管疾病、颅外病变、不合理用药、吸毒、酗酒等等引发大脑神经元功能感染后导致昏迷^[2]。研究显示^[3], 昏迷是各种病因导致的高级神经中枢结构与功能活动(感觉、意识和运动)处于严重而广泛抑制状态的病理过程, 属于最严重的意识障碍, 患者表现为意识不清、感觉、运动、神经反射障碍或完全丧失、唤醒困难等等, 严重影响和威胁患者的身体健康甚至生命安全^[4]。因此, 急诊内科临床中对昏迷患者实施及时有效的抢救治疗和处理干预显得尤为重要, 是保障患者生命安全、稳定患者各项生命体征指标的基础^[5]。本院急诊内科针对收治的 30 例昏迷患者展开了回顾性分析, 对 30 例昏迷患者均实施紧急抢救和临床处理配合, 旨在探究紧急抢救与临床处理配合用在急诊内科昏迷患者中的价值, 详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析和观察本院急诊内科同一时间段内收治的 30 例昏迷患者的临床资料, 30 例昏迷患者中男性 17 例, 女性 13 例, 年龄分布在 38-75 岁之间, 均值 (49.52 ± 3.26) 岁, 昏迷时间 20-123min, 平均 (65.45 ± 5.49) min。纳入标准: 所有患者经临床初步查体和诊断均符合“昏迷”的诊断标准; 患者临床资料完整且同意参与此次观察; 排除标准: 年龄 16 岁以下或合并严重的先天性精神障碍疾病或癫痫; 抢救前生命体征指标已消失; 妊娠患者或不同意参与此次观察的患者。

1.2 方法

对 30 例昏迷患者均实施紧急抢救和临床处理配合, 首先患者一经入院应第一时间询问病史, 快速判断和确认患者处于昏迷的严重程度和状态, 在详细体格检查中应结合患者实际情况进一步完善实验室检查, 第一时间了解昏迷的诱因。为患者实

施大流量吸氧、生命体征指标监测、静脉通道开放等干预。急救医生和护士还应及时清洁呼吸道内的分泌物, 确保呼吸道通畅程度, 给予患者面罩吸氧并将其肩部垫高, 确保颈部能得到伸展, 减少舌根后坠现象的发生。当患者呼吸和脉搏出现停止时应及时为患者实施心肺复苏处理, 并密切展开抢救, 充分暴露需要检查的部位结合实际的检查结果实施吸氧的干预。临床处理过程中应结合患者病史、检查结果对脑血管意外患者明确病因决定是否实施溶栓治疗, 但在未明确病因前应谨慎用药; 对于脑出血合并颅内压上升、呕吐患者应给予脱水治疗, 控制患者血压, 促使血压降至安全水平内, 给予适当的脑细胞保护药物治疗。对于中毒导致的患者应及时给予导泻和洗胃处理, 给予适量的特效解毒剂, 对于需要实施阿托品治疗的患者应提前束缚肢体减少烦躁、躁动的发生。对于心源性昏迷患者应给予心电图检查、心梗后的介入治疗; 对于低血糖昏迷患者给予葡萄糖溶液注射治疗; 对于休克患者应给予扩血管药物治疗; 对于肺性脑病患者应给予抗炎、纠正酸碱失衡、呼吸机辅助呼吸等治疗; 对于乙醇中毒患者应给予纳洛酮治疗并同时做好脑血管意外预防干预。患者抢救成功后应监测其生命体征指标变化, 待患者病情稳定后转入对应的科室接受后续的治疗和观察。

1.3 观察指标

分析 30 例昏迷患者经抢救和治疗后的抢救成功率、意识清醒时间、住院时间和治疗前后的二氧化碳分压、血氧饱和度、血氧动脉分压、呼吸频率等指标。

1.4 统计学软件

采用 spss21.0 软件进行处理, 意识清醒时间、住院时间和治疗前后的二氧化碳分压、血氧饱和度、血氧动脉分压、呼吸频率为计量资料, 采用均数标准差 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 抢救成功率为计数资料, 采用 χ^2 表示, P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 30 例昏迷患者的抢救成功率

30 例昏迷患者经抢救和治疗后的抢救成功率为 90.00% (27/30)。

2.2 30 例患者治疗前后的二氧化碳分压、血氧饱和度、血氧动脉分压、呼吸频率

治疗后, 30 例昏迷患者的血氧饱和度、血氧动脉分压高于治疗前 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 而 30 例患者治疗后的呼吸频率、二氧化碳分压低于治疗前 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 2:

表 2: 30 例昏迷患者治疗前后的二氧化碳分压、血氧饱和度和、血氧动脉分压、呼吸频率

组别	二氧化碳分压 (mmHg)	血氧饱和 度 (%)	血氧动脉分压 (mmHg)	呼吸频率(次 /min)
治疗前 (30)	55.10 ± 5.56	78.95 ± 5.46	57.52 ± 5.62	37.10 ± 2.32
治疗后 (30)	35.56 ± 3.62	93.02 ± 2.50	85.33 ± 6.22	22.55 ± 2.50
t 值	16.131	12.833	18.171	23.366
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 30 例患者治疗后的意识清醒时间、住院时间

30 例昏迷患者经紧急抢救和临床处理配合后的意识清醒时间为 25.22–38.05 分钟, 平均为 (32.23 ± 5.26) min、住院时间为 3.89–7.55 天, 平均为 (5.45 ± 1.26) d。

3 讨论

临床研究显示^[6], 随着人们生活环境、生活习惯的变化, 当前临床中昏迷的发生率越来越高。且昏迷对于患者身体、生活和生命安全等方面的影响十分严重, 一旦发生昏迷, 患者意识不清, 对于身体所发生的各种变化都没有任何反应^[7]。如果呕吐或肺内有呼吸道分泌物, 也无法轻易咳出, 极易导致窒息或缺氧等不良现象的发生。如果昏迷时间较长往往需要长期保持同一体位, 这会直接引起局部皮肤压伤, 而且还会伴随各个脏器损伤加重。长期昏迷还有可能导致口腔感染、粘膜溃疡或肺部感染等程度不一的感染风险发生。若昏迷在短时间内无法纠正, 发生深度昏迷有可能引起植物状态或肢体瘫痪, 而造成生活不能自理, 严重影响患者生活质量^[8]。另外, 大多数昏迷患者心动功能差, 多因大量或快速增加血容量不能代偿而发生急性右心衰或肺水肿。因痛觉丧失, 刺激性液体及药物对血管本身, 皮下组织都有刺激, 久之会造成不同程度的静脉炎。

因此, 急诊内科临床中对昏迷患者实施及时有效的抢救和处理显得尤为重要。传统急诊内科抢救和治疗中通常是对症处理、寻求昏迷的根本原因后给予根本性的治疗, 虽然能起到一

定的效果, 但患者等待的时间较长, 无法很好的在短时间内纠正和改善患者的各项生命体征指标, 使得患者的昏迷时间延长, 具有一定的局限性。所以, 在急诊内科临床中提倡为昏迷患者实施紧急抢救和临床处理配合干预, 紧急抢救主要是在抢救过程中结合患者实际情况最大程度上保证患者呼吸通畅程度, 第一时间评估患者昏迷程度和病史, 快速为患者建立静脉通道, 给予溶液补充后稳定患者体内酸碱电解质平衡^[9]。另外, 临床处理配合主要是结合患者临床症状设计和开展的针对性对症处理对策, 更好的缓解患者症状持续时间, 纠正患者二氧化碳分压、血氧饱和度、血氧动脉分压、呼吸频率等指标, 维持平稳的生命体征指标, 提高昏迷患者的抢救成功率, 缩短患者的昏迷时间和住院时间, 改善患者预后^[10]。

综上所述, 急诊内科临床中对昏迷患者应实施紧急抢救和临床处理配合干预, 保障患者生命安全, 稳定患者生命体征, 促进患者尽快恢复正常生活状态, 促进患者预后。

参考文献:

[1]王利娜.醒脑静联合纳洛酮对急诊昏迷患者血糖、乳酸、C 反应蛋白水平的影响[J].淮海医药,2019,37(02):149–151.
 [2]周文辉,郭康文,麦学东.系统化急诊救治在糖尿病低血糖昏迷患者治疗中的应用效果分析[J].中国现代药物应用,2023,17(18):71–74.
 [3]刘永恒,李雅楠,王程圆等.抢救治疗在急诊科脑出血昏迷患者中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(31):109–111+116.
 [4]张瑞华,周娟.不同剂量纳洛酮应用于急诊内科昏迷患者救治中的效果分析[J].中国药物滥用防治杂志,2022,28(08):1072–1075.
 [5]倪晓龙,郑相如,孙燕滨.醒脑静注射液配合纳美芬治疗急诊内科昏迷的临床效果[J].系统医学,2022,7(15):119–121+129.
 [6]王光亮,刘波,张喆.不同剂量纳洛酮在急诊内科昏迷患者救治中的应用效果比较[J].中国实用医刊,2021,48(20):106–109.
 [7]高程,甘正辉,苟晓梅.醒脑静注射液配合纳洛酮对急诊内科昏迷患者神经功能及炎性因子的影响[J].中华中医药学刊,2020,38(01):217–220.
 [8]吴敏敏,陆丹.基于失效模式与效应分析的急诊昏迷患者抢救流程风险管控的研究[J].武警后勤学院学报(医学版),2020,29(10):80–82.
 [9]徐清,柯贤飞,刘林等.纳洛酮联合醒脑静注射液治疗急诊内科昏迷患者的效果观察[J].中国实用医刊,2020,47(19):110–113.
 [10]郑永春,李月兰.急诊内科昏迷患者的紧急抢救及临床护理干预分析研究[J].中国现代医生,2020,58(23):158–161.