

脑出血患者护理中采取院前急救护理作用分析

王美英 于波 *通讯作者

吉林大学中日联谊医院 吉林 长春 130033

摘要: 目的: 在脑出血患者护理中实施院前急救护理, 分析其应用价值。方法: 选取 2022 年 3 月-2023 年 3 月期间收治的 76 例高血压脑出血患者进行研究, 根据急救护理方式不同分为 2 组。对照组 38 例接受常规急救护, 在此基础上, 观察组 38 例加强院前急救护理。比较 2 组的急诊处理时间、抢救成功率、并发症情况。结果: 与对照组比较, 观察组患者的急诊科初步处理、到达急诊科、送至专科等时间均更短 ($P < 0.05$); 观察组患者抢救成功率为 94.74%, 明显高于对照组的 78.95% ($P < 0.05$); 观察组患者的并发症率为 10.50%, 较对照组的 31.60% 相比更低, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论: 实施院前急救护理能够缩短患者急诊时间, 提高急救效率及急救效果, 减少并发症发生, 具有推广价值。

关键词: 院前急救; 护理; 脑出血; 急救成功率

脑出血多为突然发病, 是指脑实质内出现非外伤性出血, 发生率较高, 且患者病情危重, 致残率、致死率较高。据调查显示, 在脑卒中患者中脑出血占比约为 20% ~ 30%^[1]。高血压是脑出血患者常见的原发疾病, 患者因长期高血压, 可能引起脑底小动脉病变, 出现玻璃样改变, 同时, 由于血流压力较大, 可促使脑内小动脉壁变薄, 脆性增加, 血管弹性下降, 当血压骤然升高时, 则会导致血管破裂、出血^[2]。因此, 高血压性脑出血患者多在情绪激动、剧烈活动、用力排便时发病, 且发病后进展迅速, 可在几分钟或几小时内发展至高峰, 威胁患者生命。研究认为, 若能够在脑出血后尽快给予患者积极、准确的治疗能够有效控制病情进展, 尤其是在发病后超早期, 积极的临床抢救能够改善患者预后水平^[3]。但在以往的临床急救中, 由于急救流程不够完善, 各环节衔接不够紧密, 导致急救效果不理想。院前急救包括现场急救、转运护理, 是当前急救医疗体系中的重要组成部分。研究认为, 科学、高效的院前急救护理能够提高急救效率, 缩短患者临床无治疗期^[4]。为分析其应用价值, 本文将在脑出血患者护理中实施院前急救护理, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 3 月-2023 年 3 月期间收治的 76 例脑出血患者进行研究。纳入标准: ①均符合高血压脑出血诊断标准; ②临床资料齐全; ③接受院前急救; ④已签署知情同意书。排除标准: ①主要脏器病变患者, 包括心、肝、肾等; ②精神障碍、认知障碍患者; ③恶性肿瘤患者; ④外伤等原因引起脑出血患者; ⑤凝血功能异常患者等。根据急救护理方式不同分为 2 组。观察组: 共 38 例, 年龄 47~82 岁, 平均 (60.54±5.57) 岁; 发病时间 30min~4.5h, 平均 (2.78±0.58) h; 男性 20 例, 女性 18 例; 出血部位: 基底节 22 例, 脑室 16 例。对照组: 共 38 例, 年龄 49~83 岁, 平均 (61.43±5.88) 岁; 发病时间 35min~4.5h, 平均 (2.69±0.62) h; 男性 18 例, 女性 20 例; 出血部位: 基底节 23 例, 脑室 15 例。2 组基础资料无明显差异 ($P > 0.05$)。本次研究已获得伦理委员会审核。

1.2 方法

对照组接受常规急救护理, 在接到 120 电话后, 通知医疗人员, 尽快赶赴现场; 采取常规现场急救、转运措施; 患者入院后, 立即开展相关检查, 维持呼吸道畅通, 给予吸氧等处理, 执行医嘱。在此基础上, 观察组加强院前急救护理, 具体方法: (1) 到现场前: 接到 120 急救信息后, 立即安排医疗人员到现场, 出车至抵达现场时间尽量控制在 3~15min; 日常应做好急救车、急救物品及器械准备, 确保能够快速反应, 在最短时间内发车。途中应与现场人员取得联系, 了解其具体地址、发病情况及症状, 给予简单的急救指

导, 例如, 若有家庭供氧机, 应立即给予吸氧; 若有呕吐症状, 应将其头部偏向一侧, 预防窒息; 清理口腔鼻腔异物; 若患者处于昏迷状态, 避免移动患者, 应保持冷静, 等待救护人员到达现场; 与现场人员沟通时, 应保持专业、冷静、温和的态度, 确保指令清晰, 简洁有效, 避免加重现场人员恐慌情绪。(2) 现场急救: 达到现场后, 应立即采取院前急救措施, 包括: ①现场诊断, 初步诊断患者的体征、症状, 了解患者病史, 注意观察患者有无意识障碍、言语障碍、视觉障碍、肢体麻木、瞳孔扩大且大小不一致、理解能力下降、小便失禁等典型表现; 是否有高血压病史; 是否突然昏迷, 血压超过 180/100 mmHg; 是否有呼吸断续、“叹息样”等表现。②院前急救原则: 维持呼吸道通畅, 给予吸氧处理, 必要时需要气管插管; 快速建立静脉通路, 降低颅内压、血压水平; 监控患者生命体征变化, 若患者有呼吸骤停、心跳骤停表现, 应立即进行心肺复苏等抢救; 进行体位管理, 将患者平放在宽敞通风的地方, 指导其仰头, 偏向一侧, 给予吸氧; 及时清除呼吸道分泌物, 预防气道堵塞, 必要时需进行吸痰; 给予地塞米松 + 20% 甘露醇, 降低颅内压、脱水; 若患者病情危重, 可建立 2 条静脉通路; 若患者存在抽搐、躁动情况, 应适当给予镇静药物; 给予 10% ~ 50% 葡萄糖, 并使用促醒药物; 对血压 180/100 mmHg 以上的患者, 可给予心痛定 (口含)、利血平 (肌注), 尽量将血压维持在 150/95 mmHg 左右; 对因尿潴留无法脱水、降压患者, 应留置尿管; 待患者体征平稳后安排转运。(3) 转运途中: 采取“四人搬运法”, 头部妥善固定, 使用弹性良好的担架, 尽量保持平稳, 避免颠簸; 转运途中, 保持患者头朝前, 适当抬高 15~30°; 维持吸氧、静脉通路畅通, 密切监测其生命体征, 注意其呼吸、意识、瞳孔变化; 尽量缩短转运时间; 若患者意识清醒, 应与患者沟通, 尽量采取简单、易懂的方式说明病情, 安抚患者情绪, 避免其过度紧张、忧虑; 与院内人员联系, 说明患者情况、采取急救措施, 通知其做好急救准备。(4) 到院后: 经急救绿色通道使患者尽快得到急诊处理, 与相关护理人员做好沟通, 详解交代患者病情及处理措施。协助家属办理相关手续, 安抚家属情绪, 取得家属配合。

1.3 评价标准

(1) 比较 2 组的急诊处理时间, 包括急诊科初步处理、到达急诊科、送至专科等时间。(2) 比较 2 组的抢救效果, 根据患者预后, 分为康复出院、残疾、植物生存或死亡 4 类, 根据前 2 类计算抢救成功率。(3) 比较 2 组并发症情况, 包括气道阻塞、呼吸衰竭、脑疝、中枢性高热、消化道出血等。

1.4 统计学方法

数据使用 SPSS24.0 软件处理, 计数资料 (%) 利用 χ^2 检验。计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 利用 t 检验。 $P < 0.05$: 差异显著,

有统计学意义。

2 结果

2.1 急诊处理时间比较

表 1 2 组急诊处理时间比较 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	急诊科初步处理	到达急诊科	送至专科
观察组	38	14.02±1.88	17.40±2.89	12.11±2.48
对照组	38	25.45±2.21	32.34±3.20	18.78±2.99
t	--	24.284	21.359	10.584
P	--	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 抢救效果比较

观察组患者抢救成功率为 94.74%，明显高于对照组的 78.95% ($P < 0.05$)，见表 1。

表 2 2 组抢救效果比较 (n, %)

组别	例数	康复出院	残疾	植物生存	死亡	抢救成功率/%
观察组	38	19	17	1	1	94.74
对照组	38	11	19	5	3	78.95
χ^2	--					4.15
P	--					< 0.05

2.3 并发症情况比较

观察组患者的并发症率为 10.50%，较对照组的 31.60% 相比更低，差异显著 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 2 组并发症情况比较 (n, %)

组别	例数	气道阻塞	呼吸衰竭	脑疝	中枢性高热	消化道出血	总发生率/%
观察组	38	1	0	1	1	1	10.50
对照组	38	3	2	2	2	3	31.60
χ^2	--						5.07
P	--						< 0.05

3 讨论

脑出血是一种非创伤性、出血性脑血管疾病，患者原发疾病多为高血压及脑小动脉病变。从高血压脑出血的发生机制上看，主要是由于长期处于高血压状态引起脑底小动脉变性、变薄，内膜与内弹力层之间形成了无结构物质，血管壁张力下降，纤维素坏死，当血压骤然升高，坏死壁无法承受压力时，则会发生破裂出血。从发病人群上看，患者多为中老年人群，且年龄较高，其患病风险越大。患者发生脑出血后，一般为一次性出血，时间多为 20 ~ 30 min，待 6 h 后，可形成血肿，压迫脑组织，造成不可逆的脑组织损伤，致残率、致死率较高^[5]。因此，发病 6 h 内被认为是高血压脑出血救治的关键时期，且救治时间越早，脑组织及神经功能损害越轻，预后越好^[6]。研究发现，脑出血发病后常伴有呼吸不畅、呕吐、大量脱水、血压持续升高表现，若不能尽快控制其病情，可造成血肿不断扩大，引起呼吸衰竭、心脏骤停、中枢性衰竭、消化道出血等并发症^[7]。因此，为保证患者生命安全，需要优化急救处理及护理方案。

院前急救是指医护人员到达现场开展紧急救治的方式，是目前急救医疗体系中的重要环节。通过现场开展简单急救措施、稳定患者体征，将患者安全转运至医院，能够缩短患者得到有效救治的时间，使患者尽快进入医院接受治疗，从而达到提高救治成功率的目的^[8]。但研究发现，常规急救护理因救治流程不够完善，衔接不当，现场急救措施不到位，急诊逗留时间长，导致急救效果不够理想^[9]。同时，因检查时间较长、会诊不及时，可能延误救治时机，导致患者致残率、死亡率仍处于较高水平。因此，为提升急救效果，需要加强院前急救护理，通过完善院前急救流程、规范以及急救处理

与对照组比较，观察组患者的急诊科初步处理、到达急诊科、送至专科等时间均更短 ($P < 0.05$)，见表 1。

原则，可尽快控制患者急症进展，缩短初步救治时间。同时，通过现场采取恰当、正确的救治措施，能够防止其发生严重并发症，维持其生命体征稳定，尽快解除颅内高压、脑水肿情况^[10]。研究认为，脑疝是导致高血压脑出血患者死亡的主要原因。因此，应尽快降低颅内高压，减轻脑组织压迫，促使静脉回流，缓解脑组织缺氧状况，预防脑疝形成^[11]。在患者体征稳定、达到转运指征后，可尽快安排转运。转运途中护理也是院前急救中的关键环节，需要采取针对性的、急救措施，使患者尽快入院接受救治^[12]。从整体上看，到现场前、现场急救、转运及入院急救环环相扣，紧密衔接，不可脱节。研究结果显示，与对照组比较，观察组患者的急诊科初步处理、到达急诊科、送至专科等时间均更短，同时，观察组患者抢救成功率明显高于对照组，并发症率较对照组相比更低，也证实了院前急救护理可改善患者预后，实施效果良好。

综上所述，实施院前急救护理能够缩短患者急诊时间，提高急救效率及急救效果，减少并发症发生，具有推广价值。

参考文献

[1] 李丽梅, 胡远扬. 优化院前急救护理流程在急性脑出血患者中的应用 [J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2023, 33(1): 152-154.

[2] 黄国锋, 侯小可. 院前急救护理对高血压脑出血预后的价值 [J]. 黑龙江医学, 2022, 46(20): 2530-2533.

[3] 李硕菊, 周郁青. 协同式院前急救护理在急性脑出血患者救治中的应用探究 [J]. 中外医疗, 2022, 41(31): 176-180.

[4] 丛生金. 院前急救对高血压脑出血患者治疗效果及预后的影响分析 [J]. 当代医学, 2021, 27(34): 146-148.

[5] 陈叙连, 杨风华, 黄彩霞, 等. 优化院前临床护理路径对高血压脑出血患者抢救效果及满意度的影响 [J]. 基层医学论坛, 2021, 25(24): 3441-3443.

[6] 金婉婉, 李博, 梁敏, 等. 院前一院内一体化急救护理程序在急性脑出血患者中的应用效果 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(11): 2066-2068.

[7] 白永花. 医联体模式下院前急救绿色通道建设及其在脑卒中患者救治中的应用效果 [J]. 现代养生, 2023, 23(9): 700-702.

[8] 刘晨, 井国防, 王君业. 中国脑卒中院前急救的最新进展 [J]. 中国急救医学, 2022, 42(7): 614-619.

[9] 曾雯, 张依娜. 院前急救护理路径对急性脑血管病患者抢救时及抢救效果的作用分析 [J]. 贵州医药, 2022, 46(6): 975-976.

[10] 秦文平, 王韶康. 规范的院前急救流程在急性心脑血管疾病患者中的应用进展 [J]. 中国乡村医药, 2022, 29(18): 81-83.

[11] 李红杰. 急性脑卒中院前急救服务的临床应用价值 [J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(4): 548-550.

[12] 虞志杰, 覃仕跃, 朱光升. 高血压脑出血患者院前急救治疗的效果研究 [J]. 当代医学, 2020, 26(16): 129-130.

通讯作者：于波