

院前急救气管插管预防脑血管意外昏迷患者吸入性肺炎的探讨

陈爱仙, 陈才顺, 戴培源, 刘晓琼, 古永芳
(玉溪市急救中心, 云南 玉溪 653100)

[关键词] 院前急救; 脑血管意外; 并发症; 吸入性肺炎; 气管插管

[中图分类号] R459.7 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706(2013)03-0148-02

脑血管意外是院前急救常见的危重症之一。有高血压病史的患者发生率很高, 脑血管意外的发生降低了患者的生活质量, 并加重了家庭负担。脑血管意外患者, 特别是伴有颅内高压的患者, 常伴有昏迷和呕吐, 发生呕吐时, 若不及时进行气道插管, 不保证呼吸道畅通, 患者可能发生吸入性肺炎, 严重者可能导致呼吸衰竭或窒息而死亡^[1]。早期对脑血管意外昏迷患者高危因素的干预, 予患者进行气管插管, 可降低吸入性肺炎的发生率。

1 资料及方法

1.1 一般资料

玉溪市急救中心 2010 年 7 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日 1 a 半时间里院前急救中遇到的 68 例脑血管意外的患者。其中男 42 例, 女 26 例, 年龄 (50 ± 6.5) 岁, 脑梗塞 30 例, 脑出血 28 例, 脑栓塞 10 例, 格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 3~8 分。发病原因: 高血压 42 例, 不明原因突然发病 13 例, 情绪过激 5 例, 饮酒后发病 8 例。68 例患者分成两组, 研究组 38 例, 在院前给予气管插管, 对照组 30 例, 根据病情需要, 先置入口咽通气道, 出现呼吸衰竭时给予气管插管。全部病例随访 24 h。

1.2 吸入性肺炎诊断标准^[2]

同时符合以下 5 项: (1) 昏迷期间曾发生呕吐, 或在口腔内、鼻腔内、衣物等处发现呕吐物; (2) 体格检查发现肺部呼吸音减弱或可闻及湿罗音, 伴有或不伴有呼吸困难; (3) 伴有或不伴有外周血白细胞增多; (4) 24 h 内胸部 X 线或 CT 片显示散在肺野内斑片状阴影, 可伴有局限性肺部张; (5) 排除肺挫裂伤和既往肺炎。

1.3 基本急救措施

2 组入院后均进行头部 CT 检查以及其他部位必要的影像学检查和常规血生化、血尿化验, 并给予胃复安 10 mg 肌注止吐、营养脑细胞及适当止血或活血化瘀、脱水、降温等一般处理, 呼吸衰竭者给予呼吸机辅助呼吸, 心跳骤停这给予心肺复苏。循环稳定的收住神经内科住院治疗, 有手术指征者行手术治疗。

1.4 气道管理方法

全部病例采用头部侧位, 随时清理口腔、鼻腔异物, 导管吸氧, 气管插管成功后及时用吸痰管吸出呼吸道分泌物, 呼吸机随时待机备用。研究组 38 例: 在接到急救电话后, 调度员立即作出反应, 以最快速度派诊, 急救专业人员以最快速度到达现场, 并在第一时间置入气管导管 (在发病现场或救护车上) 如遇咽反射活跃者给予 2% 丁卡因表面麻醉 1~2 min 后执行; 对照组 30 例: 按照病情对呼吸功能的影响程度, 先使用口咽通气气管, 出现呼吸衰竭者进行气管插管和呼吸机辅助通气^[3]。

1.5 评价指标

2 组根据病情严重程度 (GCS 评分法), 统计发病后半小时内行气管插管使用率, 发病后 24 h 吸入性肺炎发生率。

1.6 统计学方法

计量样本均数的比较采用 *t* 检验, 发生率采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

研究组发病后 5~30 min 内行气管插管率明显高于对照组, 发病后 24 h 时吸入性肺炎发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

[作者简介] 陈爱仙 (1973~), 女, 云南玉溪市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事急诊急救工作。

表1 2组发病后5~30 min 气管插管情况与发病后24 h 吸入性肺炎发生率 (%)

组别	n	病后0.5 h 实施气管插管		病后24 h 吸入性肺炎	
		发生数 (n)	发生率 (%)	发生数 (n)	发生率 (%)
研究组	38	34	89	1	2.6
对照组	30	12	40	11	37
P值			0.009		0.01

3 讨论

吸入性肺炎是脑血管意外的重要并发症,应该引起临床的重视.在临床工作中,脑血管意外患者出现呕吐十分常见,特别伴颅内高压的患者发生率很高,昏迷患者由于误吸发生吸入性肺炎不可避免,国内外都有报道.所以我们在工作中要引起高度重视.经过本组试验研究,发现脑血管意外患者院前尽早行气管插管可以有效降低吸入性肺炎的发生率并保障气道通畅^[4].

脑血管意外患者早期行气管插管的作用分析气管插管附带的气囊充气后可以封闭与气管壁间的空隙,理论上可以完全阻止呕吐物反流误吸,从而避免吸入性肺炎的发生率^[5].本研究结果表明,脑血管意外患者在发病后半小时内进行气管插管可以明显降低吸入性肺炎的发生率,但未完全避免吸入性肺炎的发生,原因在于部分病例在气管插管前就已经发生了呕吐和误吸.因此气管插管应该突出早和快,抢在第一次呕吐之前最为理想.另一个很重要的作用是早期气管插管可以提供稳定可靠的急救气道,为患者转送提供气道安全保障,为紧急情况下实施心肺复苏提供很大的方便.本组试验有2例患者在送往医院途中发生脑疝,出现呼吸停止,因为已行气管插管,很快用气囊行人工通气并连接呼吸机,使患者没出现途中死亡.有临床报道,越早置入气管插管,越有利于提高复苏成功率.

气管插管是一项重要的急救技术,气管插管操

作简单,很少出现并发症,然而该技术在急救医生中尚未普及,院前无法进行气管插管需要到医院急救科才能进行气管插管;不少医院急诊科医生还需要麻醉科或ICU医师会诊实施气管插管,这非常不利于我国急救水平的提高^[6].普及气管插管术是非常必要的,特别是院前急救医生需人人掌握气管插管术,并能熟练操作,从而提高院前急救水平,为人民提供更好的生命保障.

[参考文献]

- [1] HANSEN T S, LARSEN K, ENGBERG A W. The association of functional oral intake and pneumonia in patients with severe traumatic brain injury [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2008, 89(11): 2114 - 2120.
- [2] 张爱芬. 864例急性脑血管意外并发吸入性肺炎、窒息的相关因素分析[J]. 现代医药卫生, 2004, 19: 1961 - 1962.
- [3] 龙洁. 脑卒中后并发吸入性肺炎的诊疗[J]. 中国实用内科杂志, 2004, 24(6): 321.
- [4] 刘菲, 庄静, 金丰艳. 急性脑卒中合并吸入性肺炎临床研究及护理[J]. 医学检验与临床, 2010, 21: 6.
- [5] 张光发, 林丽妍, 吴发萍, 等. 急医务人员实施紧急气管插管对心肺复苏疗效的探讨 [J]. 中国急救医学, 2008, 28(10): 131 - 136.
- [6] PAWLIK M T, SCHUBERT T, HOPF S, et al. The effects of fenoterol inhalation after acid aspiration - induced lung injury [J]. Anesthesia and Analgesia, 2009, 109(1): 143 - 150.

(2013-01-08 收稿)