

. 经验介绍 .

转诊安全性评估在高血压性脑出血救治中的应用

刘 帅 王晓峰 张荣军 李加龙 张坤虎 杨 勇 王亚国 张宏兵

【摘要】目的 探讨转诊安全性评估在高血压性脑出血救治中的应用。**方法** 回顾性分析2015年1月到12月通过系统的转诊评估后由陕西省宝鸡市陈仓医院转诊来我院的51例急诊高血压性脑出血(评估组)的救治情况,并与2014年1月到12月陈仓医院未经系统评估转诊来的63例急诊高血压性脑出血(传统组)的救治情况进行比较。**结果** 评估组病死率(3.92%,2/51)和出血增加发生率(1.96%,1/51)均明显低于传统组[分别为20.63%(13/63)、14.29%(9/63); $P<0.05$]。**结论** 转诊前进行科学的安全性评估,可以明显降低高血压性脑出血病死率。

【关键词】 高血压性脑出血;转诊;安全性评估

【文章编号】 1009-153X(2018)03-0196-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.34; R 651.1*1

目前,国内各级别医院诊疗水平存在巨大差异,在相对落后的地区尤为显著。高血压性脑出血发病急、变化快,残疾率、病死率高,而且基层医院的综合救治水平有限;因此,对此类病人,大多选择转上级医院进行救治。在转运途中,有较多的病人病情加重甚至死亡。结合病情控制、监护监测手段、手术治疗等多因素考虑,我科与陕西省宝鸡市陈仓医院(神经外科建科初期)确立了医疗协作关系,均于转诊之前给予系统的评估,并按评估结果进行相应处理后选择合适的转诊方式进行转运,整体效果理想,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2015年1~12月陈仓医院转诊来我院的急诊高血压性脑出血51例,均通过系统的转诊评估后,转来我院进行救治,作为评估组;其中男29例,女22例;年龄38~86岁,平均59.8岁;基底节区出血26例,丘脑出血15例,小脑出血10例。

2014年1~12月陈仓医院转诊来我院的急诊高血压性脑出血63例,均未行转诊评估即转来我院,作为传统组;其中男33例,女30例;年龄39~90岁,平均59.3岁;基底节区出血34例,丘脑出血18例,小脑出血11例。

所有病例均有明确高血压病史,病人家属治疗态度积极,存在脑血管畸形、颅内动脉瘤及具有其他

脏器严重合并症的病人已剔除。

1.2 评估组转诊方法 对需要转诊的高血压性脑出血病人,均按表1各项指标严格评估,填写完成后交由另一名医生检查、核对,以保证评估的准确性和风险防范的有效性^[1]。>7分可直接转运;4~6分紧急开通院间绿色通道,严密监护及治疗的同时进行转运;<3分紧急启动院间协作诊疗通道,由我院急救小组赶赴当地医院进行协作救治。

1.2.1 普通转运 适用转诊安全性评估表评分>7分的病人,此类病人病情相对稳定,但仍有加重可能,转上级医院可得到更好的监护、检测手段,更好的急性期控制。行常规院间转运,由急诊科救护组协调完成,路程中注意使病人保持平卧位,头部略抬高并偏向一侧,注意清除口腔异物,保持呼吸道通畅^[2]。

1.2.2 院间转运绿色通道 适用转诊安全性评估表评分4~6分的病人,此类病人病情较重,且有较大病情加重的可能性。评估后立即给予相应的处理,如控制血压的稳定、控制合并症、气道的开放等。同时将病人信息、相关检查结果传至我科专项救治小组,无手术指征,则办理绿色通道入院手续,病人抵达我院后直接入科,进行专科监护、救治。具有手术指征病人,抵达我院后经绿色通道直接送达手术室,手术助手、麻醉师、巡回护士等进行紧急术前准备,手术主刀医师在手术室谈话间完成病人病情告知及相关医疗文书的签订,随后进行急诊手术。转诊救护车应配备可完成急诊锥颅、脑室穿刺等脑科急救手术的神经外科医师,并备有相关手术器械及简易急救设备(如锥颅包、脑室外引流器、喉镜、简易呼吸器、气管导管、口咽通气导管等),转院途中由120救护车成员完成剃头、导尿、抗菌素皮试、抽血标本(含配血

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.03.019

作者单位:721000 陕西宝鸡,中国人民解放军第三医院神经外科(刘帅、王晓峰、张荣军、李加龙、张坤虎、张宏兵);721300 陕西,宝鸡市陈仓医院神经外科(杨 勇、王亚国)

通讯作者:张宏兵,E-mail:zhang-hong-bing@sohu.com

表 1 高血压脑出血转诊安全性评估表

分值(分)	出血量	GCS评分	发病时间	血压情况	合并症
0	脑疝形成,瞳孔变化	3~8分	<2 h	不稳定	严重
1	幕上>30 ml,幕下>10 ml	9~12分	2~6 h	控制尚可	一般
2	幕上<30ml,幕下<10m	13~15分	>6 h	控制良好	无

标本)、病人主要家属的病情告知等环节^[3]。

1.2.3 院间协作诊疗通道 适用转诊安全性评估表评分<3分的病人,此类病人多病情为重、脑疝形成、生命体征不稳,不具备转院的基本条件,并且需要在最短时间内接受手术抢救,争分夺秒,才有生存的希望。此类病人评估后,由当地医院迅速将病人病情简介及相关影像资料整理后发送我科专项救治小组,我科分析病情后将治疗方案回馈,同时救治小组成员紧急赶往当地医院,在我科人员抵达前约1 h路程时间内,当地医院完成病情告知、手术相关事宜告知、医疗文书的签订、备皮、导尿、配血、术前抗菌素、麻醉等环节,并按专项救治小组制定的方案完成手术的早期阶段(如皮瓣、骨瓣的形成等),我科人员直接抵达手术室完成手术,术后观察6~12 h,如生命体征平稳,则再次评估,必要时转我院进一步治疗^[3]。

1.3 统计学方法 采用SPSS 16.0软件分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

评估组病死率(3.92%, 2/51)和出血增加发生率(1.96%, 1/51)均明显低于传统组[分别为20.63%(13/63)、14.29%(9/63); $P<0.05$]。

3 讨论

对于高血压性脑出血,在以往的转院途中,出现病情急性加重甚至死亡的情况不在少数。有效降低转院风险是整个医疗过程中一个极为重要的因素。我科针对高血压性脑出血的发病、演变等因素进行分析,并将其中和病情恶化关系较紧密的几个重要因素综合罗列,绘制成表,用来对需要转诊的病人进行评估,根据评估结果进行处理,并按级别进行转诊。高血压性脑出血病人颅内出血增加多于早期发生,所以我们将发病时间纳入评估范围,超早期病人的搬动、转运都是出血量增加的因素,故应尽可能避免在发病早期对病人的骚扰,应嘱静卧,并严格控制血压。血压过高或存在较大波动是颅内出血增加的高危因素^[4]。病人的意识对转运的安全性也存在着较大影响,比如一个意识模糊的病人,烦躁不能遵医

嘱,则可进一步影响到血压、颅内压等因素,诱发出血增加。意识过深,存在舌后坠,导致机体缺氧,脑组织进一步水肿,加重病情。病人自身合并症也是需要考虑的重要因素之一,糖尿病、高脂血症、心肺功能障碍等基础病可增加病人病情加重的概率,甚至会导致病人猝死。另外阿司匹林等药物的服用史与血肿量的增加有着密切的关系^[5]。

在以往的急诊转诊过程中,没有相对量化的评估标准,大多根据医生的主观判断来决定病人是否需要转诊,其中也掺杂了部分非医学评判的部分,比如基层医院不愿接受危重病人,怕麻烦,怕病人家属不理解、不接受疾病本身严重的事实,故更愿意尽快转往上级医院,但有可能正因为此,使病人错过了最佳的抢救、治疗时机,但如果经过系统的转诊评估后,确定病人为危重病人,即刻启动院间协作诊疗通道,病人救治成功的可能就大大提高。医学的不精确性和个体差异性的存在,同样的治疗方案的康复效果在不同病人身上有明显的差异性,病人及家属往往很不理解^[6]。经过系统的转诊评估,我们对各项因素所带来的影响更为重视,对异常的指标进行紧急纠正,对高危病人进行预处理,降低风险等级,保障转运安全^[7]。按评估结果对病人进行分类,选择与之匹配的转诊方式,增加了对病情变化的掌控性,即使在转诊途中发生病情恶化,我们也能在超早期进行干预,大大降低了病人的病死率、残疾率。

综上所述,高血压性脑出血病人的转诊评估在治疗过程中有着重要意义,可以明显降低病人的病死率。

【参考文献】

- [1] 马泽萍,黄秀玉,张峻莉. 风险评估单在骨科护理管理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(5): 57-59.
- [2] 曹科英,蓝慢怙,刘丽芳,等. 脑血管意外病人院前急救风险评估及护理[J]. 当代医学, 2014, 20(26): 102-103.
- [3] 刘 帅,王晓峰,唐宗椿,等. 高血压脑出血急诊病人在双向转诊体制下的救治体会[J]. 临床急诊杂志, 2016, 17(10): 805-807.

[4] 戴大鹏,孙晓阳. 自发性脑出血病人早期血肿增大的危险因素分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19:83-85.

[5] 石岩,赵歌今,边建平,等. 有高血压病史的脑出血术后再出血的原因及防治[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(5):294-295.

[6] 刘明,徐伟,郎振宇. 利益相关主题医疗风险分担机制的探讨[J]. 中国医院管理, 2014, 34(9):41-43.

[7] 陆莉金. 急诊科危重病人院内转运风险因素与护理[J]. 吉林医学, 2014, 35(14):3185-3187.

(2016-10-24收稿,2017-03-01修回)

支架辅助弹簧圈栓塞治疗颅内未破裂动脉瘤的疗效

陈志俊

【摘要】目的 探讨支架辅助弹簧圈栓塞治疗颅内未破裂动脉瘤的疗效。**方法** 回顾性分析2014年1月至2016年3月收治的96例颅内未破裂动脉瘤的临床资料,根据治疗方法分为对照组(50例)与观察组(46例)。对照组采用单纯弹簧圈栓塞治疗,观察组采用支架辅助弹簧圈栓塞治疗。**结果** 观察组完全栓塞率、术后6个月GOS评分均明显高于对照组($P<0.05$),而复发率明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 对颅内未破裂动脉瘤采用支架辅助弹簧圈栓塞治疗,可显著提高动脉瘤栓塞程度,降低复发率,改善预后。

【关键词】 颅内未破裂动脉瘤;支架;弹簧圈;栓塞;预后

【文章编号】 1009-153X(2018)03-0198-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 815.2

颅内动脉瘤破裂是导致蛛网膜下腔出血的最重要原因,严重危害人类健康^[1]。目前,临床常采用支架辅助弹簧圈栓塞治疗颅内动脉瘤,具有创伤小、疗效稳定等优点,但存在一定并发症,影响病人预后^[2-4]。本文对比分析支架辅助弹簧圈栓塞和单纯弹簧圈栓塞治疗颅内未破裂动脉瘤的疗效。

1 资料与方法

1.1 入选标准

1.1.1 纳入标准 ①DSA、CT证实为颅内未破裂动脉瘤;②临床资料完整;③对本研究知情,并签署知情同意书者;④年龄18~80岁;⑤可随访调查;⑥入院未接受外科治疗。

1.1.2 排除标准 ①依从性差,不配合本次研究;②合并有严重脑、肝、肾功能不全;③凝血功能障碍;④妊娠及哺乳期妇女;⑤颅内动脉瘤破裂;⑥存在明显手术禁忌症;⑦合并有动静脉瘘、动静脉畸形等其他血管病变;⑧手术后复发而再次栓塞;⑨颅内梭形或夹层动脉瘤。

1.2 研究对象 2014年1月至2016年3月收治96例颅内未破裂动脉瘤,根据治疗方法分为对照组(50例)与观察组(46例)。本研究通过本院伦理委员会

的批准。观察组男22例,女24例;平均年龄(55.65±2.49)岁;单发动脉瘤38例,多发动脉瘤8例;前循环动脉瘤42例,后循环动脉瘤4例。对照组男24例,女26例;平均年龄(55.84±2.63)岁;单发动脉瘤42例,多发动脉瘤8例;前循环动脉瘤45例,后循环动脉瘤5例。两组病人性别、年龄及动脉瘤类型、位置等差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对需安置支架的病人,术前4~6 h应用300 mg阿司匹林及300 mg波立维进行抗凝治疗。观察组接受支架辅助弹簧圈栓塞治疗。全麻下,行股动脉穿刺,取5F造影管分别置于双侧颈内动脉与左侧锁骨下动脉行常规脑血管造影和双侧椎动脉造影,对动脉瘤的具体位置、大小及载瘤动脉角度进行确定。术中导引管应用低分子肝素,并持续静脉泵注尼莫地平。应用支架辅助技术,先把置入支架的微导管送至动脉瘤远端1 cm左右处,将Echelon微导管(头端已塑形)引入瘤体中央处用于释放弹簧圈,置入1枚或多枚弹簧圈,采用支架全释放或半释放技术释放支架,调整支架确保其可完全覆盖瘤颈以防止弹簧圈脱出,必要时植入两枚支架,退出微导管后释放支架并解脱。术后常规行DSA造影,了解载瘤动脉通畅情况及栓塞程度。

对照组采用单纯弹簧圈栓塞治疗,除不放置支架外,其余操作与观察组一致。

所有病人术后静脉滴注替罗非班(5 mg/h,持续36 h),同时连续口服3 d阿司匹林(300 mg/d)及波立