

院前急救对急性出血性脑卒中患者的影响

王淑文, 孙 静 (首都医科大学教学医院, 北京市石景山医院急救站, 北京 100043)

[摘要] 目的:分析和探讨院前急救对急性出血性脑卒中患者预后及死亡率的影响。方法:选取急诊科 150 例急性出血性脑卒中患者,其中 107 例经院前急救给予心电监护、吸氧、镇静、脱水降颅压等初步处理后送往石景山医院急诊科就诊,43 例自行来院(未经任何处理,由家属直接送入医院)。对两组患者进行分析比较。结果:107 例患者经过院前急救,预后良好率 37.4%,植物生存率 9.3%,死亡率 5.6%;而其余 43 例患者预后良好率 11.6%,植物生存率 32.6%,死亡率 23.2%。院前急救在争取院内救治时间、降低病死率和神经系统并发症等方面均具有显著的作用和效果。结论:及时有效的院前救治大大降低了急性出血性脑卒中的植物生存率和病死率,对于进一步提高抢救成功率和预后生存质量起到了至关重要的作用。

[关键词] 急性出血性脑卒中;院前急救;预后

Effects of pre-hospital first aid on the patients with acute hemorrhagic stroke WANG Shu-wen, SUN Jing (Shijingshan First Aid Branch of Beijing Shijingshan Hospital, Teaching Hospital of Capital Medical University, Beijing 100043, China)

Abstract: Objective To analyze and explore pre-hospital first aid on prognosis and death rate of patients with acute hemorrhagic stroke. **Method** 150 patients being treated in emergency shelter of Shijingshan hospital during January 2012 to February 2012 were selected. Among them, 107 patients were treated by first aid doctors, including ECG monitoring, oxygen uptake, drugs intake, while other 43 patients had no any treatment before sending to hospital. Two groups of patients were compared in prognosis, recovery and death aspects. **Results** After 6 months follow-up visit, in first aid group, favorable prognosis rate was 37.4%, vegetable rate was 9.3%, death rate was 5.6% in 107 patients. In the other group, favorable prognosis rate was 11.6%, vegetable rate was 32.6%, death rate was 23.2% in 43 patients. **Conclusion** Timely and effective pre-hospital first aid could lower greatly vegetable and death rate in acute hemorrhagic stroke, which have a vital effect on successful rescue and life quality.

Key Words: Acute hemorrhagic stroke; Pre-hospital first aid; Prognosis

脑卒中是当前导致残障和失去独立生活能力的主要原因,急性出血性脑卒中更是威胁着人类的生命和健康。有资料表明:出血性脑卒中占脑卒中的 10%~15%,其中 20%~40%可出现神经功能障碍,且预后不良^[1]。笔者对 2010 年 1 月~2012 年 2 月石景山医院急诊科收治的 150 例急性出血性脑卒中患者(其中经院前救治的 107 例,自行来院的 43 例)进行对比分析,发现经院前救治的出血性卒中患者植物生存及死亡率低,而预后明显较好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2010 年 1 月~2012 年 2 月石景山医院急诊科 150 例急性出血性脑卒中患者,107 例给予心电监护、吸氧、镇静、脱水降颅压等初步处理后送往石景山医院急诊科,43 例未经任何处理自行来院。其中男 83 例,女 67 例,年龄 40~75 岁,平均 61 岁;有高血压病史者 87 例,有冠心病史者 26 例,有糖尿病史者 25 例,三者皆有者 12 例。院前急救组和自行来院组患者在性别、年龄等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.1.1 入选标准:均符合 1996 年中华医学会第四届全国脑血管病会议制定的诊断标准^[2]。

1.1.2 排除标准^[3]:①脑外伤引起的脑出血;②凝血功能异常引起的脑出血;③动脉瘤、动静脉畸形或脑肿瘤等引起的需外科治疗的脑出血;④符合进展性脑卒中的诊断标准,但临床

资料部分缺失患者;⑤有意识障碍或存在严重合并症而不能完成检查及神经功能评定的患者。

1.2 急救措施主要包括以下几方面

1.2.1 现场急救

1.2.1.1 明确挽救重点:急救人员到达现场后根据意识、神态、呼吸情况、血压、瞳孔情况、脉搏、末梢循环及肢体活动情况迅速判断,明确急救的重点。立即给予常规心电图、快速指尖血糖测定、心电血压监测及动脉血氧分压(SpO_2)监护,记录 GCS 评分。

1.2.1.2 开放气道,清除呼吸道异物,痰液多时予吸痰:呼吸平稳者给予双腔鼻导管高流量吸氧,动脉血氧分压低者给予面罩吸氧,呼吸抑制或 GCS 评分 <8 分者,予以口咽通气管或气管插管。

1.2.1.3 快速用留置针建立静脉通道:烦躁明显或持续抽搐的患者酌情肌内注射或静脉滴注地西泮;颅内压增高者给予 20%甘露醇和(或)呋塞米静脉推注;收缩压 >220 mm Hg (1 mm Hg=0.1333 kPa),舒张压 >120 mm Hg 或平均动脉压 >130 mm Hg 时,使用拉贝洛尔 10~20 mg 静脉推注。随机血糖测定值 >17 mmol/L 者,予以胰岛素皮下注射。

1.2.2 转运途中的救治及护理

1.2.2.1 ①适当体位:病情不稳定或随时有呕吐者采取平卧位,头偏向健侧。②保证呼吸道通畅:对意识不清的患者,转运途中需用吸引器及时清理口咽腔分泌物、呕吐物、血凝块

等;有舌后坠者,用舌钳把舌拉出并将头转向一侧,或放置口咽通气管;有呼吸衰竭者行气管插管,简易呼吸器辅助呼吸,保证氧气吸入的有效浓度。持续心电血氧监测。③维持有效的循环:保证输液通畅,根据病情使用血管活性药和降颅压药物。

1.2.2.2 病情观察:转运途中严密观察患者意识、生命体征的变化。如躁动不安患者突然安静、昏睡,应怀疑病情恶化;随时监测生命体征的变化,出血性脑卒中患者有明显的颅内高压征,将血压维持在一个适度高的水平,以保证脑供血^[4]。患者有明显的高颅压征,如患者出现呼吸、心搏骤停,立即采取心肺复苏术。及时与接诊医院联系,随时做好接诊的准备。

表 1 两组治疗结果及预后比较表[例(%)]

组别	例数	良好	中度残疾	重度残疾	植物生存	死亡	Z 值	P 值
院前急救组	107	40(37.4)	32(29.9)	19(17.8)	10(9.3)	6(5.6)	-8.039	0.000
自行入院组	43	5(11.6)	8(18.6)	6(14.0)	14(32.6)	10(23.2)		

经过统计学分析,两组患者在死亡率及预后方面差异有统计学意义($P < 0.05$)。与自行入院组患者相比,院前急救组患者预后良好,而植物生存率及死亡率明显较低。

3 讨论

现场急救、转送途中救护、院内急救诊治,是一条出血性脑卒中急救链。而畅通气道、建立静脉通路、脱水降压、监测生命体征、随时处置各种危及生命的情况,则是院前急救的救治要点。急性出血性脑卒中的患者能够安全运送到医院救治,并降低死亡率,采取一定的院前急救措施是很有必要的^[6]。

院前快速诊断十分重要。急性出血性脑卒中是临床常见的急危重症,起病急骤,变化快。每延迟 1 min 就意味着无数脑细胞死亡。由于院前急救的特殊性,不可能对出血性脑卒中患者作出细致全面的诊断,但是一个完善的急救医疗服务系统(EMS),对出血性脑卒中院前评估的敏感性、准确性和院内的神经专科几乎是相同的^[7]。因此,院前急救可以在有效治疗时间窗内尽快减轻脑水肿,避免出血灶的继续扩大,为院内继续抢救赢得宝贵时间。有资料报道,血肿扩大,血肿周围水肿形成与发展和组织损伤可对脑出血长期预后产生不良影响^[8];神经功能缺损重者临床治疗过程中易出现并发症,导致日常生活功能下降、预后不良^[9]。

院前急救所承担的不仅仅是转运患者,更重要的是为患者提供恰当的救治,力求降低患者入院前的危险性,提高急性出血性脑卒中患者入院后的抢救成功率,减少并发症。医务人员除了及时、有效地开放气道,降颅压外还可以指导家属搬运,防止因搬运时体位不正确使颅内出血量加大,进而导致脑水肿、脑疝形成,加速患者死亡^[10]。

因此,高效、合理的院前急救对于提高急性出血性脑卒中

1.3 统计学处理:运用 SPSS17.0 软件包进行计算,组间差异采用秩和检验 Mann - Whitney 进行分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

院前急救组患者发病后,急救人员到达现场进行有效抢救时间为 6 ~ 20 min,平均(15.1 ± 5.2)min。自行入院组患者发病后被家属送到医院抢救时间为 26 ~ 48min,平均(32 ± 6)min。两组发病 6 个月后根据格拉斯哥预后评分(GOS)标准^[5]进行疗效评定,结果详见表 1。

患者的抢救成功率和预后生活质量起了至关重要的作用,应该大力发展和完善院前急救系统。

4 参考文献

[1] Leira R, Davalos A, Silva Y, et al. Early neurologic deterioration in intracerebral hemorrhage: predictors and associated factors[J]. Neurology, 2004, 63(3):461.

[2] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.

[3] 杨伟民, 滕军放, 王月玲. 急性出血性脑卒中进展及与预后关系的前瞻性研究[J]. 山东医药, 2011, 51(24):4.

[4] 北京神经病学学术沙龙. BNC 脑血管病临床指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:29-30, 60-61.

[5] 刘永珍, 于逢春, 尹静, 等. 脑卒中后抑郁状态对预后的影响:7 年随访[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2010, 36(5):292.

[6] 向凯元. 现场系统急救对降低重症脑出血患者死亡率的分析[J]. 中国急救医学, 2007, 27(8):752.

[7] Ellison SR, Gratton MC, Schwab RA, et al. Prehospital dispatch assessment of stroke[J]. MoMed, 2004, 101(1):64.

[8] Kwan J, Hand P. Early neurological deterioration in acute stroke: clinical characteristics and impact on outcome[J]. QJM, 2006, 99(9):625.

[9] 杨磊, 秦伟, 胡文立. 脑出血研究新进展[J]. 中风与神经疾病杂志, 2007, 24(1):114.

[10] 于慧珍. 急性脑血管病[M]. 现代急诊医学, 1997, (上):763.

[收稿日期:2012-08-24 编校:王丽娜]