

120 与脑外科紧密配合提高脑卒中抢救成功率

任玲¹⁾, 钟林¹⁾, 王志芳¹⁾, 邢冬梅²⁾, 瞿冬煜³⁾, 卢森³⁾

(1) 云南省急救中心, 云南昆明 650601; 2) 云南省第三人民医院神经内科; 3) 神经外科, 云南昆明 650000)

[摘要] **目的** 探讨危重脑出血院前转送最短抢救途径. **方法** 用随机转送、回顾性调查分析 120 转送 484 例脑卒中资料. **结果** 院前转送脑卒中有 87.2% 是危重患者; 院前与院内 CT 诊断比较有明显差异 ($P < 0.05$); 内科治疗脑梗好转率为 96%; 危重脑出血外科好转率 82% 显著好于内科治疗 ($P < 0.01$). **结论** 120 能起桥梁作用, 缩短转送中间滞留时间. 危重脑出血手术治疗好于内科治疗.

[关键词] 院前急救; 脑卒中; 神经内科; 神经外科

[中图分类号] R544.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003 - 4706 (2012) 06 - 0096 - 03

Cooperation with 120 and Department of Neurosurgery Improves the First Aid Success Rate of Stroke

REN Ling¹⁾, ZHAONG Lin¹⁾, WANG Zhi - fang¹⁾, XING Dong - mei²⁾, QU Dong - yi³⁾, LU Biao³⁾

(1) The Emergence Center of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650601; 2) Dept. of Neurology; 3) Dept. of Neurosurgery, The Third People's Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650011, China)

[Abstract] **Objective** Explore the critical brain hemorrhage hospital before forwarding the shortest way of rescue. **Methods** With random transfer and retrospective analysis by 120 First-aid station, the data of 484 patients with suspected stroke were analysed. **Results** 87.2% suspected stroke patients by 120 pre-hospital transfer were critical patients. There was obvious difference in diagnosis between with prehospital cases and hospital cases. For cerebral infarction, the improvement rate was 96% at medical ward. For cerebral hemorrhage, the surgical treatment was superior to medical treatment ($P < 0.01$). **Conclusions** The 120 can play a role as a bridge to shorten the forwarding intermediate residence time. Critical cerebral hemorrhage surgery better than medical treatment.

[Key words] Prehospital First-aid; Stroke; Neurology; Neurosurgery

云南省急救中心在 2008 年至 2009 年 2 a 共完成急救事例任务 100 393 次, 其中抢救脑卒中 6 112 人, 危重患者数次 3 836 例, 呼唤 120 的脑卒中患者危重率占 62.76%^[1], 院前急救如何更好配合神经内外科、ICU 在治疗脑卒中进展, 让更多的脑卒中患者在治疗“时间窗”内得到有效治疗, 120 在脑卒中单元管理中起到快速桥梁作用.

脑卒中在院前急救中发生率 6.1%; 昆明市脑卒中中年发病率 110.73 /10 万; 四季发病无明显差异存在, 与我国脑卒中发病情况相比, 昆明市脑卒中发病率处在全国水平中上线^[1]. 北京地区脑卒中

发病率最高的城市约 680/10 万, 最低的城市约 68/10 万^[2]. 脑卒中临床指南示缺血性卒中溶栓的时间窗非常短暂 3 ~ 6 h, 出血性脑卒中手术治疗 6 ~ 24 h^[3]. 院前急救要发挥快速、专业特点, 缩小具体实践和临床指南之间的差距, 脑卒中发病率在全国水平中上线^[1]. 缺血性卒中溶栓的时间窗非常短暂 3 ~ 6 h^[2]. 出血性脑卒中手术治疗 6 ~ 24 h^[3]. 缩小具体实践和临床指南之间的差距, 将对脑卒中患者的预后产生直接的影响. 院前急救在脑卒中的生存链中占有十分重要的地位.

[作者简介] 任玲 (1962 ~), 女, 山西沁源县人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事急救医学临床工作.

1 资料与方法

1.1 一般资料

与云南省第三人民医院神经内科、外科联合开展脑卒中患者院前与院内多项目对比观察。诊断依据1995年10月中华医学会第四届全国脑血管疾病学术会议通过的《各类脑血管病诊断要点》标准。

2011年1~12月120送入云南省第三人民医院神经内科脑卒中总数484例,其中70例转入外科治疗,24例在ICU治疗。送入院后均在1~2h内经CT证实。平均年龄63.09,住院天数4~47d;男271例,女213例。危重人数422例。院内诊断脑出血148例、脑梗317例,蛛网膜下腔出血17例。120诊断为脑出血33例、脑梗塞54例,蛛网膜下腔出血5例,急性脑血管意外267例,原因待查126例(抽搐,眩晕,昏迷)。

70例转入外科:危重65例,蛛网膜下腔出血6例,脑梗2例,脑出血62例:脑出血7例血肿量幕上>30mL,9例幕下小脑出血量>10mL,10例脑室出血或脑室铸型;(2)7例意识有障碍(GCS6~8分意识障碍中度者),但其呼吸、血压等生命体征稳定,病情无逐渐加重者。6例一侧瞳孔散大,脑疝,发生时间<2h;双侧瞳孔散大,但对脱水剂有效,全身器官功能尚好,根据患者病情、经济状况和外科技术水平,送外科治疗。23例出血表浅如皮层下、壳核和小脑出血发病后意识障碍轻微,其后缓慢加深。

24例送往ICU病房或外科:19例脑干出血和脑疝形成;6例双侧瞳孔散大固定,深昏迷并多器官功能衰竭。

送内科治疗167例脑梗,86例意识清楚脑出

血,蛛网膜下腔出血5例。

1.2 资料收集

120接诊疑似脑卒中患者后,院前诊断力求明确脑梗、脑出血、蛛网膜下腔出血;对疑似患者确实分不清采用脑卒中、急性脑血管意外、抽搐,眩晕,昏迷原因待诊模糊诊断。送入云南省第三人民医院神经内科,院内记录,主要内容院前诊断、院内CT诊断、主要治疗措施、转入外科的原因及转归。累计分析1a的资料。

1.3 转归判断

好转:病情稳定,生命征平稳;死亡者,包括放弃治疗的。

1.4 统计学分析

计数资料以百分率表示,所有结果均经统计软件SPSS进行统计分析,采用卡方 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

提前转送484例脑卒中中男27例占56%,女213例占44%;男女比为1.27:1;危重人数422人,120转送脑卒中危重率87.2%。

院前诊断与院内诊断存在明显差距, $P<0.05$ 。院前脑出血诊断符合9%,脑梗14%。模糊性诊断如急性脑血管意外,抽搐、眩晕、昏迷原因待查使用过多,见表1。

脑梗在内科治疗好转率96%,3h内溶栓效果较好,而外科2例脑梗由于颅内压过高行大骨瓣减压,2例死亡。从资料看转入外科治疗63例脑出血都是危重患者,危重率90%,而外科好转率82%,内科脑出血好转率只有45%,见表2。

脑出血发生率为31%,内科86例,外科63例。

表1 院内与院前脑卒中诊断率比较(n)

Tab. 1 Comparison of the diagnostic rate of stroke between in and out of hospital (n)

类别	院内诊断	诊断率(%)	120诊断	诊断率(%)
脑出血	148	31*	33	68
脑梗	317	65	54	11
蛛网膜下腔出血	17	5	5	1
急性脑血管意外	-	-	267	55
其他原因待查	-	-	126	26
总数	484	-	484	-

与院前诊断比较,* $P<0.05$ 。

表 2 神经内科、神经外科和 ICU 脑卒中好转率比较 [n(%)]

Tab. 2 Comparison of the improvement rate of stroke between Department of neurology, neurosurgery and ICU [n(%)]

病种	神内	好转	神外	好转	ICU	好转
脑出血	86	39 (45)	62	51 (82)	19	3 (16)
蛛网膜下腔出血	5	3 (60)	6	4 (80)	0	0 (0)
脑梗塞	317	374 (96)	2	2 (0)	5	1 (20)

3 讨论

据悉,我国脑血管病死亡率高于欧美国家 4~5 倍。有报告显示,目前脑卒中给我国带来的社会经济负担每年达 400 亿元。目前我国脑卒中发病率年增长近 9%。根据卫生部部长陈竺在 2011 年中国脑卒中大会暨全国心脑血管病防治管理论坛强调:“未来 3~5 a,将在全国建立起 200 家 300 家脑卒中筛查与防治基地,3 a 内在全国筛查高危人群 100 万人。脑卒中发病率控制在 6% 以内。构建脑卒中筛查与防治体系;建立多机构、跨学科、多部门的协同防治和科研机制”。

120 是与医生为核心院前急救队伍,应该在防止脑卒中这一我国最大的慢性病中发挥其专业性、技术性、快速转运等优势,无论溶栓或外科治疗都力争在“时间窗”内。

高血压脑出血 (HICH) 是神经系统的常见病及多发病,传统的治疗观念是采取内科治疗,但疗效不满意。重症型出血性脑卒中内科治疗总死亡率 50%~90%,而外科治疗目前国内报道总死亡率为 3%~51%^[4]。本组脑出血发病率占脑卒中 31%,转入外科治疗脑出血危重率占 90%,而好转率 82% 好于内科 45% 好转率。外科死亡率的悬殊与各家选择手术适应症、手术条件、手术水平等因素有关。要一改以往以内科治疗为主的思想,合作或促进区域内脑外科发展。

近 10 多年来,随着神经外科手术方法和手术器械的不断改进和发展,近年来由于血肿碎吸术、血肿溶解术、小骨窗血肿清除术、立体定向血肿穿刺术、内镜血肿清除术、微创钻孔或开窗血肿清除术等的开展,使得一些手术操作变得简单易行、创伤小。因此外科治疗的指征有放宽的趋势^[5]。外科已经是抢救危重脑出血的不可缺少手段。也是一个地区脑外科发展的重要方向。

120 的患者来源有两部分,一部分是 CT 诊断明确的转院患者;另一部分是诊断不明现场患者。

要熟悉中华医学会第四届全国脑血管病学术会议通过的“各类脑血管病诊断要点,医生只能根据症状、病史和体征快速评估病情和初步诊断,排除脑外疾病如低血糖、脊髓神经硬化症、癫痫等。脑出血转外科总结如下:(1)血肿量幕上 > 30 mL (若血肿量 < 30 mL,对脑重要功能区有压迫而引起神经缺失如偏瘫、失语等);(2)幕下小脑出血量 > 10 mL (若出血量 < 10 mL,但四脑室受压变形,出现梗阻性脑积水);(3)脑室出血或脑室铸型;(4)意识有障碍 (GCS 6~8 分意识障碍中度者),但其呼吸、血压等生命体征稳定,病情无逐渐加重者;(5)一侧瞳孔散大,脑疝发生时间 < 2 h;双侧瞳孔散大,但对脱水剂有效,全身器官功能尚好,根据患者病情、经济状况和外科技术水平,可送外科治疗;(6)出血表浅如皮层下、壳核和丘脑出血发病后意识障碍轻微,其后缓慢加深;(7)蛛网膜下腔出血放支架。

[参考文献]

- [1] 任玲,李雪梅. 2008年至2009年昆明市院前急救脑卒中情况分析[J]. 中国美容医学,2010,19(4):349.
- [2] 袁锦楣,李海峰. 缺血性脑血管病超早期治疗[J]. 中华内科杂志,1999,38(10):711.
- [3] 刘平. 我国脑卒中溶栓时间窗待缩短[J]. 今日药学,2011,21(6):1658-1664.
- [4] 朱志辉. 早期小骨窗治疗高血压脑出血[J]. 实用医学杂志,1998,14(2):130.
- [5] 陈坚,朱文昱,兰青,等. “锁孔”手术治疗高血压脑壳核出血[J]. 中华神经医学杂志,2003,2(2):27-30.
- [6] 黄强,兰青. 神经外科手术新概念[J]. 江苏医药,2001,27(5):371-372.
- [7] 包华,郜立红. 自发性蛛网膜下腔出血111例临床观察[J]. 牡丹江医学院学报,2006,27(2):30-32.
- [8] 王建清,陈衔城,吴劲松,等. 高血压脑出血手术时机的规范化研究[J]. 中国临床神经外科杂志,2003,8(1):21-24.

(2012-02-22 收稿)