

ond stage of labour for women without epidural anaesthesia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 25(5):74-80.

[13] Inge Meyvis MSc BaM, Bart VB, Karine Goormans MScN BaM, et al. Maternal position and other variables; effects on perineal outcomes in 557 births[J]. Birth, 2012, 39(2):115-120.

[14] 张惠欣, 郝荣, 张宏玉, 等. 第二产程分娩体位对分娩结局的影响[J]. 中华围产医学杂志, 2014, 17(11):743-747.

[15] 范如珍. 分阶段体位调整对初产妇妊娠结局及新生儿的影响[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(15):3044-3046.

(收稿日期:2017-04-21 修回日期:2017-06-26)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.31.052

急诊流程再造对改善脑卒中预后的重要性分析

张秀容, 石敏, 何世娟

(四川省宜宾市第二人民医院急诊科 644000)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)31-4463-02

美国爱荷华州大学卒中中心 Adams 教授提出“自患者第一症状开始, 时间就是大脑”。脑卒中患者的治疗存在“治疗时间窗”^[2-5]。最新的急性脑卒中早期管理指南建议: 缺血性脑卒中溶栓治疗以发病 3~4.5 h 内疗效最佳, 出血卒中以发病 6~7 h 内进行手术为佳^[6-7]。因此, 早期急救时间直接影响患者的预后。为提高本院脑卒中患者院内外急救效率, 从而改善患者预后, 本科将急诊流程再造的理论和应用到急诊工作中, 并与常规急诊急救流程进行对比分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院于 2015 年 1 月实施脑卒中急诊急救流程重组, 并实施于脑卒中急救患者, 收集院内外急救和住院患者的资料 40 例, 设为观察组; 回顾性分析 2014 年实施常规急救流程的脑卒中患者临床资料 40 例, 设为对照组。

1.2 纳入标准 (1) 本院 120 出诊接回, 经头颅 CT 或 MRI 确诊的脑卒中患者; (2) 年龄小于 80 岁; (3) 除脑卒中外无其他致命性或致残率高的疾病。排除标准: (1) 由下级医疗机构经 120 转入本院的患者; (2) 患有严重肝、肾、心、肺功能不全患者; (3) 癌症患者。观察组与对照组患者在年龄、性别、既往史等方面比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	n	性别(n)		既往史(n)			年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)
		男	女	高血压	糖尿病	冠心病	
观察组	40	25	15	33	14	13	52.7 ± 12.5
对照组	40	23	17	30	11	15	53.9 ± 14.2
χ^2/t		0.21		0.67	0.52	0.22	0.40
P		0.82		0.59	0.63	0.82	0.69

1.3 方法

1.3.1 对照组 对照组患者均给予本院常规急救流程进行管理, 具体如下: 120 接到电话后按顺序派诊, 院前急救小组随车出诊; 院前急救常规处理(监测血压、吸氧、建立静脉通路、监护), 治疗后转运; 回院后急诊科不做专科检查处理, 直接送至病房后再由专科医生检查确诊并治疗。

1.3.2 观察组 观察组实施急救流程再造, 具体方法如下。

1.3.2.1 院前急救 (1) 120 调度: 对于高度疑似脑卒中的患

者, 120 立即开放院外急救绿色通道, 优先出诊(3 min 内出车), 优先转运, 并第一时间电话指导家属进行急救。(2) 院前急救小组成员到达现场后严格按照 2013 年美国心脏协会/美国脑卒中学会(AHA/ASA)联合在线发布的最新脑卒中早期管理指南进行相关的评估和管理^[5]。疑似卒中患者要求完成如下内容: 通畅和管理气道、呼吸和循环, 启动心脏监测, 吸氧维持氧饱和度大于 94%, 建立静脉通路, 监测血糖并治疗, 确定发病时间、获得家庭信息, 快速转运, 院内衔接准备接收患者; 不推荐内容有: 不降血压, 除非病情需要, 避免过量输液, 避免给予非低血糖患者含糖液体, 不经口给药保持禁食, 不要因为院外处理延误转运。在治疗的同时或边治疗边快速转运患者。

1.3.2.2 院内急救 院内急救小组在第一时间内准备好抢救、检查、转送病房等各种准备; 患者到院后, 急救与专科检查同时进行, 确诊后直接转入神经内科或外科病房, 转送患者途中不间断评估患者病情, 并作相应治疗。

1.4 观察指标 (1) 两组患者院前治疗前及入院治疗 1 个月后神经功能缺损评分, 均按美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分。(2) 院前急救反应时间: 从接到 120 急救电话到给予专业护理的时间; 院内急救时间: 从患者到院、完善检查至转送到专科病房开始治疗的时间。(3) 入院 1 个月后患者的致残率、存活率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 比较采用 t 检验, 计数资料用频数或率描述, 比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者神经功能缺损评分比较 治疗前两组 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 1 个月两组 NIHSS 评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 院前急救反应时间及急诊科救治时间比较 与对照组相比, 观察组的院前急救反应时间和急诊科救治时间均明显缩短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 存活率和致残率比较 观察组和对照组存活率分别为 92.5% 和 70.0%, 观察组显著高于对照组 ($P < 0.05$)。存活的病例中, 观察组致残率 37.8%, 对照组为 71.4%, 观察组致残

率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者神经功能缺损评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前评分	治疗后 1 个月
观察组	40	17 ± 7*	13 ± 4 [#]
对照组	40	18 ± 7	10 ± 4
t	0.64	0.64	3.54
P	0.52	0.52	0.003

*: $P > 0.05$, 与对照组治疗前比较; #: $P < 0.05$. 与对照组治疗后比较

表 3 两组院前急救反应时间及急诊科救治时间比较 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	n	院前急救反应时间	急诊科救治时间
观察组	40	11.2 ± 2.7	17.2 ± 8.1
对照组	40	14.1 ± 4.5	22.8 ± 12.5
t		3.50	2.38
P		0.01	0.02

*: $P < 0.05$, 与对照组比较

表 4 两组患者存活率和致残率比较 [n (%)]

组别	n	存活	致残
观察组	40	37(92.5)	14(37.8)
对照组	40	28(70.0)	20(71.4)
χ^2		6.65	7.21
P		0.02	0.01

*: $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

脑卒中是急性脑循环障碍迅速导致局限性或弥漫性脑功能损伤的临床事件,是引起人类死亡的三大疾病之一,具有发病率高、致残率高、并发症多等特点^[1]。据调查,我国 40 岁以上罹患脑卒中的人群高达 1 036 万人,流行病学调查显示,我国脑卒中的发病率为 110/10 万~180/10 万,年病死率为 80/10 万~120/10 万,与发达国家 80% 以上的康复率相比,我国致残率高达 75%^[2],重度致残的约占 40%,严重危害人类健康,并占用大量的医疗和社会资源。因此,通过急救流程的改造与优化,缩短脑卒中患者的治疗时间窗,极大地改善患者的预后。

3.1 缩短患者发病至获得专科救治时间,可明显改善脑卒中患者预后。金凤艳等报道 3 h 内的脑梗死患者进行 rt-PA 静脉溶栓的总有效率为 79%,治愈率为 54%;李斌等在 3 h 内 rt-PA 静脉溶栓治疗急性脑梗死疗效分析中显示溶栓后 24 h 溶栓组 BI 评分明显优于对照组,证明 3 h 内 rt-PA 静脉溶栓治疗急性缺血性脑卒中是有效的,能很大程度上减少患者神经功能缺损的发生,极大地改善患者的预后;国内学者徐敏等报道建立院内卒中应急流程将溶栓前院内等待时间由 121 min 缩短到 93 min,院内溶栓率由 1.13% 提高至 5.39%。因此,如何有

效缩短患者院内外急救时间,争取尽快地专科治疗,对患者的预后非常重要。

3.2 以时间就是生命、时间就是预后的需求出发,改造急诊急救流程,降低脑卒中患者致残率、致死率。脑卒中常规急救流程存在信息滞后,流程繁琐,转诊延缓^[3],第一时间救治不及时等问题,明显影响脑卒中救治成功率;通过急诊流程再造,对流程的有效性、可行性、实用性进行根本性的思考和分析,使急诊护理专、精、准,急救流程短、快、优,从而产生更具价值的结果。

综上所述,对脑卒中患者的急救进行流程再造并贯彻于临床实践,能明显缩短院前急救反应时间、院内救治时间,同时使患者第一时间获得专业救治,提高患者溶栓或手术机会,这与以往报道类似^[8-11];也能有效降低患者致残率和提高患者生存率。

参考文献

- [1] 刘娟. 一体化急救护理方案对脑卒中患者急救效果的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(2): 173-175.
- [2] Jauch EC, Saver JL, Adams HJ, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association[J]. Stroke, 2013, 44(3): 870.
- [3] 张小雪, 张京芬. 国内急性期缺血性脑卒中的溶栓治疗现状分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(2): 222-224.
- [4] 刘江华, 张剑锋, 雷卓青. 不同院前急救方式对急性脑卒中救治的影响研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(11): 3663-3665.
- [5] 陈兰, 黄亚娟, 张霞明, 等. 脑卒中急救护理小组模式在脑卒中病人抢救中的应用效果[J]. 护理研究, 2014, 28(4): 489-490.
- [6] 程忻, 董强. 2013 年美国急性缺血性脑卒中患者早期管理指南解读[J/CD]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2013, 5(6): 95-98.
- [7] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [8] 曲松涛, 封平, 张清芝. 运用精益管理降低医院运营成本的实践[J]. 中国医院管理, 2009, 29(12): 80-80.
- [9] 白玉华, 卢瑞红, 邓红菊, 等. 院前急救在急性脑卒中患者的应用[J]. 蛇志, 2013, 25(3): 277-278.
- [10] 柳新胜, 郭章宝, 雍永权. 标准化院外急救流程对急性脑卒中的救治影响[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2015, 10(3): 219-221.
- [11] 苏庆杰, 陈琳, 李鹏翔, 等. 海南省急性脑梗死患者溶栓治疗现状调查及其原因分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(10): 1058-1060.

(收稿日期: 2017-03-18 修回日期: 2017-06-28)