

# 医疗互动在双向转诊体制下对 急诊脑疝患者的救治意义

张宏兵<sup>1</sup> 张建康<sup>2</sup> 苏宝艳<sup>1</sup> 王晓峰<sup>1</sup> 郑龙<sup>1</sup>

**【摘要】** 目的:探讨医疗互动在双向转诊体制下对急诊脑疝患者的救治意义。方法:回顾分析 2014-05—2015-01 陇县人民医院急诊脑疝患者 32 例(A 组),均采用转诊我院治疗。2015-02—2016-04 两家医院采取了医疗互动对急诊脑疝患者的救治策略,经简单培训,陇县人民医院直接接诊脑疝患者,上级医疗人员移动,就地手术治疗 51 例(B 组)。并对患者术前的一般情况及愈后进行比较。结果:B 组较 A 组能使患者及时得到有效救治;术后 1 个月患者意识状态 B 组优于 A 组;A 组、B 组死亡分别为 12 例(37.50%)、9 例(17.65%),2 组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:医疗互动是目前双向转诊救治体系的必要补充,尤其对神经外科脑疝的危急患者,能使其得到及时有效的救治,有一定的推广价值。

**【关键词】** 医疗互动;双向转诊体制;脑疝

doi:10.13201/j.issn.1009-5918.2016.11.010

**【中图分类号】** R651.1 **【文献标志码】** A

## The meaning of medical personnel mobile in treating emergent cerebral hernia patient in the system of two-way referral

ZHANG Hongbing<sup>1</sup> ZHANG Jiankang<sup>2</sup> SU Baoyan<sup>1</sup>  
WANG Xiaofeng<sup>1</sup> ZHENG Long<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Department of neurosurgery, the people's Liberation Army Third Hospital, Baoji 721004, China; <sup>2</sup>Department of Surgery, People's Hospital of Long County)

Corresponding author: ZHENG Long, E-mail: 13689170106@163.com

**Abstract Objective:** To explore the significance of medical personnel mobile in treating emergent cerebral hernia patient in the system of two-way referral. **Method:** Team A: 32 emergent cerebral hernia referrals from People's Hospital of Long County (Second level of first-class hospital) to the Third Hospital of Chinese PLA (Level of first-class hospital) from May, 2014 to January, 2015. Team B: the Third Hospital of Chinese PLA began to carry on medical personnel mobile for treating emergent cerebral hernia patients at People's Hospital of Long County from February, 2015 to April, 2016. At first, local hospital neurosurgical doctors trained by medical professionals from the Third Hospital of Chinese PLA treated 51 cerebral hernia patients at the local hospital. Preoperative factors and prognosis were compared between the two groups of patients. **Result:** Patients in Group B received effective treatment timely. Consciousness at postoperative 1 month in group B is better than that of group A. The death rate in group A is 12 (37.50%) and in group B is 9 (17.65%). The two groups have significant differences. **Conclusion:** Medical personnel mobile is a necessary complement for the system of two-way referral which has some promotional value, especially for treating neurosurgical emergent cerebral hernia patient.

**Key words** personnel mobile; two-way referral system; cerebral hernia

我国目前推行的双向转诊制度在疾病的分级诊疗中发挥了积极作用,使患者及各级医院得到双赢<sup>[1-2]</sup>。但是,对于神经外科的急危重患者,由于手术难度高,下级医院不能独立开展治疗,往往只能转上级医院,而在患者转诊过程中常常会延误救治时机,特别是神经外科脑疝的患者,患者的救治就是和时间赛跑,有“黄金 1 h”的说法,这个阶段的救治直接关系到患者的治疗效果<sup>[3-5]</sup>。针对以上问题,我解放军第三医院(三甲)与陇县人民医院

(二甲)采取医疗互动对双向转诊制度的完善,使医护人员移动起来,对急诊脑疝患者进行就地治疗,效果满意,现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

A 组:2014-05—2015-01 陇县人民医院急诊接诊的脑疝患者 32 例,均转诊我院并手术治疗;男 19 例,女 13 例;年龄 13~79 岁,平均(52.81±15.01)岁;其中外伤 13 例,脑出血 19 例。B 组:2015-02—2016-04 陇县人民医院急诊接诊的脑疝患者 51 例,两家医院采取医疗互动后就地手术治疗;男 31 例,

<sup>1</sup>解放军第三医院神经外科(陕西宝鸡,721004)

<sup>2</sup>陇县人民医院外科

通信作者:郑龙, E-mail: 13689170106@163.com

女 20 例;年龄 9~78 岁,平均(52.72±18.12)岁;其中外伤 21 例,脑出血 30 例。

### 1.2 纳入及排除标准

纳入标准:2 组患者均有完整的陇县人民医院急诊科就诊病历资料,首诊时均为脑外伤或高血压脑出血后继发早期脑疝患者(就诊时一侧瞳孔有变化,呼吸心率相对平稳),家属有良好的治疗依从性。排除标准:排除动脉瘤等其他原因的脑出血患者,排除原发脑干伤,排除脑疝晚期的患者(就诊时双侧瞳孔散大及呼吸不规则),排除家属原因放弃治疗者。

### 1.3 2 组患者就诊流程

A 组:32 例患者在陇县急诊诊断后,均采用救护车送往我院,两医院相距约 100 km,路程约 1 h,转入我院后均给予开颅手术治疗,病情平稳后出院或转回当地医院康复。

B 组:两家医院实施医疗互动治疗的策略后,首先对县级医院医护人员进行了 2 周时间的术前准备及术后护理的简单培训。51 例患者均在县医院急诊科明确脑疝诊断后,电话通知上级医院,通

过通讯工具病情汇报,影像资料传阅,上级医院在了解患者病情后制定手术方案,县级医院随后就地积极准备手术,同时我院医疗人员移动陇县人民医院协同手术。术后根据患者病情,有必要时转我院进一步治疗,病情平稳后出院或转回当地医院康复。

### 1.4 观察指标

通过回顾患者就诊病历,门诊及电话随访,观察两组患者的性别、年龄、病因、接诊到手术开始时间,患者的死亡率,1 个月后患者意识状态等。

### 1.5 统计学处理

应用 SPSS 17.0 软件对 2 组术前、术后资料进行统计分析,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2 组患者年龄、性别、病因比较,经统计学检验,差异无统计学意义。2 组患者的首诊时间到手术开始时间差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),医疗互动后的时间明显较少,从而能早期解除早期脑疝。见表 1。

表 1 2 组患者术前资料

术前资料	A 组(n=32)	B 组(n=51)	$\chi^2/t$	例(%), $\bar{x} \pm s$
性别				
男	19(59.38)	31(60.78)	$\chi^2=0.016$	0.898
女	13(40.62)	20(39.22)		
病因				
脑出血	13(40.62)	21(41.18)	$\chi^2=0.002$	0.960
脑外伤	19(59.38)	30(58.82)		
年龄/岁	52.81±15.01	52.72±18.12	$t=0.023$	0.982
接诊到手术开始时间/h	2.68±0.40	1.14±0.30	$t=19.871$	0.000

2 组术后 1 月死亡率比较,A 组患者术后死亡 12 例,B 组患者术后死亡 9 例,2 组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。对 1 个月后 2 组抢救成功患者的意识状态进行分析,A 组抢救成功 20 例患者中 9

例意识不清,11 例清醒;B 组成活抢救成功 42 例患者中 9 例意识不清,34 例清醒,2 组患者的意识状态差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者术后资料

术后 1 个月资料	A 组(n=32)	B 组(n=51)	$\chi^2$	例(%)
患者存活情况				
抢救成功	20(62.50)	42(82.35)	4.101	0.043
死亡	12(37.50)	9(17.65)		
抢救成功患者				
清醒	9(45.00)	33(78.57)	6.988	0.008
昏迷	11(55.00)	9(21.43)		

## 3 讨论

目前我国医疗推行的双向转诊制度能合理有效的进行分级诊疗,很大程度的解决了上级医院患者多、医生少、床位不足,患者看病难,而下级医院

医疗资源闲置的现象,使大部分常见疾病能在县级医院解决问题,有利于患者就诊及医疗资源的充分利用,是一种很好的医疗决策。但仍有一部分危重复杂的疾病,由于下级医院的技术力量无法达到有

效治疗,不管病情多么危急,只能向上级医院转诊,而转诊又有可能耽误病情的最佳救治。基于这种情况,并结合当地医疗水平及地理位置的特点,我院和陇县人民医院建立了一种医疗互动治疗模式,即就是将患者的转诊转变为医疗人员的转诊,对于病情急危复杂的患者实施这种医疗互动模式,进行对下级医院的技术力量支持,使这类患者的救治水平提高,也是目前双向转诊制度的必要补充,要做好这种医疗互动救治模式,笔者认为必须做好以下几点:①两级医疗管理部门要充分认识到医疗互动的重要意义,做好协调,建立相应的制度流程,薪酬补贴制度,调动两级医院医护人员的积极性。②两级医院的相关科室需进行简单培训,明确这种治疗模式的分工及各救治阶段的处理要点,并阶段性总结完善。③两级医院主导医生建立良好的交流信息平台,随时保持交流指导。下级医院医护人员可短期进修这类急危患者的常规管理,提高救治水平。

神经外科脑疝患者有较高的病死率和致残率,脑疝后病死率则高达 60%~85%<sup>[3]</sup>,手术应力求早期、迅速,患者的手术时机与预后关系极为密切,早期手术能有效避免脑干进一步的继发性损伤。脑疝后会对邻近的神经、血管以及脑组织形成压迫,造成一系列的并发症的发生<sup>[4]</sup>。随着时间的增加不可逆性的脑损害就会明显增加<sup>[5]</sup>。医疗互动模式抢救脑疝患者的主要优点就是节省术前时间,神经外科疾病脑疝大于 2 h,则救治困难,所以脑疝患者需在伤后“黄金 1 h”内得到有效救治,这个阶段的救治直接关系到患者的救治效果<sup>[6-8]</sup>。探讨时间对治疗效果的影响以及如何缩短受伤到治疗的时间是一个重要的课题,国内汪锡华等<sup>[9]</sup>将重型颅脑损伤患者,以受伤到手术时间的不同进行分组,结果患者术前时间与预后呈负相关,术前时间越短,预后越好,缩短术前时间可以有效地改善预后,其他的继发性脑疝患者也是手术介入越早越好。本研究中我们采取医疗互动后,B 组的患者从就诊到手术开始的时间明显缩短,在当地医院积极术前准备手术的同时,上级医院医疗人员同时转诊,在这过程中,两级医生可通过微信等通讯交流平台,积极沟通,确定具体治疗方案。减少了以前模式下患者的转诊时间,将这部分时间有效的利用为患者的救治时间,B 组患者解除脑疝时间较以前常规转

诊的 A 组患者明显缩短,在疗效上也有明显提高,从患者的死亡率及患者愈后意识方面 B 组较以前常规转诊的 A 组明显占优。

综上所述,在神经外科医疗互动模式对下级医院接诊的继发性脑疝患者的救治有一定的临床应用价值,关键是能在保证救治技术水平的基础上尽可能早的缓解颅内高压,减轻脑干的继发性损伤。这种医疗互动模式也是目前双向转诊制度的一个必要的补充,为这种危急难病情的患者建立一种更适合的救治体系。但医疗互动需要结合两家医院的技术水平,相互之间的地理位置,制定相应的诊疗流程与制度,才能在危急难病情的患者救治中发挥其重要作用。

#### 参考文献

- [1] 杨坚,卢珊,金晶,等.基于系统思想的分级诊疗分析[J].中国医院管理,2016,36(1):1-5.
- [2] 余波,王薇,吴晓君,等.分级诊疗下业务紧密型医疗卫生协同网建设的实践[J].中国医院管理,2015,35(12):7-9.
- [3] Chibbaro S, Vallee F, Beccaria K, et al. The impact of early cranioplasty on cerebral blood flow and its correlation with neurological and cognitive outcome. Prospective multi-centre study on 24 patients [J]. Rev Neurol (Paris), 2013, 169(3): 240-248.
- [4] Klinge U, Klosterhalfen B. Modified classification of surgical meshes for hernia repair based on the analyses of 1,000 explanted meshes [J]. Hernia, 2012, 16(3): 251-258.
- [5] 胡连水,张明升,王文浩,等.锥、钻颅引流减压抢救急性硬膜外(下)血肿致脑疝患者的临床研究[J].中华神经医学杂志,2012,11(9):908-911.
- [6] 张宏兵,王晓峰,李加龙,等.损伤控制技术在脑疝患者急救中的应用[J].临床急诊杂志,2014,15(3):162-163.
- [7] 刘红卫,贺世明.急性重型硬膜下血肿快速救治新方法[J].基层医学论坛,2012,16(7):829-830.
- [8] 张宏兵,苏宝艳,王晓峰,等.统筹安排在急诊开颅术前准备中的意义[J].临床急诊杂志,2013,14(6):294-295.
- [9] 汪锡华,肖伟忠.颅脑损伤和出现手术指征到手术时间对预后影响的比较[J].临床急诊杂志,2011,12(5):334-335.

(收稿日期:2016-09-26)