

• 经验交流 •

院外猝死临床特点分析与现场干预对复苏效果的影响

张振宇, 俞孝芳

(宁波市医疗中心李惠利医院, 浙江 宁波 315040)

【关键词】院外猝死; 现场干预; 心肺复苏

中图分类号: R541 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2011.03.025

猝死绝大多数发生于院外, 患者通常在症状发生后 1 h 内无明显征兆突然发生心脏停搏^[1], 因此, 往往得不到及时有效的救治。回顾性分析 2008 年 1 月至 2010 年 6 月本院急诊室收治的 236 例院外猝死患者的临床资料, 比较不同现场干预措施对复苏效果的影响, 旨在改善现场急救成功率, 提高院外猝死患者的生存率。

1 临床资料

1.1 一般资料: 236 例院外猝死患者均符合《急危重症与急救》院外猝死的诊断标准^[1]。其中男 143 例, 女 93 例; 患者年龄 16~93 岁, 平均 64.57 岁, 其中 < 20 岁 5 例, 20~39 岁 19 例, 40~59 岁 51 例, 60~79 岁 107 例, >79 岁 54 例。

1.2 复苏效果的判定: ①有效: 恢复自主循环。②成功: 恢复自主循环和自主呼吸, 或意识基本恢复。③无效: 心跳、呼吸均未恢复。

1.3 统计学分析: 采用 SPSS 13.0 统计软件, 计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 结果

1.4.1 猝死发生地点: 家中发生 135 例 (占 57.2%), 工作和公共场所发生 92 例 (占 39.0%), 急救车运送途中发生 9 例 (占 3.8%)。

1.4.2 发生时间^[2]: 12、1 和 2 月 (冬季) 为发生高峰 (占 66.9%), 9 月 (夏季) 最少 (占 13.6%)。高峰时段为 08:00~09:00, 11:00~12:00 和 17:00~22:00, 其次, 04:00~05:00 最少。

1.4.3 猝死诱因: 有明确诱因 56 例, 包括剧烈运动、激动、过度劳累、酗酒、饱餐、便秘等。

1.4.4 既往病史: 心血管病史 85 例, 脑血管病史 16 例, 呼吸系统疾病史 14 例, 糖尿病史 5 例, 意外事件 43 例, 原因不明 73 例。

作者简介: 张振宇 (1967-), 女 (汉族), 浙江省人, 副主任护师。

2.5 最初心电图记录: 心室纤颤 (VF) 25 例, 无脉博心电图活动 (PEA) 17 例, 心电图静止 194 例。

2.6 现场心肺复苏 (CPR) 开展情况: 41 例被发现时已出现尸冷、尸僵, 家属放弃抢救。有第一目击者 195 例, 其中立即给予 CPR 28 例, 现场复苏成功 5 例, 有效 12 例, 总有效率为 60.7%; 其余 167 例由急救医师到场后再进行 CPR, 9 例复苏有效, 有效率仅为 5.4%, 两者比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3 讨论

院外猝死发病突然、可预测性低、病死率高, 而现场对心搏、呼吸骤停患者采用正确的 CPR 和保持呼吸道通畅已成为抢救患者成功的关键, 并可为进一步的抢救争取时间^[3]。通过对院外猝死临床特点的分析认为, 要提高猝死患者的生存率, 必须多管齐下、全民动员。

3.1 倡导第一目击者实施 CPR: 猝死是突然发生的心搏、呼吸骤停, 应在“黄金 8 min”内对患者实施有效的 CPR, 正确、及时、有效地进行院前现场急救, 是提高抢救成功率、降低致残率的关键^[4]。本研究中 236 例猝死患者中, 28 例由第一目击者实施 CPR, 总有效率明显高于由急救医师到现场后才开始实施 CPR 者, 由此可见倡导第一目击者实施 CPR 的重要性。所以全社会应重视急救知识和技术, 增强居民的急救意识。在猝死高危者家属、交警、驾驶员、电业人员、消防员、学生、社区居民等公民群体中大力普及 CPR, 是提高院外猝死抢救成功率的关键。

3.2 完善急救网络, 缩短救护半径: 目前我国院前急救从呼救开始到达现场时间较长, 平均 10~13 min, 这与国际上规定的“急救反应时间 5~7 min”的差距较大。呼救响应间期、呼救反应间期和开始现场抢救时间是院前 CPR 成功的关键问题^[5], 故应将急救医疗延伸到每个家庭、社区, 充分运用 GPS 定位功能, 成立

以家庭—社区—120 急救中心—医院急诊室一体化的急救网络, 达到真正意义上的缩短救护半径。120 急救中心如在接到疑似为猝死的求救电话时, 通过 GPS 定位其所在社区及家庭地址, 估计 120 急救中心在 4~6 min 内不能赶到者, 应立即通知所在社区医疗站, 迅速到位急救, 并电话指导求助者采取应急措施, 对心搏骤停者立即进行胸外按压、口对口人工呼吸等基本生命支持, 弥补 120 急救中心未到时间内的复苏空白, 以提高院外猝死患者的生存率。而针对猝死发生的时间性、季节性, 及时、合理、灵活地调整急救力量、资源也是急救网络高效的一个重要保障。

3.3 防范高危人群, 避免诱发因素: 要避免猝死重在预防。研究显示, 院外猝死患者中大多有心血管、脑血管、呼吸系统、糖尿病等基础疾病, 对此类高危人群要加强预防指导和医学监护, 提高自我保护意识, 戒烟、戒酒, 长期坚持服药控制血压、血糖、血脂, 适量运动。在猝死多发季节和易发时间段加强观察和护理, 指导患者冬季注意保暖、多饮水, 平时要保持生活有规律, 保证足够的睡眠, 进餐不宜过饱, 保持大便通畅, 避免过度劳累、情绪激动等不良刺激, 以预防和减少院外猝死的发生。

参考文献

- [1] 秦桂璧, 阎明. 急危重症与急救. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 109.
- [2] 蔺汝云, 宋江萍, 肖力屏. 558 例院外猝死及现场复苏情况分析. 中国危重病急救医学, 2003, 15(5): 309-310.
- [3] 徐敏丽, 马明嘉, 杨锦华, 等. 强化心肺复苏训练并保证技能质量的改革与实践. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(5): 312.
- [4] 孙庆玲, 顾利慧. 院前急救知识公众调查分析与培训干预. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(3): 188.
- [5] 贾晨光, 宋建亭. 29 例猝死患者院前急救体会. 中国危重病急救医学, 2006, 18(7): 412. (收稿日期: 2010-09-07)

(本文编辑: 李银平)