

院前急救、院内救治、重症监护一体化

市中心医院急诊科:与死神争分夺秒

朱洁

核心提示

如果说医院是一个生死较量的战场,那么急诊科就是战场的前线。这里的医护人员反应迅速,分秒必争,与死神赛跑,同生命竞速。然而过去传统的救治网络不健全,转运机制不顺畅,医院内衔接不紧密、缺乏整体性。现代医学须以患者为中心,站在家庭和社会的角度,突破一道道瓶颈。

近年来,株洲市中心医院整合资源创建胸痛中心、卒中中心、创伤救治中心(“三大中心”),将医务人员、医疗设备不断前移,开展了一场急诊救治模式的革命。目前,该院急诊科形成了院前急救、院内救治、重症监护一体化的急诊急救医疗服务体系,承担着我市大多数危急重症病人的救治,肩负着我市突发性重大公共卫生事件紧急处理的重要使命,是当前株洲地区设备设施、技术力量、科研教学水平最高的急诊急救中心。



急救病人。



谭钰珍在急救病人。



急诊创伤病房。



急诊大楼。

借力“三大中心”,提升急诊快速救治能力

2017年,株洲市中心医院启动国家级胸痛中心建设,一年后,该院又推进国家级卒中中心、创伤救治中心建设。目前,在以急诊急救理念为引领,各个专业学科共同发展的基础上,该院建成并完善了急诊急救机制及相关协作工作制度,特别是在绿色通道流程规范持续优化下,该院急诊遵循“先检查后缴费,先救治后付费”原则,切实提高了急性胸痛、急性脑血管意外、急性创伤等危急重症的急救效率。

胸痛中心:门球时间从136分钟到80分钟

有数据证明,急性高危胸痛病人,每推迟1分钟抢救,死亡率就上升3%。在最短时间内,用最快的速度进入抢救通道,是救治胸痛病人的关键之一。

9月17日,市中心医院又为一位高危急性胸痛患者争取到了生存的机会。

当晚7时许,一位胸痛至休克的中老年男性被送往市中心医院急诊科。当时,病人面色苍白,大汗淋漓。根据家人描述及病情表判断,医护人员立即将其推进抢救室,启动心电图、血管造影、血糖、生命体征监测等。检查结果提示,病人为最严重的A型主动脉夹层,休克血压已低至68/37 mmHg,情况十分危急。争分夺秒诊断,争分夺秒手术。该院胸痛中心医护人员精确找到内膜破裂口位置,成功切除内膜破裂口。目前,患者已转至心内科,身体正在恢复之中。

市中心医院急诊科主任谭钰珍介绍,心血管疾病为我国疾病总死亡率第一位,心血管疾病患者最担心的,莫过于急性胸痛的发作。对患者而言,时间就是生命。胸痛中心建立后,该院通过急诊科、心内科、心胸外科、血管外科、呼吸科、影像、检验学科等多学科合作,为胸痛患者提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当的治疗手段。“这样一来,我们提高了胸痛的早期诊断和治疗能力,减少了误诊和漏诊,避免治疗不足或过度治疗,降低了胸痛患者的死亡率,改善了临床预后。”

数据显示,胸痛中心建立前的2016年,该院全年急诊手术总量不足200台,平均门球时间在136分钟(从入院到球囊扩张时间)。而去年,该院急诊手术总量已达330余台,平均门球时间为80分钟。四大高危胸痛之一的冠心病死亡率,由胸痛中心建成前的2%降至去年的0.7%。

卒中中心:多学科讨论是常态

每分钟就有3人死于卒中,每4名卒中患者中有3人致残……可见,卒中中心建设十分重要。2018年,积累了胸痛中心经验的市中心医院,正式创建卒中中心。

随之成立的是卒中中心专科联盟。兼顾及时、快速、有效、多方合作的特点和优势,该院将急诊科、神经内科、神经外科、介入血管外科、内分泌科等卒中相关科室及专家有机协调整合,开展多学科协作,真正实现分级诊疗、双向转诊。随着多学科专家定期或不定期围绕疑难病例各抒己见,卒中中心多学科联合病例讨论会(MDT),成为常态。

今年7月22日凌晨3时左右,荷塘区的易伯伯醒来发现自己右侧手脚完全不能活动,联想到自己有高血压病史,怀疑自己“中风”了。他先打电话给女儿。其女20分钟后赶到父亲住处,发现父亲症状无改善,于是拨打120急救电话。

5点14分,易伯伯由送至市中心医院急诊科。当时测血压161/81mmHg,医生查体时发现:患者右侧中枢性面舌瘫,右侧肢体肌力1级。急诊科主治医师黎奕立即按急性脑卒中绿色通道救治流程为患者开具头颅CT、心电图、血常规、电解质、凝血功能及快速血糖检查,并电话通知急性脑卒中绿色通道主治医师田轶会诊。

头颅CT检查后排除脑出血,诊断为急性脑梗死,需立即进行阿替普酶静脉溶栓治疗。田轶医师在7分钟内完成与患者家属的高效静脉溶栓沟通谈话,5时53分开始予以阿替普酶静脉溶栓治疗,10分钟后患者右侧肢体逐渐有自主活动,经过1小时静脉溶栓治疗后,患者右侧肢体偏瘫完全恢复,活动自如,讲话不清症状完全消失,无头痛、呕吐症状,复查头颅CT未见颅内出血病灶。

数据显示,市中心医院卒中中心创建以来,急诊科人员熟悉卒中患者的识别和救治,不断改进工作流程,为急诊就诊的卒中患者提供优质高效的救治。从患者拨打急救电话开始,大大缩短了就诊时间,提高了救治效率,为急性卒中病人赢得了溶栓的宝贵时机,降低了卒中后的致残率和致死率。

创伤中心:一站式生命救治平台

我国45岁以下男性的第一死亡原因是

——道路交通伤、高处坠落伤等高能致伤因素导致的多发伤和创伤危重症。青壮年的去世,对一个家庭的打击是毁灭性的。而无数个临床案例证明,创伤伤员如果在伤后能接受及时、规范的救治,是可以有效提高抢救成功率,降低死亡率,减少致残率的。

继建成胸痛中心、卒中中心之后,2019年,市中心医院创伤救治中心完成建设。

6月20日下午,在天元区某工地,一根重10公斤的钢管砸中了工人李先生的肚子。工友立即拨打市中心医院急救电话。10分钟左右,该院救护车赶到,待医护人员对病人进行了现场包扎、输液,评估病情尚且平稳后,救护车一路朝医院急诊抢救室飞驰。

此时是下午2点20时,120救护人员同时向医院创伤中心传来紧急信息:正护送一名伤员过来,目前患者腹痛难忍,血压等情况暂时平稳,患者伤情已上传创伤中心群,预计10分钟后抵达急诊,请做好抢救准备。

3分钟后,该院创伤中心执行主任邱志华启动创伤中心一体化救治团队。又过了6分钟,患者抵达急诊。预检分诊护士立即指引患者放置创伤救治单元进行抢救。随后值班医师快速评估了患者伤情,向创伤中心团队汇报病情:腹部体查有触痛,肌紧张,考虑可能由于强力外伤所致的外伤造成腹部脏器的损伤及破裂。创伤中心对患者完善心电图、血常规、生化、交叉合血等检查后,立即开通了第二条静脉通路,予以快速液体复苏。再次评估后,值班医师认为,血压71/44mmHg,心率125次/分,考虑出血进一步加重。当日下午3时,创伤中心团队联合会诊,认为待生命体征平稳后,立即行剖腹探查。15:20,患者转入了急诊创伤手术室行剖腹探查+小肠系膜缝扎止血+部分小肠切除术。1小时,手术成功完成,患者转入了创伤ICU。

该院急诊科主任谭钰珍介绍,对于严重创伤患者,需要抓住1小时的黄金救援时间。因为伤后1小时内,由于患者机体发生生理紊乱并且快速出现恶性循环,短时间内死亡率极高。李先生获救的短短1小时,是该院院前、院内抢救的接力赛。

以患者为中心,和时间赛跑,为生命接力。通过创伤救治中心的创建,市中心医院将医务人员、医疗设备不断前移,开通了危重症患者绿色通道,完成了创伤救治模式的革命,创伤救治水平和能力站上新台阶。



人人学急救,急救为人人。

生命之舟 为民众普及急救知识

7月20日至26日,市中心医院第一届急救培训周在神农城举行。

“心肺复苏时,需先将其衣服解开,双手交叠用力按压,15秒内需按压30次,然后将其下巴抬高,捏住他的鼻子,吹气1秒一口气,吹两口便可,重复以上动作直到人苏醒或救护车来。”培训期间,市中心医院急诊科主任谭钰珍、护士长唐芙蓉带领科室医护人员——生命之舟团队,为市民讲解和指导心肺复苏技术、气管异物梗阻急救技术、创伤包扎技术、急救搬运技术等医学知识。

“急救的黄金时间短暂。除了医生时刻准备和时间赛跑,每位公民都应参与其中。只有加强社会急救,公众自救、互救等知识传播,才能最大程度减少人员伤亡。”谭钰珍表示,考虑到我国急救知识普及率远低于发达国家,生命之舟专家团队还将开展相关活动,欢迎市民参与。



生命之舟专家团队走进神农城。

相关链接

1. 市中心医院急诊科

共有床位80张,其中抢救床位16张、复苏室3张、EICU床位12张、急诊病房35张、留观区14张。有急诊手术室(配备层流)2间,同层设有急诊化验室、收费处、急诊药房、放射科、CT室、保卫科等急诊辅助科室。急诊科设有预诊台、诊室、抢救室、留观室、清创及急诊手术室、急诊病房、急诊重症监护室,各区域功能齐全。

2. 急诊“三大中心”

创伤中心:2018年4月建设,是全省创伤中心建设12家试点单位之一,省创伤救治联盟副主席单位。按联盟要求在全省最先建成规范的创伤中心,抢救室、复苏室设施完善,功能齐全,有独立的2间标准层流(千级)手术室,可做开颅、开胸、开腹等手术,基本能满足一般创伤手术需要。急诊监护室有12张床,更具备强大的危重症诊断救治能力,成为急诊学科发展及三大中心建设的坚实基础和坚强后盾。

胸痛中心:2017年启动创建,2018年通过国家认证。胸痛导管室一键启动,导管室24小时值班,胸痛中心总值班24小时值班,胸痛中心总值班24小时值班,胸痛中心总值班24小时值班,胸痛中心总值班24小时值班。

卒中中心:2018年启动,2020年通过脑防委认证。24小时配备专用电话,卒中诊室24小时值班,急诊15分钟分诊到位,急诊备有专用溶栓床及溶栓的相关药物,脑梗溶栓地点有神经内科前移到急诊科,急诊静脉溶栓逐年提高,急性脑梗溶栓2019年全科做了150余例,时间在55分钟左右。

掌握急救知识 及时挽救生命

