

探索卒中中心在住院医师规范化培训中的重要性

周峰, 黄清, 时建铨

南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)神经内科, 江苏 南京 210006

摘要:住院医师规范化培训对于提高住院医师的临床技能至关重要。卒中是我国致残、死亡的首要原因,治疗具有时间依赖性,卒中中心制定了规范化的卒中救治流程,担负卒中急救、预防的重任。对住院医师进行卒中知识培训是组建卒中区域化救治网络的重要环节;但是,目前住院医师规范化培训尚未将卒中中心知识作为培训内容。文章分析了将卒中中心课程纳入住院医师规范化培训内容的可行性及重要性,为有关部门制定住院医师规范化培训政策提供参考。

关键词:住院医师;规范化培训;卒中中心;缺血性卒中

中图分类号:R197

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2018)02-149-003

doi:10.7655/NYDXBSS20180215

住院医师规范化培训的目标是让医学毕业生经过系统化、规范化的临床理论和技能培训学习,最终成为一个知识广博、临床技能熟练的医务人员^[1]。我国住院医师规范化培训制度随着国家医改政策的推进不断完善,但由于施行时间比较短,培训体系尚未建立完善,需要在实践中不断充实培训内容、不断创新培训方法。卒中已经成为我国第一大死亡原因,对卒中的救治预防不能仅仅局限于神经内科专科医师,还需要所有医务工作者以及普通公众的共同努力,才能更好降低其发病率,提高救治成功率,减少致残率。而目前大多数非神经科专科医师对卒中的相关知识了解甚少,因此,医务人员对卒中首先要有一个全面的认识,熟悉急性期的急救流程,一级预防、二级预防的干预措施。住院医师培训能提供一个规范化培训契机,但是目前所有住院医师培训基地均未把卒中中心救治作为重要的培训内容。

一、卒中中心培训的可行性

(一)我国卒中救治的现状

近年我国卒中流行病学调查结果显示,住院急性脑梗死患者发病1个月内病死率为3.3%~5.2%,3个月内病死率为9.0%~9.6%,死亡/残疾率为34.5%~37.1%,1年病死率为11.4%~15.4%,死亡/残疾率为33.4%~44.6%^[2],给家庭和社会造成了巨大的人力、经济负担。卒中治疗的关键是早期诊断、早期治疗、早期康复、早期二级预防。超早期血管开通治

疗(包括静脉溶栓、动脉取栓等手段)是改善急性缺血性卒中结局最有效的治疗手段,已被各国指南推荐,但是目前溶栓治疗的比例仍然很低。大量流行病学调查结果显示,约有20%的急性缺血性卒中患者能在发病3小时内及时到达医院,其中适合溶栓治疗的患者约有12.6%,但只有2.4%的患者进行了溶栓治疗^[3]。同时血管内动脉取栓治疗目前只能在一些设备比较齐全的国家高级卒中中心开展,大多数大动脉栓塞患者不能得到积极有效的治疗,患者临床结局很差,致残率较高。

所以,应首先对所有医生进行卒中规范化诊治的相关培训,同时开展社区的科普宣传,加强全社会卒中应尽早救治的意识,减少卒中急救的院前院内时间延误,尽可能提高急性缺血性卒中患者静脉溶栓的使用率、动脉取栓的救治率,降低患者的致残率。

(二)卒中中心培训的可行性

我国从2012年起开展卒中中心建设,并且2015年发布《中国卒中中心建设指南》,标志着我国卒中中心建设的全面启动,确立了由国家卫生计生委卒中防治工程委员会联合各省卫生计生行政部门共同开展卒中中心建设工作,构建防治结合的分级诊疗模式,将二级医院和三级医院的卒中中心建设分为三级:初级卒中中心、高级卒中中心、高级示范卒中中心,建成覆盖全国范围的规范化、标准化、制度化的区域卒中防治网络体系,组建“120”、医院内快速抢救小组,规范卒中急性期的救治流程、康复以

收稿日期:2017-08-01

作者简介:周峰(1977—),男,江苏泰兴人,硕士,副主任医师,研究方向为脑血管病急性期救治及介入治疗。

及二级预防等干预措施^[4]。卒中防治网络内的大部分卒中中心有住院医师规范化培训的条件,可以承担住院医师规范化培训的任务。

二、卒中中心培训的重要性

(一)卒中中心培训的内容

1. 急性卒中的快速识别分类

快速准确识别急性卒中是临床决策的关键。急性卒中的常见症状包括偏瘫、偏身感觉异常、中枢性面瘫、语言障碍、视觉障碍、眩晕及意识障碍等。发现可疑卒中患者应立即采用快速影像学检查来鉴别缺血性与出血性脑卒中。同时快速完善其他检查,如心电图、血常规、凝血功能、血糖检测及肝肾功能等,以排除低血糖症、电解质紊乱、中毒等其他内科疾病导致的卒中样症状。

急性卒中的识别需要医师掌握神经系统(含脑血管)解剖知识,具备快速病史询问能力、神经系统查体的能力、头颅影像学卒中早期征象的快速判读能力及实验室检查的判读能力等。因此,需要对规范化培训的住院医师进行针对性的培训。

2. 急性卒中的治疗决策和流程

缺血性卒中急性期最有效的治疗是闭塞血管再通,再通手段包括静脉溶栓、血管内动脉溶栓和动脉吸栓取栓等措施。1996年,美国食品和药品管理局(FDA)批准使用纤溶酶原激活剂(rt-PA)静脉溶栓治疗急性缺血性卒中,目前已成为4.5小时内急性缺血性卒中患者治疗的标准化治疗方案;治疗时间越早,获益越多^[5]。但是,治疗时间窗是制约静脉溶栓应用的最主要因素,能及时到达医院并从中获益的患者<3%。另外,静脉溶栓后6个月内的病死率高达17.9%,2/3患者存在不同程度残疾^[5];大动脉闭塞者溶栓效果差,再通率仅13%~18%^[6]。为此,对大动脉闭塞患者人们开始尝试血管内再通治疗,并在2015年取得了重大突破:血管内治疗可显著改善功能预后,且颅内出血风险和对照组相当^[7-9]。因此各国指南指出,除了静脉溶栓,应当对合适患者进行早期血管内治疗。缩短从症状出现到血管内治疗的再灌注时间与临床预后密切相关。

综上,血管再通治疗建立在严格时间窗基础上,时间越早,预后越好。为了节省时间,需要建设院内、院外等卒中救治的绿色通道,畅通急救流程,并在实际操作过程中不断优化流程。所有导致时间延误的相关因素都会让患者丧失取得临床良好结局的机会。所以需要对所有住院医师进行相关知识的培训,使其熟悉血管再通的适应证、禁忌证以及可能的并发症等,快速辨别适合溶栓或血管内治疗的患者,及时转运患者到具有资质的卒中中心,同时与患者家属进行初步沟通,让家属了解病

情及最优化的治疗方案,介绍治疗的获益和可能出现的风险,减少后续沟通过程中的时间延误。另外,通过培训使其熟悉卒中中心绿色通道的急救流程,减少院内转运导致的时间延误。

3. 急性卒中的康复和二级预防

急性卒中病情稳定后应尽早开始康复功能训练。卧床者注意适宜姿态摆放,偏瘫者患肢的被动活动,锻炼坐、站、走等活动,重视语言、心理等多方面的康复训练。尽量恢复患者日常生活自理能力,降低患者的致残率,提高生活质量,减轻家庭负担。卒中中心有专门的康复医师指导患者的康复训练,通过培训,熟悉康复技巧,在今后的临床工作过程中遇到功能障碍的患者可以指导康复训练。

急性期卒中复发风险很高,我国缺血性卒中半年复发率高达17.7%^[10]。有效的二级预防是减少复发和死亡的重要手段。卒中后应尽早开始二级预防,主要是纠正患者不良生活方式、控制脑血管病的危险因素等。这就要求患者坚持健康饮食、加强体育活动、戒烟限酒等。同时控制血压、血糖、血脂、冠心病、房颤、肥胖、颈动脉狭窄等危险因素。但是病情好转后很多患者(特别是年轻患者)会忽视卒中预防,擅自停止口服药物,相信民间偏方,使复发风险升高。通过对所有住院医师的相关培训,掌握二级预防的相关知识,可提高患者药物依从性,从而降低卒中复发率。

(二)卒中中心培训的方式

卒中中心的培训可以理论授课、实践体验和手术观摩相结合的方式进行。

理论授课:每周组织主治医师及以上职称的带教老师定期进行集中理论授课,主要以多媒体教学为主,充分利用现代化教学手段,使用形象生动的影像学资料。内容包括脑血管解剖、颅脑影像、卒中的诊断治疗、绿色通道的流程、危险因素筛查预防等。通过理论授课,让住院医师能快速掌握脑卒中的相关基础知识。

实践体验:在神经内科急诊医师指导下,参与急性卒中患者院内卒中绿色通道急救的具体诊疗流程、以及住院后的病情演变,让住院医师了解卒中的急诊快速诊断、静脉溶栓的适应证、禁忌证、血管内治疗的适应证、常见并发症的处理等,培养他们的临床思维能力和实践能力。通过这种方法可以提高住院医师学习的主动性和积极性,加深他们对急性卒中救治的认识。

手术观摩:大动脉闭塞导致的急性卒中,时间窗内需要积极行血管内治疗。血管内取栓手术的现场观摩,能加深住院医师掌握脑血管解剖,了解手术步骤,直观观察血管开通的效果等,让他们认识到及时开通血管的紧迫性和重要性。

(三)卒中中心培训的重要性

卒中中心培训是提高对卒中认识的重要手段。通过对所有住院医师卒中中心规范化培训,使其认识到卒中具有“高发病率”、“高复发率”、“高病死率”、“高致残率”等特点,在以后的临床生涯中关注卒中,更好地处理卒中患者。

卒中中心培训是提高急性卒中溶栓、取栓率的战略措施。住院医师经过卒中中心的规范化培训,了解急性卒中急救流程,以及早期急救静脉溶栓、动脉血管内治疗的获益率等,对以后可能遇到的卒中(如本科室发生的院内卒中、急诊上班时救治的卒中、亲戚朋友卒中咨询等),能给予他们准确的建议,从而提高患者的溶栓、取栓率。

卒中中心培训是提高卒中一级预防、二级预防的重要方法。通过卒中中心的培训,让所有住院医师对脑卒中危险因素、康复训练以及预防措施等有了深入的理解和体会,平时患者及家属咨询时,能充分传授相关的预防知识,提高患者服药依从性,减少卒中发生或者复发。

综上所述,住院医师规范化培训应增加卒中中心培训课程,提高所有住院医师对这个常见病、多发病的快速诊断、快速治疗能力,同时参与卒中急救、预防等相关知识的宣传,降低发病率、复发率,同时让公众更好了解卒中是急症,卒中发生后应尽快送到有能力进行卒中溶栓、取栓治疗的医院,并获得规范性溶栓取栓治疗,降低致残率。所以,卒中中心的规范化培训对卒中的防治起到积极作用。

参考文献

[1] 王俊,陈亮,葛炳辰,等. “5+3”学制改革下临床技能教学新模式的探索与实践[J]. 南京医科大学学报(社会

科学版),2017,17(3):256-258

- [2] 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学组. 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
- [3] Liu L, Wang D, Wong KS, et al. Stroke and stroke care in China: huge burden, significant workload, and a National priority[J]. Stroke, 2011, 42(12):3651-3654
- [4] 国家卫生和计划生育委员会神经内科医疗质量控制中心. 中国卒中中心建设指南[J]. 中国卒中杂志, 2015, 10(6):499-507
- [5] Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials [J]. Lancet, 2014, 384 (9958) : 1929-1935
- [6] 徐如祥,张振海. 急性缺血性脑血管病的血管内治疗现状与发展[J]. 中华神经医学杂志,2016,15(11):1081-1083
- [7] Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke[J]. N Engl J Med, 2015, 372(1):11-20
- [8] Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke[J]. N Engl J Med, 2015, 372(11):1019-1030
- [9] Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection[J]. N Engl J Med, 2015, 372(11):1009-1018
- [10] Wang Y, Xu J, Zhao X, et al. Association of hypertension with stroke recurrence depends on ischemic stroke subtype[J]. Stroke, 2013, 44(5):1232-1237