

Betydelig forsinkelse i diagnose og akut behandling af subaraknoidalblødning

Carl Christian Larsen, Vagn Eskesen, John Hauerberg, Charlotte Olesen, Bertil Romner & Jens Astrup

ORIGINALARTIKEL

Glostrup Hospital,
Neurokirurgisk Afdeling,
og Rigshospitalet,
Neurokirurgisk Afdeling

INTRODUKTION

Subaraknoidalblødning (SAH) på baggrund af et bristet intrakranielt aneurisme rammer ca. 450 patienter årligt i Danmark. SAH har en mortalitet på op til 40%, inklusive de patienter, som dør, inden de når at få lægelig behandling.

Reblødning i den »ultratidlige« prænurokirurgiske fase medfører en betydelig morbiditet og mortalitet hos SAH-patienter. Undersøgelser har vist, at risikoen for reblødning er størst i de første seks timer efter den primære blødning. *Hillman et al* viste, at reblødningsfrekvensen kan nedsættes fra 10,8% til 2,4% med antifibrinolytisk medicin (tranexamsyre). På baggrund af dette studie har administration af tranexamsyre fået høj prioritet, efter at diagnosen SAH er stillet. Tranexamsyre skal gives intravenøst hver sjette time, indtil aneurismet er lukket eller i højst tre dage.

Selv om der er en bred konsensus om, at SAH skal håndteres som en akut diagnose, er det sandsynligt, at der findes betydelige kliniske forsinkelser i forbindelse med den akutte håndtering af patienter med SAH.

For at definere disse forsinkelser har vi undersøgt tidsforløbet af den akutte diagnostik og behandling af patienter med SAH.

MATERIALE OG METODER

Undersøgelsen blev udført som en prospektiv journalgennemgang og spørgeskemaundersøgelse af alle patienter med diagnosen SAH, der blev indlagt på de neurokirurgiske afdelinger på Glostrup Hospital og Rigshospitalet.

Informationer blev indhentet vha. ambulancetokter, skadestuenotater, patientjournalen, elektronisk

patientmedicineringskema samt interview med patient eller pårørende.

Følgende tidspunkter blev registreret:

- Tidspunkt for primær blødning
- Kontakt til sundhedsvæsen (112, skadestue, vagtlæge, egen læge)
- Første observation af sundhedspersonale (ambulancefolk, skadestuepersonel, vagtlæge, egen læge)
- Ankomst til sygehus
- Computertomografi (CT)
- Tranexamsyrebehandling
- Ankomst til neurokirurgisk afdeling
- Første angiografiske procedure
- Lukning af aneurisme.

RESULTATER

I alt 133 patienter blev over en etårig periode indlagt med diagnosen spontant bristet intrakranielt aneurisme som årsag til SAH. Mediantiden fra primær blødning til ankomst til skadestue var 60 minutter. Medianventetiden fra ankomst til CT var 55 minutter. Høj Glasgow Coma Score (GCS) ($p = 0,0006$) og lang præhospital forsinkelse ($p = 0,03$) var associeret med længere ventetid til CT. Medianventetiden fra CT til tranexamsyrebehandling var 53 minutter. Der blev ikke fundet nogen association mellem lang ventetid til tranexamsyrebehandling og køn, alder, GCS og CT-ventetid. Mediantiden fra primær blødning til aneurismet blev lukket med enten klips eller coils var 31 timer. I alt 28 patienter (21%) døde under indlæggelsen. Fem patienter (4%) havde reblødning på trods af tranexamsyrebehandling, og som følge heraf døde tre patienter. To patienter havde reblødning inden for 30 minutter efter behandlingsstart.

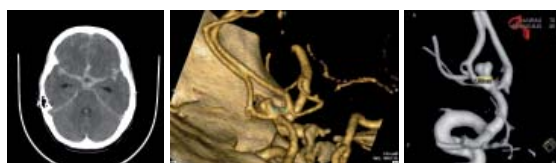
KONKLUSION

Undersøgelsen har vist, at der eksisterer betydelige forsinkelser i diagnostikken med CT og behandlingen med tranexamsyre efter ankomst til primær sygehus hos SAH-patienter.



DANISH MEDICAL
BULLETIN

Dette er et resume af en originalartikel publiceret på www.danmedbul.dk som Dan Med Bul 2010;57(4):A4139



A 39-year-old woman with subarachnoid haemorrhage from an arteria communicans anterior aneurysm. Shown, from left to right, with computed tomography (CT), CT-angiography and digital subtraction angiography.