维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol. 11, No. 3

急性心肌梗死的诊治体会

于淑花*

急性心肌梗死(AMI)有较高的死亡率,1985年至1989年北京地区调查AMI病死率为21.3%~37.3%。AMI早期诊断、早期治疗能降低死亡率,缩小梗死范围,改善右心室功能,提高病后的生活质量。因此,对于AMI病人,除院前急救应加强外,急诊工作更应周密细致。总结3年来AMI的诊治经验和教训,和同行共勉。

一、临床资料

(一)一般资料:自1998年1月至2001年12月,急诊收治急性心梗病人35例、年龄在35~70岁之间,其中男25例,女10例。35例均为溶栓适应证,无禁忌证,因经济条件所限,15例病人拒绝药物溶栓,只采取药物常规治疗,20例病人及时应用药物溶栓,10例采用重组链激酶,10例采用rt-PA。

(二)AMI的诊断

1.对胸骨后或左胸部疼痛持续20 min不缓解,疼痛性质常为压榨性、紧迫感或烧灼感,伴有呼吸困难、出汗、恶心、呕吐或眩晕等的患者,尤为注意,还应注意非典型疼痛部位,无痛性心梗和其他不典型表现,女性常表现为不典型胸痛,而老年人更多地表现为呼吸困难。上述二类为疑诊AMI病人,对这些人群应常规做18导联心电图,尤其是60岁以上的老人应列为常规,以免漏诊。缺血性胸痛患者心电图ST段抬高对诊断AMI的特异性为91%,敏感性为46%。

2.AMI的诊断标准:AMI的诊断标准必须至少具备下列三条标准中的两条;(1)缺血性胸痛的临床病史;(2)心电图的动态演变;(3)心肌坏死的血清心肌标记物浓度的动态改变,Ck-MB和总CK做为诊断依据时,其诊断标准至少应是正常上限值的2倍。

(三)AMI的治疗

1.药物溶栓。对确诊为心梗的病人,有溶栓适应证而无溶栓禁忌证时,争取在就诊后30 min开始溶栓治疗。溶栓方案(我院采用的均为静脉药物溶栓):(1)链激酶(SK)或重组链激酶(rsk):150万U用10 ml生理盐水溶解,再加入100 ml 5%葡萄糖液体中,60 min内滴入。(2)重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA):用rt-PA前先给予肝素5000 U静脉推注。rt-PA 8 mg静脉推注,42 mg在90 min内静脉滴注,总量为50 mg。rt-PA滴毕后用肝素每小时700~1000 U,静脉滴注48 h,监测APTT维持,以后皮下注射肝素7500 U,每12小时一次,持续3~5 d。

2.一般治疗:

(1)吸氧:高流量吸氧,宜面罩吸氧,流量为8~10 L/min。

(2)吗啡:予以镇痛、镇静,消除恐惧不安情绪,扩张小支气管和减轻呼吸负荷。因解除交感神经紧张状态,可以扩张动脉,减少回心血量,降低心脏前后负荷。剂量3~5 mg/次静脉缓慢注射,15~30 min后可重复注射,低血压时不用,支气管喘息性慢性肺疾患禁用。

(3)利尿剂:常用速尿,剂量因人而宜,注意防止低血钾、低血镁。速尿不仅有强效利尿作用,而且还有扩张静脉及扩张肾血管作用,有助于缓解肺水肿,其扩血管作用先于利尿作用。

(4)支气管扩张剂:如氨茶碱,有扩张支气管和利尿作用,可减轻肺淤血、肺水肿所致呼吸困难。

(5)对症治疗:通便、导尿与辅助治疗,可降低心肌耗氧,减少心脏作功的能量消耗。休克时,注意保暖。

(6)血管扩张剂:常用硝酸甘油,硝酸甘油类药物的主要作用是松驰血管平滑肌产生血管扩张的作用,该药对静脉的扩张作用明显强于对动脉扩张作用。周围静脉的扩张可降低心脏前负荷,动脉的扩张可减轻心脏后负荷,从而减少心脏做功和心肌耗氧量。硝酸甘油还可直接扩张冠状动脉,增加心肌血流,预防和解除冠状动脉痉挛。因此,应从低剂量开始,即10 μg/min,酌情逐渐增加剂量;每5~10 min增加5~10 μg,直至症状控制。如在静滴过程中,心率加快或收缩压≤90 mmHg,应减慢滴注的速度或暂停使用。

(7)肠溶阿斯匹林:所有AMI患者只要无禁忌证均应立即口服或嚼服肠溶阿斯匹林150~300 mg。

(8)纠正水、电解质及酸碱平衡。

(9)阿托品:主要用于AMI,特别是下壁AMI伴有窦性心动过缓,心室停搏和房室传导阻滞患者,可给阿托品0.5~1.0 mg静脉注射,必要时每3~5 min可重复使用,总量应小于2.5 mg。

3.冠状动脉再通的临床间接指征。

(1)在输注溶栓剂开始后2 h内,心电图在抬高最显著的导联ST段迅速回降50%。

(2)在输入溶栓剂开始后2~3 h内胸痛基本消失。

(3)输入2~3 h内,出现一系列再灌注心律失常。

(4)血清CK-MB酶峰提前在发病14 h以内出现。具备以上两项或以上者考虑再通,但(2)、(3)组合不能判为再通。

4.溶栓治疗的并发症及处理。

(1)出血:20例药物溶栓病人中,其中1例采用重组链激酶溶栓者,出现消化道出血,占重组链激酶溶栓的10%,给予输血处理后治愈,10例采用rt-PA溶栓者,无一例出血并发症。

(2)再灌注心律失常:①房性早搏:与交感神经兴奋或心功能不全有关,本身不需特殊处理。②阵发性室上性心动过速:伴快速心室率,必须积极处理,常采用心律平、可达龙、美多心安、异搏定等。③心房扑动:少见且多为暂时性,可观察,暂不处理。④心房颤动:常见且与预后有关。血流动力学不稳定的患者,如出现血压下降应迅速做同步电复律;血流动力学稳定的患者,以减慢心室律为首要治疗。可选用心律平、可达龙、美多心安、异搏定等。⑤AMI并发室性快速心律失常的治疗,如频发室早,尖端扭转,室性心动过速,室颤,应立即行电复律及

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯铁路医院急诊科

维普资讯 http://www.cqvip.com

药物复律。

(3)过敏反应:未发生。

(4)血栓栓塞:未发生。

(5)心脏破裂:1例。

(6)急性左心衰:1例,因梗死面积广泛,年龄偏大,70岁,溶栓约24 h,出现急性左心衰,临床上表现为严重呼吸困难,端坐呼吸,咳粉红色泡沫痰,虽给予利尿剂、血管扩张剂、ACEI、洋地黄等药物治疗,病情均未缓解,心脏骤停死亡。

5、溶栓后其他治疗。

二、结果

溶栓与非溶栓治疗结果见表1。

表1 溶栓与非溶栓治疗比较

	例数	死亡数	死亡率	成活率
药物溶栓	20	1	5%	95.5%
一般治疗	15	1	6.7%	93.3%

链激酶(SK)与rt-PA溶栓疗效结果见表2。

表2 链激酶或重组链激酶与rt-PA二种溶栓药疗效比较

	例数	再通例数	再通率	出血
链激酶或重组链激酶	10例	5例	50%	1
rt-PA	10例	8例	80%	0

三、讨论

(一)早期溶栓治疗可获得血流再灌注,减少AMI并发症的发生,改善心功能,降低死亡率,提高生活能力,改善预后。

(二)重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)较链激酶(或重组链激酶)再通率高。因rt-PA半衰期短,仅3~5 min。血管再通效果优于SK(链激酶),且SK溶栓时,使血浆中纤溶酶原减少,而血浆与纤维蛋白中的纤溶酶原保持平衡,这时,血栓中纤溶酶原进入血液,而血栓中纤溶酶原减少,使血栓溶解过程减缓,血管再通率降低,即"纤溶酶原偷窃"现象。

(收稿日期:2002-03-26)

浅谈防止护理差错的发生

张丽娟* 赵欣茹* 廉爱玲* 季云玲*

护理人员在医疗实践中负责着实现医嘱的具体操作性任务。然而在操作中由于业务水平欠佳、责任心不强、心理压力大,而出现一些护理差错。同时人们观察到,这些护理差错多发生于低龄段护理人员,因此在临床工作中如何预防护理差错的发生,已是摆在我们面前的重要课题。

一、临床资料

病例1,酒精作外固定支架消毒,而误拿甲醛后被及时发现。

病例2,为病员输血时,未用输血器而用输液器后被及时发现。

病例3,为病员采配血时,误将甲病员的血打入贴有乙病员标签的试管内,将乙病员的血打入贴有甲病员标签的试管内,后被血库及时发现。

二、结果分析

1.基本理论、基础知识不扎实,缺乏临床经验,基本技能不熟练。

2.缺乏责任感,缺少责任心,在工作中没有严格遵守各项护理操作规程,没有严格执行"三查七对一注意"的原则,没有严谨的工作态度,缺少敬业精神。

3.由于护士职业责任大,工作繁重,压力大,地位低等心理因素的影响,一些护士缺少适应职业压力的优秀心理品质,心理健康状况欠佳。

三、讨论

由于这三个个案均发生在低龄段护士身上,因此加强对低龄段护士的教育,提高她们的素质尤为重要。护士的素质包括专业素质、医德素质、心理素质、身体素质等。专业知识与相关知识掌握得越是深广,技术能力的储备就越雄厚,素质就越高,工作就越不容易出现护理差错。

1.提高护士的业务素质

(1)加强基本理论知识的学习,在护士长及高龄段护士的带领下,每星期进行业务学习一次,做好学习笔记,学习理论知识,专科知识及各科护理技能。鼓励护士继续上学,攻读高学历,从而不断丰富理论知识,充实实践技能,避免工作中由于知识贫乏而出现护理差错的发生。

(2)鼓励护士利用业余时间多看一些医学书籍和护理杂志,在临床工作中注意收集资料,多向护士长及高龄段护士学习,由浅入深,逐步锻炼写作论文的能力,通过论文进行经验和技术的交流,丰富知识。

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院骨科三病房