维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2005)05-0771-01

心肺骤停 2 小时抢救成功 1 例

张为华

(重庆医科大学附属第一医院急诊科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R459 【文献标识码】B 【收稿日期】2005-01-17

1 病例报告

患者,男,57 岁,剑突下疼痛 11 天,呈烧灼性疼痛,夜间为甚。否认高血压、心脏病史,查体:一般情况可,脉搏规则有力,全腹无压痛肌紧张及反跳痛。门诊以"腹痛待查,返流性食道炎?"在急诊留查室留观。静脉输注 5%GS250ml+雷尼替丁 0.15g 溶液近 15min(约 30ml),患者突发意识丧失,大动脉搏动消失,呼吸停止,面色紫绀。立即就地心肺复苏抢救:持续胸外按压;腹式人工呼吸,快速经口气管插管;皮囊加压通气;肾上腺素 2mg 静脉推;心电监护示室颤,首次非同步除颤 200J。后心电监测仍为室颤,心跳呼吸未恢复,持续胸外按压,间断静脉推注肾上腺素 5 次,每次 3mg,阿托品 2mg,间断除颤 5 次,每次 360J,静脉推注胺碘酮 2 次(各 150mg),利多卡因 50mg,同时持续用皮囊加压通气(因留查病房条件限制未用呼吸机)。超长心肺复苏抢救达 2h20min 时,室颤转为室速,HR140 次/min,自主呼吸开始恢复,患者烦躁不安,挣扎,即给予安定 10mg 静脉推注镇静,同时利多卡因 350 mg 加入林格氏溶液 500ml 中静脉滴注。10min 后室速转为窦性心律,HR136 次/min,律齐,BP 为 85/35mmHg,给予多巴胺 10μg/(kg·min)微量泵泵入。0.5h 后,患者再次躁动挣扎,静脉推注安定 2 次(分别为 10mg,20mg),同时静推地塞米松 20mg 预防脑水肿。抢救期间监测血气,结果示代谢性酸中毒,用 5%碳酸氢钠纠正酸中毒并补钾。初期心肺复苏成功,患者病情稍稳定后由医护人员护送到心内科监护室继续抢救。24h 后即拔出气管导管,患者神志清楚,一般情况好,能自主咳嗽咳痰,心电监测为前壁心肌梗死,已行溶栓治疗。

2 讨论

患者在输液过程中不明原因发生猝死,在心肺复苏的同时化验检查心肌酶谱升高、肌钙蛋白阳性,床旁心电图提示广泛前壁心肌梗死。心梗猝死的死亡率很高,该病例成功之处总结如下:

抢救及时有效。迅速准确地判断心肺骤停和及时正确有效地实施心肺复苏术是抢救成功的关键。发现心肺骤停后医护人员迅速赶至现场,忙而不乱,实施及时有效的心肺复苏术,复苏效果满意。抢救心肺骤停必须争分夺秒,在最短的时间内按 CPR 的"ABCD"程序进行心肺复苏,紧急情况下采取经气管导管吹气的方法配合胸外按压,以期将患者大脑缺血缺氧的时间降至最短,保证脑复苏成功可能。

肾上腺素和除颤(包括电击除颤和药物除颤)是该患者抢救成功的另一重要措施。肾上腺素是目前公认 CPR 首选药物,它通过兴奋 α-受体,使主动脉舒张压和冠状动脉灌注压升高,从而增加心肌和脑血流。该患者应用肾上腺素共 17mg,恢复后患者未出现不良反应。复苏过程中反复发生顽固性心室颤动,应用非同步电击除颤 6 次,并配合药物:胺碘酮和利多卡因,终于使室颤转为窦性心律。

抢救持久。心肺骤停患者的抢救一般在 30~60min,若无自主心跳恢复则宣布临床死亡。该患者 CPR 术持续 2h30min,没有放弃,原因有二:①该患者猝死发生在院内,心肺复苏及时,措施得当,有望得以复苏;②心电监测一直为室颤,积极电击除颤和应用药物有望得以复律。通过这个病例的成功抢救说明:对某些较特殊的病例实施超长时间的 CPR,能给患者带来生存机会,不宜轻易放弃。

提醒:心绞痛、心肌梗塞临床表现的隐蔽性。该患者表现为 11 天的腹痛,无心前区不适,输液中发生猝死实由心肌梗死引起。教训:在接诊腹痛病人时,尤其是中老年,应考虑到不典型心绞痛、心肌梗死的可能性,切不可麻痹大意。

作者介绍:张为华(1971-),女,主管护师,
主要研究方向:心肺复苏