维普资讯 http://www.cqvip.com

心脏骤停抢救成功 1 例

杨 为

（重庆医科大学附属第二医院外科，重庆 400014）

【中国图书分类法分类号】R459.7 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-06-14

心脏骤停是指由于各种原因引起心室颤动和心室停搏等而使心输出突然停止，是临床上最紧急的情况。为提高复苏成功率，必须在心脏搏动停止 4～6min 内进行有效的心肺脑复苏，若抢救不及时，护理不当，病人将由临床死亡转为生物死亡。我科 2006 年 4 月成功救治 1 例因动脉硬化性闭塞症右下肢足趾坏疽作右下足前半掌截除术后心脏骤停 10min 患者，经呼吸机辅助呼吸，胸外心脏按压，建立人工循环，降颅内压，保护脑细胞，纠正左心衰，抗感染，维持水、电解质及酸碱平衡等治疗措施并实施整体护理，患者呼吸心跳恢复。现将护理体会介绍如下：

1 临床资料

患者，女，87 岁。因右足趾发黑，疼痛一年，以动脉硬化性闭塞症于 2006 年 4 月 9 日入院。体格检查：双侧颈动脉均可闻及收缩期杂音，以左侧为主，右下肺可闻及湿啰音，无哮鸣音，心尖区抬高样搏动，心界左下扩大，心尖区可闻及 SMIV 级杂音，肺动脉及主动肺瓣区可闻及 SMⅡ-Ⅲ级杂音。入院后给予抗感染、对症、完善相关检查及术前准备。于 2005 年 6 月 10 日 2PM 在持硬麻醉 + 区域阻断麻醉下行右下足前半掌截除术。术后 4h 患者出现呼吸困难、端坐呼吸、血压 268/123mmHg，心率 145 次 / 分，呼吸 26 次 / 分，氧饱和度 82%，心律齐，双肺可闻及广泛哮鸣音等左心衰症状，立即给予吸氧、强心、利尿、控制血压、平喘治疗措施。于 35min 后出现神志昏迷、心跳停止，心电波呈直线，立即持续胸外心脏按压，皮球面罩辅助通气，高流量吸氧，静脉缓慢推注肾上腺素 1mg、尼可刹米 0.375g、洛贝林 3mg 两次，10min 后心跳恢复，145 次 / 分，无自主呼吸，给予气管插管接呼吸机辅助通气、吸痰，减轻脑水肿，纠正左心衰，抗感染，维持水、电解质，酸碱平衡。24h 后患者神志恢复清楚，自主呼吸微弱。2 天后自主呼吸恢复，脱离呼吸机，生命体征平稳，神志清楚，能自行进食。给予纠正心衰及对症治疗和护理后，住院第 5 天转心内科继续治疗。

作者介绍：杨 为（1981- ），女，护士

主要研究方向：心跳骤停的救治和护理

2 护理体会

2.1 肺复苏，保持呼吸道通畅

因突发左心衰，出现发绀、呼吸停止、氧饱和度持续下降，立即进行开放气道，用纱布包裹手指清除口腔分泌物、呕吐物，简易呼吸器辅助通气，尼可利米 0.375g、洛贝林 3mg，静脉缓慢推注，5min 后自主呼吸无恢复，氧饱和度 60%，继续静脉缓慢推注尼可刹米 0.375g、洛贝林 3mg，5min 后仍无自主呼吸，迅速给予气管插管，接呼吸机辅助通气，患者氧饱和度自 60%升至 98%。

2.2 建立有效人工循环

患者突然出现心脏停搏，立即胸外心脏按压，建立有效的人工循环。胸外按压时，能建立暂时的人工循环，动脉压可达 80～100mmHg，足以防止脑细胞的不可逆损害[1]，同时静脉缓推肾上腺素 1mg，5min 后，心跳无恢复，再次缓推肾上腺素 1 mg，持续胸外心脏按压 5min，患者恢复心跳，145 次 / 分。

2.3 脑复苏，减轻脑水肿，保护脑细胞功能

因呼吸心跳停止长达 10min，并呈现明显的脑缺氧损伤体征：抽搐症状，故立即进行脑复苏。亚低温（34℃～36℃）对脑复苏的疗效国际上已经公认[2,3]，低温能减轻脑水肿，降低脑细胞耗氧量，头部是降温的重点。给予头部置冰帽和冰敷体表大血管行径处，保护脑细胞功能，头部温度保持在 28℃～30℃，体温保持在 35℃～33℃，降温幅度以达到足以使肌张力松驰、呼吸血压平稳为准；配合脱水疗法，20%甘露醇 125ml 6h/ 次，快速静滴 3 次后，患者神志由深昏迷状态逐渐转为浅昏迷状态，24h 后神志恢复

维普资讯 http://www.cqvip.com

清楚。

2.4 呼吸道的管理

2.4.1 预防呼吸机麻痹和窒息

患者呼吸停止,意识丧失,呼吸道反射减弱及行气管插管接呼吸机机械通气易致气管内分泌物排出困难而引起窒息,通过正确的吸痰达到保持呼吸道通畅的目的。吸痰前先高浓度氧气吸入 1 ~ 2min,吸痰时先吸气管内分泌物后吸口腔和鼻腔分泌物。病人清醒后,鼓励咳嗽,以吸出深部分泌物;分泌物粘稠时吸痰前在气管内滴入 3 ~ 5ml 生理盐水以稀释痰液,吸引时负压不超过 -50mmHg,吸痰后再吸入纯氧 1 ~ 2min; 每 3 ~ 4h 给予导管套囊内气体放 3 ~ 5min 后再充气,因放气后套囊以上的分泌物可流入气管,故放气前先行口腔、咽部吸引;为减少插管对咽喉壁的压迫刺激作用,给予患者头部取稍后位,1 ~ 2h 转动头部,避免导管和气囊长时间压迫固定部位而产生粘膜损伤;烦燥不安时,使用约束带及镇静剂,防止病人自行拔出导管,导致窒息。

2.4.2 减少肺部感染

严格无菌操作, 吸痰时戴无菌手套进行操作,根据血氧饱和度,呼吸道压力和听诊肺部痰鸣音掌握吸痰时间和次数。每 48h 更换呼吸机管路,定时湿化呼吸道,24h 气管内滴入水量不小于 200ml,间断少量滴入, 3 ~ 5ml/h,经过上述护理措施,患者肺部感染控制较好。

2.5 监测生命体征

严密监测患者生命体征的动态变化。发现心律失常尤其是频发的或连发的室性早搏立即与医生联系,防止室颤的严重后果。及时纠正和稳定心律,备好各种应急的抢救器械,作好心脏骤停可能复发的抢救准备。患者至转科时未出现室性早搏及室颤,心率波动在 60 ~ 80 次 / 分,律齐。

2.6 准确记录 24h 出入量,保护肾功能

测尿量、尿比重 1 次 /h,保证入量,及时留取尿标本送检及抽血化验查肾功、电解质,以便及时发现肾功改变进行治疗。患者未发生肾功能衰竭,抽血查肾功能,电解质结果正常。

2.7 注意皮肤变化

病人由于心衰,伴有水肿,缺氧,末稍循环差,极易发生褥疮,患者住院期间,坚持按摩受压部位 4h/ 次,防止皮肤破溃,感染不愈,发生压疮,密切观察患者双下肢皮肤颜色温度及动脉搏动,有无肿胀及疼痛,病情稳定后每 2 ~ 3h 协助病人翻身及伸屈肢体。患者住院期间,皮肤无破损,未发生褥疮。

2.8 心理护理

气管插管是一种有创的抢救措施,病人对插管耐受性差,且由于神志恢复清醒后,因气管插管表达困难,双上肢进行约束固定致四肢活动受限造成沟通困难,为此,我们为该病人做任何检查、治疗或护理工作之前或过程中,都对患者进行解释与心理支持, 使其了解医护人员实施这些措施的目的,以减轻患者恐惧的心理, 同时经常到床旁关心病人,仔细观察病人,减轻心理压力,教会病人与医护人员交流的具体办法,如手势、击掌,书写等来表达意图, 使其从心理上能主动积极地配合治疗和护理,有信心战胜疾病。在脱机前我们向患者说明脱机的必要性,鼓励自行呼吸,脱机时医护人员陪伴在患者身边进行有效交流,使其有安全感和自信心。使用 48h 呼吸机后,患者顺利脱机。

3 讨 论

心脏骤停是临床最紧急的情况,应及时地进行复苏术及复苏后的护理,否则病人将由临床死亡转为生物死亡。心脏骤停的预后取决于及时发现和正确有效的救治,及时发现,尽快尽早抢救是提高复苏成功率的关键。心脑肺复苏一般在心脏骤停 4min 内进行抢救,成功率为 40%,如延迟 4min 以上,成功率为 17%[4]。一般情况,病人心脏骤停护士往往最先到场,因此在巡视与监护过程中对心脏骤停的判断和最初合理的基础生命支持是每位护士必须熟练掌握的技术,及时有效地解除威胁患者生命的症状,保证了患者呼吸和循环功能的稳定,为医师诊疗提供了充分的基础, 为患者康复提供了条件,降低并发症和死亡率,提高医疗护理质量。

参 考 文 献

[1] 闫柏刚,赵晓光.胸外按压心肺复苏机制及研究进展[J].西北国防医学杂志,2002;23(3):213.

[2] 曹伟宁.心肺脑复苏护理的若干进展[J].中华护理杂志,1999;34(4):254-256.

[3] 黄 瀛. 心肺脑复苏的护理进展 [J]. 护士进修杂志,2002;17(1):423-424.

[4] 徐西梅,樊 敏,魏陶军,等.心脏骤停 22 例救护体会[J].山东医药,内科(上半月)2004;44(32):67-67.