维普资讯 http://www.cqvip.com

第19卷 第4期 重庆医科大学学报 Vol. 19 No. 4
1994 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1994

334—335

28

心脏骤停抢救成功1例报告

中石化四川维尼纶厂医院 周炳河*

R54.780.5
R541.059.7
心脏骤停 急救处理 病例报告

中图分类号 R541—78

本院于1991年成功抢救一例心跳停止12分钟呼吸停止2小时、昏迷8天的患者，现报告如下：

病历摘要：患者：女性，58岁。因反复发作性右上腹胀痛18年，高血压病×年。于91年3月7日以胆结石入院。入院查体除发现血压增高外(BP20/15kPa)，余无阳性体征。B超示：胆囊内有一枚1.5×1.7cm结石回声影，胆总管宽5mm。

住院及抢救经过。入院第四天行胆囊切除术，在心电监护下施行全麻。常规使用安定10mg，芬太尼0.2mg，0.25%硫贲妥纳8ml，司可林100mg，气管插管。因声门暴露困难插管未成功，立即面罩加氧吸入5分钟，然后再静注司可林50mg，再次插管。操作时突然心跳停止，颈A搏动消失。心电监示：极缓慢心律(室率16次/分)，立即拳击心前区数次，持续胸外按压每分70～80次，按压时可扪及股A搏动，静注阿托品、肾上腺素各1mg，心电图示等电线(时间9：21—9：33)紧急气管切开并插管上呼吸机，并于气管内滴入阿托品及肾上腺素，每次各1mg，5分钟后重复施用。静注可拉明、洛贝林、地塞米松等。10分钟后静注5%碳酸氢钠100ml。12分钟后心跳恢复，初呈缓慢的心室自主心律，很快转为室性心动过速，心率160/min，血压升至8/4kPa。给予多巴胺及利多卡因等治疗，血压升至17/10kPa—32/20kPa，经积极改善通气、调节抗心律失常及血管活性药物，采用甘露醇、地塞米松等防治脑水肿，纠正酸中毒，2小时后病人自主呼吸恢复，瞳孔由6mm回缩至3mm，血压稳定于18/12—23/16kPa之间。窦律性心率80～120/min，但病人仍处于深昏迷状态，胸部及四肢阵性震颤，双肺且出现粗细湿罗音，心电图示心肌缺血，鉴于患者复苏后仍昏迷，我们除积极维持心肺脑功能、维持水电解质及酸碱平衡外，并采用亚冬眠疗法，积极控制感染，支持对症治疗。

"亚冬眠"疗法：采用异丙嗪及物理方法降温，于患者头部戴冰帽，颈、腹股沟、腋下等处置冰袋，使体温降至35℃以下，待听力恢复后渐复温，患者终于在昏迷8天后逐渐清醒，听力恢复，能按吩咐睁眼、伸舌、说话。11天后视力开始恢复。20天后拔出气管导管。

* 我校校友，现在长寿四川维尼纶厂医院 邮编 631254

维普资讯 http://www.cqvip.com

住院2月余完全恢复出院。

讨论：全麻气管插管因迷走N张力增高致心跳骤停临床并不少见。尤老年及心血管疾病患者更易发生。因此此例发生属预料之中，但值得警惕的是在第一次插管失败之后应改用其他麻醉方式，其教训是深刻的。心跳停止长达12分钟呼吸停止2小时，昏迷8天的病人，抢救成功者，文献报导较少，该例患者抢救成功可能与以下因素有关：

1. 有效胸外心脏按压：一般认为脑部血供终止3分以上，即发生不可逆性脑损害，为此耐心。有节奏、不停顿的进行心脏按压十分重要。有效的心脏按压相当于正常心排血量的25～50%，脑血量的30%，达脑循环的最低水平，为复苏成功奠定基础，该例心跳停止12分钟抢救成功与此密切相关，关键是方法正确按压力适度（胸骨下陷5cm）有效（可扪及大A搏动）。

2. 术中心电监护。心电监护为及时发现心跳骤停，并为及时复苏赢得了时间，避免了脑缺血、缺氧所致的不可逆性脑损害，为有效准确指导使用抗心律失常药及血管活性药提供了依据。

3. 紧急气管切开并于气管内给复苏药物。插管失败，心跳、呼吸停止，脑部血供丧失。应在心脏按压同时当机立断作气管切开，以保持呼吸通畅，排除CO_2，纠正缺氧、纠正酸中毒提高血氧分压及血氧饱和度，维持主要脏器功能，而且气管切开也为抢救提供了新的给药途径。本例切开后改用气管内反复滴入肾上腺素、阿托品取得良效。近认为气管滴入肾上腺素等药物吸收好，生理效应可靠。但有人认为常规剂量的疗效欠佳，主张采用大剂量肾上腺素，成人5mg/次。以早期改善心肌血流量及脑血流量，尽快复苏，对插管引起迷走N张力增高，产生极缓慢心律—停搏，宜选用阿托品而不主张用异丙基肾上腺素[1]。

4. 亚冬眠疗法。由于患者年老又有心血管疾病，术前又使用较多镇静催眠药物，故未选用冬眠疗法，而采用"亚冬眠"疗法。此疗法可降低脑细胞代谢，防止脑水肿，避免脑细胞产生不可逆性损害。该例患者能全愈出院，我们认为与及时进行亚低温疗法有关。积极控制肺部感染，据血气分析并考虑其酸碱平衡中呼吸部分特征性A.V血CO_2水平分离因素，谨慎补碱等措施也是必不可少的。

参 考 文 献

1 standard and quidelines for cardiopulmonary Resuseilation (CPR) and emergency cardiac care (ECC) JAMA 1986;255:2905

（收稿日期 1993—10—28）

此文曾蒙重医大二院李增高教授指导，谨致谢意。

（上接第346页）

22 Reifenberger G., et al Cancer Res. 1992;53:2736

23 Sheikh M.L., et al Cancer Res. 1993;53:3226

24 Crowell P.L., et al Cancer Res. 1993;34:495

25 Carbone D.P., et al Cancer Res. 1993;34:491

26 Brown R., et al Cancer Res. 1993;34:355

（收稿日期 1994—03—03）