

心急不急寓于益

——心血管急症救治的基本原则

沈洪

1 心血管急症救治的理念

“时间就是生命”一直被认为是人类生命和宇宙时间的等式;“时间一去不复返”,逝去不可复得就成为生命救治的共识。无奈由于种种因素所限,时间与生命却常常失之交臂,医者扼腕而叹,如果能再多给些时间,临床的结果会是不一样的,可是医学的遗憾就是没有那么多的如果。

古代先哲早在《黄帝内经》(素问·阴阳应象大论)中告诉我们“治病必求于本”的救治理论,并在长期实践中归纳为“急则治其标,缓则治其本”,形成了医疗救治的总准则。“急与缓”是时间的概念,而“标与本”则是救治的内容。不难得出,急诊救治不仅要立足于争分夺秒,更要把握拿捏好分秒之中的病机变幻。

笔者曾提出一种设想,改变心肺复苏的时间因素只是一种最简单的方法,在时间允许的范围内可能是最有效的。而多维时空具有更多因素的影响,代表生命过程的复杂性,其改变最终会影响到生命的时间形态,可延长或缩短。通过复苏相关空间形态变化的综合作用,使有限的复苏成功时间得以延长,用充分的空间换取有效的时间^[1]。在急救中需要反复斟酌:是急不可待,还是欲速不达;是当机立断,还是权衡利弊;是有的放矢,还是漫无边际。这也给心血管急救提出了更高的救治要求,急症救治急或不急要视其获益,急救最佳方法是能体现出一种有序的节奏,也就是把握病机在救治过程中急与缓的转换。

2 心血管急症急于治标

无疑,心血管急症的救治对急危重患者是分秒必争的,所谓的“急则治其标”实际是尽快稳定患者的生命体征,设定明确的早期救治目标最为关键,即在有效救治“时间窗”内实施必须完成的最紧急救治步骤。例如在心搏骤停 4 min 内,对心室纤颤或无脉室性心动过速患者进行高质量的心脏按压和及时电除颤,可使心肺复苏成功率明显提高;明确诊断为急性 ST 段抬高型心肌梗死患者,胸痛症状发生 < 3 h 首选纤溶治疗,到达医院急诊科 30 min 内即使用溶栓剂;胸痛症状发生 > 3 h,则宜选择冠状动脉介入治疗(PCI),要求到达急诊至球囊扩张时间 < 90 min,这对降低患者的病死率有重要作用^[2]。

心搏骤停后综合征(PCAS)的早期救治目标是尽快达到平均动脉压(MAP) 65 ~ 90 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa),中心静脉压(CVP) 8 ~ 12 mm Hg,中心静脉血氧饱和度(ScvO₂) > 0.70,尿量 > 1 ml·kg⁻¹·h⁻¹,乳酸浓度趋于正常或偏低。高血压急症早期血压控制的目标是数分钟至 1 h 内使 MAP 降低不超过 25%, 2 ~ 6 h 内降压至 160 / 100 ~ 110 mm Hg,避免过度降压, 24 ~ 48 h 内使血压降至正常水平^[3]。对缺血性脑卒中溶栓治疗患者血压应控制在 180 / 110 mm Hg 以下,但不低于 160 / 100 mm Hg。而主动脉夹层患者如果能够耐受,收缩压应降至 100 mm Hg 以下。对急性大范围肺栓塞患者,由于肺循环障碍直接影响了心排血量及肺氧合,出现低血压、低氧血症情况,及早快速大量补液是改善肺循环障碍的重要措施,也是早期溶栓治疗的指征。

这些早期救治目标的实现形成了整个急症救治环节上的核心质量控制,只有在规定时间内完成必须实现的救治目标,使生命体征达到最基本生理功能的要求,才可能奠定后续医治的基础。

3 心血管急症缓于治本

心血管急症救治不仅要实现早期目标,而且还要实现救命的根本目的。“治病必求于本”更强调了治病要针对致病原因。在心血管急症处理中,仅靠快速纠正病理危象尚不足以使患者真正脱离危险,及早祛除导致生命危险的致病因素才是救治其根本。如急性心力衰竭(心衰)的救治只通过增加心肌收缩力,往往会更增加心肌氧耗,须及时降低心脏负荷,改善心肌供血状况,降低肺毛细血管压,改善肺循环,才能促进氧合代谢,真正使心功能改善。一些致命性心律失常突然发作,核心的目标治疗是尽早采取电击转复、药物或物理

手段终止心律失常,迅速改善对心脏血流动力学的不良影响。因为心血管急症治疗目标的实现都直接影响到患者的早期死亡和长期临床预后。

心血管急症救治中的缓治其本是否隔靴搔痒?许多心脏急症并非是单纯急性起病。随着社会老龄化和复杂临床干预的增多,常常简单急救处理会造成欲速不达的结果。如老年人突然发作心房颤动(房颤),是尽早控制心率,纠正房颤?还是尽快减轻心脏负荷,改善心功能?其实老年人突发心律失常多是由于心脏负荷增加,致使心功能不全所引发。如果一味强调救治急症之标,不但难以纠正心律或不能维持持久,还可能会因抗心律失常药的负性作用而产生风险,故衡量其利弊得失的缓步之举是必要的。此外,不少急症患者来诊时基本状态较差,如伴有水和电解质紊乱、酸碱平衡失调、血糖浓度极度异常、微循环功能障碍、组织缺氧严重等,形成机体生理代谢的失衡状态。如果不能尽快改善这些基本生理微环境的失衡,而仅仅依靠紧急处理的几个招式,则难以从根本上解决急症。所以,凡遇急性心衰,首要判断是需先对症,还是先除因?是先强心,还是先减负?对心律失常是先评估其危害,还是须紧急处理,还是无须处理?同时,注意对恶性心律失常发生的认知和长期预防,也是减少猝死和急性心脏事件发生的重要内容。

心脏急症救治的急缓另一层涵义就是把握病机在救治过程中急缓间的转换。不能苛求所有救治都达到立竿见影的功效,首先应遏制生命体征的继续恶化,这是急救的核心。但不恶化并不意味立即好转,改善,需要逐步调节机体代谢及功能,这个过程长短不一,时好时坏,也许是一段变幻莫测的危险期,须在跌宕起伏的失衡中求以平衡,特别急危重症者最终救治的成败系于新的稳定平衡能否建立。言急救最佳方法一定会体现“遏制、求衡、转承、改善”的变化节奏。

总之,心血管急症以及其他急危重症的救治有急、缓之分,或稳定生命体征,或医治急病之源,其实质都要从符合患者最终获益的根本原则出发,辨清标本,权衡利弊。医者之态,应如老子所言:“豫兮,若冬涉川;犹兮,若畏四邻;俨兮,其若容。”

(文言注释:小心行事如过冰河,警觉戒备如防外患,恭敬持重如座上客。)

参考文献

- [1] 沈洪.心肺复苏中时空转换的意义.中国危重病急救医学,2008,20:705.
- [2] Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 2004,110:588-636.
- [3] 沈洪.心血管急症早期目标性救治.中国危重病急救医学,2010,22:69-70.

(收稿日期:2012-03-26) (本文编辑:李银平)

·学术活动预告·

中华医学会第 6 次重症医学大会会议通知

为促进我国重症医学的发展,结合 ICU 的实际情况,中华医学会重症医学分会定于 2012 年 5 月 17 日至 21 日在济南国际会展中心召开“中华医学会第 6 次重症医学大会”。此次大会的主题为“让病人更安全”,会议将围绕主题介绍重症医学最新进展,讨论学科前沿问题,重点突出学科建设、基础培训、晋级考试。届时将邀请国内外著名重症医学专家进行专题报告。

- 1 本次大会特点:①从学术内涵角度探讨学科规范化和系统化;②对学科建设进行重点讨论,以利 ICU 在国内健康有序的发展;③专业技术培训及考核的探讨;④基本技能培训,现场演示,希望能提高动手能力;⑤疑难病例讨论,希望能对诊治水平的提高有所帮助;⑥设立护理专场,对护理问题全方位进行研讨。
- 2 会议时间及地点:时间:2012 年 5 月 17 日至 21 日;17 日全天报到(08:30~22:00);18 日至 20 日全天会议;21 日中午前撤离。地点:济南国际会展中心;地址:山东省济南市工业南路 28 号。
- 3 会议注册:本次会议开通网上会议注册系统,请代表登录大会会议网站 www.cscem.org/2012 进行会议注册和酒店预订的网上提交。会议注册费 800 元/人,现场交费。
- 4 食宿由大会统一安排,费用自理,按规定回单位报销。
- 5 论文评选:大会将组织论文评奖委员会,对论文打分评选,并在闭幕式上给获奖代表颁奖。
- 6 学分授予:参加会议的代表将获得国家级 I 类继续教育学分。

(中华医学会学术会务部 中华医学会重症医学分会 山东省医学会)