

欧洲心脏病学会指南(六) 救治的原则

朱海燕(编译) 沈洪(审校)

【关键词】 欧洲心脏病学会指南; 生活方式

中图分类号:R194;R542.22 文献标识码:B 文章编号:1003-0603(2004)02-0127-02

19 院前救治

19.1 延误治疗:急性心梗最危险时期为发病早期,此时患者疼痛剧烈,易发生心脏停搏。越早采取再灌注治疗等治疗措施,患者获益越大。但患者经常要 1 h 甚至更长时间才能接受治疗。治疗时机延误一部分是因为患者起病时症状不严重,不典型;另一部分是因为患者不知如何获得救助。所以,对缺血性心脏病患者和家属进行健康教育,使他们了解心脏病突发时的常见症状和应付办法应成为提高救治水平的一个环节。公众应掌握向急救服务系统呼救的基本知识,但目前向公众进行此类健康教育的标准还未制定,这方面工作的成效仍不得而知。

19.2 心肺复苏教育的普及:学校都应该开设基本生命支持技术课程,那些在工作中可能遇到心脏停搏事件的人员,如警察和消防队员等应熟练掌握心肺复苏知识和技能。

19.3 救护车服务:对急性心梗和心脏停搏患者而言,救护车上救护人员专业水平的好坏直接影响救治效果。当然,这也取决于救护人员受训程度。所有救护车人员都应掌握识别心梗患者、给氧、止痛及基本生命支持技术;所有救护车都应配备除颤器,至少有一名救护人员掌握高级生命支持技术。目前只有少数几个国家救护车上配备医生,他们可进一步地诊治患者,包括给阿片类药物和溶栓药物。而院前溶栓是最有效地缩短治疗延误时间的措施,所以应广泛地向急救人员传授这项技能。救护车上的急救人员还应掌握记录、解读心电图的知识。这样,就能向冠心病监护病房或向其他接收医院的医生解读、传送心电图,这是加快入院后治疗进程的有效方法。

19.4 全科医生:有些国家的全科医生在急性心梗的早期救治方面起很大的作

作者单位:100853 北京,解放军总医院急诊科

用。患者总是首先向他们求助,如果他们能迅速地、训练有素地诊治患者,如识别心梗患者,记录、解读心电图,镇痛、药物溶栓、除颤抢救,患者将获益匪浅。

但在大多数国家,全科医生未接受如此好的训练。接到呼救后,他们必须迅速赶到救护现场,立即呼叫救护车。

19.5 入院过程:对怀疑心梗的入院患者须迅速救治,有的医院直接把患者送往心脏病监护室(CCU)抢救,但大多数情况下,患者被送往急诊科。为了不延误诊治,急诊科医生必须掌握诊治心梗患者的能力。如果患者有心梗表现,如 ST 段抬高或左束支传导阻滞,应立即通过绿色通道,在急诊科完成溶栓治疗,一般来说来诊-治疗时间不应超过 30 min,30 min 内患者应送往导管室行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)。其他还需排查的被怀疑心梗患者可进一步诊治。

20 CCU

怀疑心梗的患者必须送入指定的监护病房,病房必须配备有训练有素的医护人员,完备、迅速可及的监护及治疗设施,方便病情较轻的患者转送。

20.1 无创性监护:怀疑心梗患者都必须行心电监护,监护时间至少 24 h,如果患者已被排除心梗,可停止监护,24 h 后,由患者的病情和医院的配备情况决定是否进一步监护。那些心梗急性期发生持续性心衰、休克或严重心律失常的患者转出 CCU 时,最好用远程监护设备进一步监护,因为他们易再次发作心律失常。入院后数小时内监测到 ST 段的复位与否直接影响预后,对治疗方案的选择也有很大的指导意义。

20.2 有创性监护:所有心脏病监护室都须配备监测动脉压和肺动脉楔压的有创性设施,医护人员必须掌握这些监测技术。心源性休克患者要监测动脉压。球囊漂浮导管 Swan-Ganz 可监测低心排量患者的右房压、肺动脉压、肺动脉楔

压和心排量,对病情评估及治疗选择有较大参考价值。球囊漂浮导管技术主要应用于怀疑心源性休克、心衰加重期、室间隔缺损或乳头肌功能障碍的患者。

20.3 临床试验已验证的方案:临床试验证明行之有效的结果常不能付诸于实践,而那些被临床试验证实临床价值很小甚至毫无价值的治疗方案却广泛应用于临床工作中。两个大型研究曾证实临床上大约 40% 的 ST 段抬高急性心梗患者未得到再灌注治疗。所以,为确保医学领域的进展应用于临床实践,继续医学教育和临床检测非常必要。正在进行的欧洲心脏病调查计划和欧洲心脏病学会指南实施计划正为此开展工作。参与大型临床实验的各实验中心更愿意接受这些经循证医学论证而修改的治疗方案。

21 建议

21.1 患者:心脏病发作的疑似患者有权得到迅速诊断及治疗(镇痛、复苏及再灌注)。怀疑或确诊为急性心梗患者应该在心脏病监护室得到专业医护人员的救治。接诊科室及专科病房要有条件为患者提供先进的诊断技术、精湛的治疗手段,能进行随访、康复治疗及二级预防,并能向患者及家属传授识别和应对再次心脏病发作的知识。

21.2 心脏病专科医生:心脏病专科医生、协同急诊科医生和卫生当局,应根据当地的卫生资源现状,为心脏病患者提供最好的医疗服务。该服务系统至少应包括经过培训的救护车救护人员、一线医生、能为心脏病疑似患者提供有效的诊断和治疗的急诊科和能立刻提供再灌注治疗的绿色通道。

心脏病专科医生、麻醉师和其他有关专家应对医院医护人员进行培训,使其熟练掌握复苏技术。医护人员应控制好从患者呼救到应用溶栓药物的呼救-治疗(call-to-needle)时间,从患者入院到接受再灌注治疗的来诊-治疗

(door-to-needle, door-to-balloon) 时间。呼救-治疗时间不超过 90 min, 来诊-治疗时间不超过 20 min, 来诊-球囊扩张治疗时间不超过 60 min。同时, 对起病 12 h 内入院的急性心梗患者(伴 ST 段抬高、新出现的或认为是新出现的左束支传导阻滞), 医护人员应使其接受药物或机械再灌注治疗的比例超过 90%。

如果技术或设备许可, PCI 是另一种可选择的治疗方法, 直接 PCI 要在当地或国家相关部门登记。

大多数无并发症的心梗患者, 尤其是再灌注治疗成功的患者, 可在治疗后 4~5 d 出院, 但出院前应接受再次发生冠心病事件的危险性评估, 包括评估左室功能和早期压力负荷心电图检查, 如核素心肌灌注显像或电生理检查。

为患者制订的康复计划应个体化, 并且切实可行, 包括由医务人员来监督

执行的戒烟计划, 以帮助、监督患者坚持戒烟。应记录心梗患者的二级预防情况。如果没有禁忌证, 应给患者服用阿司匹林、 β -受体阻滞剂和 ACEI 类药物。

应监测心梗患者的血脂, 最好在入院当天即开始。高血脂的患者应接受饮食治疗, 如果患者饮食控制后血脂仍未下降(根据欧洲心脏病学会制订的标准), 患者需接受调脂药物治疗。

21.3 全科医生:全科医生接诊心梗疑似患者时, 要能够立即采取诊治措施, 或者将患者转往急诊科, 当然最好能把两者结合起来。如果全科医生反应敏捷、训练有素、装备精良, 就能提供有效的除颤和溶栓治疗, 他们应成为急救体系中的一分子。当患者出院后, 全科医生应尽快去探访患者, 确保、监督患者进行合理的康复锻炼, 采取二级预防措施。

21.4 卫生当局:卫生当局应向公众普

及心肺复苏技术, 确保救护车救护人员接受培训, 熟练掌握初级生命支持和高级生命支持技术, 确保心脏停搏或怀疑心梗的患者获得最好的医疗救护, 并协调好救护车上救护人员、全科医生和医院之间的医疗服务。制订好急诊室及时抢救心梗疑似患者的法规, 确保急诊室医生随时能参与心梗疑似患者的救治, 为心梗后需重症监护的患者提供足够的监护床位, 确保心脏专科医生随时能参与抢救, 为心梗后出院患者提供康复治疗。确保本地能为有心梗并发症的患者提供进一步的检查或治疗设施, 如果当地不能提供这些设施, 应将患者转至设施完备的上级医院。

(续完)

(收稿日期: 2003-11-01)

修回日期: 2004-12-16)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

管饲患者机械性并发症的预防和处理

杨金梅

【关键词】 管饲; 机械性并发症; 监护

中图分类号: R459.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1003-0603(2004)02-0128-01

营养支持疗法是挽救患者生命的重要技术, 但有潜在的并发症。现对其机械性并发症的发生原因、预防措施及监护方面进行总结, 以提请同道注意。

1 肺部并发症

1.1 临床表现:通常是由误吸和饲管的误置引起。饲管进入肺的深部不引起咳嗽反射, 从而导致肺穿孔, 患者可出现气胸、胸腔积液、肺炎、支气管胸膜瘘和(或)肺出血。如果误置未能及时发现, 而注入饲液及药物可产生吸入性肺炎或胸腔积液。误吸患者表现为突然出现的呼吸困难, 但也可以隐匿、无明显症状。后一种情况只有当患者出现高热、呼吸急促、心率加快、缺氧、呼吸性酸中毒(或)X线显示无明显原因的肺浸润时, 才可作出诊断。误吸常见于虚弱、迟钝, 意识不清, 咳嗽、呼吸反射减弱或消失的患者, 食管扩约肌功能不全、胃排空延迟、

各种原因引起的口腔或下咽部感觉减退、饲管脱出后输入饲液也易发生误吸。气管插管患者误吸的危险较大。

1.2 预防:①操作者必须熟悉掌握胃管插入技术的全部操作过程, 了解患者正常及异常的生理反应和特殊患者的插管方法。“呛咳、呼吸困难和紫绀”是胃管插入气管的客观指征, 但它也受高危患者身体的病生理反应和胃管材质、粗细等因素的影响, 从而表现得不典型。故不能机械的以此来鉴别是否进入或误置气管内。尽量使用细腔饲管, 粗大的鼻胃管引起误吸的危险最大。过去的临床经验中, 接呼吸机的气管导管气囊是处于放气状态下置胃管, 易出现呕吐、刺激性咳嗽等导致胃管插入失败。可采用气管导管引导插胃管法, 使气管插管气囊处于充气状态, 可防止引导管误入气管。发生反流吸入性肺炎的主要原因是每次摄入量过多和速度过快, 体位不正或咳嗽造成。每次鼻饲入量限制在 450 ml 以内; 灌入时间每次 20~30 min, 每日分 5~6 次摄

入; 鼻饲时及鼻饲后 0.5 h 右侧卧位, 床头抬高 45°角; 鼻饲前吸痰, 以防咳嗽引起食物反流。

2 堵塞脱落

2.1 原因:造成其原因很多, 其中输入未能充分研碎的药物, 以及饲液与药物之间的理化反应所产生的凝块是饲管堵塞的常见原因之一。口鼻分泌物增多使胃管脱离粘膏而造成胃管脱落。

2.2 预防措施:①在饲管给药时, 固体药物应充分研碎, 完全溶解在适当的溶剂中, 尽量以配剂的形式输入。②注意药物之间的化学反应配伍禁忌, 几种药不能放在一起研碎, 缓释剂与肠衣片不可研碎输入。研碎的药物不应放于饲管中混合输入。③连续饲食时, 至少每隔 4 h 用 30 ml 温水(小儿酌减)冲洗饲管。④药物及饲管输入前后应以 10~30 ml 温水冲洗饲管, 以减少堵管和药物腐蚀管壁的危险。⑤常更换固定饲管的粘膏, 观察饲管输入标记, 推断是否有脱出。

(收稿日期: 2003-12-14)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 300050, 天津市天和医院

作者简介: 杨金梅(1964-), 女(汉族), 天津市人, 主管护师。