

分析及探索心脏性猝死 (SCD) 患者的急诊抢救措施及临床效果

张曙于

湖北老河口市第一医院 急诊科 湖北 襄阳 441800

【摘要】分析及探索急诊抢救心脏性猝死(SCD)患者的措施及临床效果。方法:选择2019年1月-2020年5月内,对象为接受治疗的SCD患者40例,回顾性分析其全部的临床资料,所有患者均接受急诊抢救,总结其抢救措施和临床效果。结果:本组40例患者抢救成功率92.5%(37/40),成功抢救的患者临床指标包括脉搏、血压、心率、呼吸等均恢复正常,心电图显示心跳恢复,心房颤动,双侧瞳孔复常,患者血样饱和度 $> 95\%$,心率(70.2 ± 2.8)次/min,血压(82.2 ± 1.1)mmHg/(135.4 ± 3.5)mmHg,抢救时间(27.7 ± 1.1)min。结论:早期采取对症给药、心肺复苏、电击除颤等措施对SCD患者进行急诊抢救的效果显著,即可降低患者死亡率,有效挽救其生命,因此需予以重视。

【关键词】急诊抢救;心脏性猝死;临床效果

作为一种临床危重症,心脏性猝死(SCD)主要是因急性症状心脏因素所致发作,且在1小时内突然死亡的症状。该病症的发生与患者是否存在心脏病史关系不大,多数前期表现无任何危及生命的现象,且意识丧失多为突然出现。在急性症状发生后若不及时实施抢救,则患者死亡的概率较大。通过分析此类患者的猝死病因,由心律失常所致者占90%以上,而非心电意外如心脏破裂、肺栓塞也可引发突然死亡因此。本文选择2019年1月-2020年5月内,对象为接受治疗的SCD患者40例,即分析了急诊抢救心脏性猝死(SCD)患者的措施及临床效果,现阐述如下报告内容:

1 资料与方法

1.1 资料

选择2019年1月-2020年5月内,对象为接受治疗的SCD患者40例,回顾性分析其全部的临床资料,采用统计学处理各项数据:其中男患者21例、女患者19例;年龄范围及均值为35-78(57.9 ± 5.1)岁。患者临床症状表现为呼吸困难、压榨感、全身冷汗、心悸等,同时因就诊期间突然发生心跳和呼吸停止、大动脉波动消失、双侧瞳孔散大、血压无法监测、光反射消失、心电图为直线,则判定为心脏骤停。初诊疾病类型:扩张型心肌病11例、冠心病13例、急性心肌梗死16例。

1.2 方法

所有患者均接受急诊抢救,具体措施为:(1)首先需尽量清理患者口腔异物、分泌物,放低其头部。(2)

其次,开展心肺复苏,即对胸骨中下1/3处已适当力度进行锤击,以对胸前区进行叩击。(3)再次,提供人工呼吸,持续3s/次,吹气连续6次,对胸骨中下1/3胸外心脏进行连续按压,按压频率110次/min,按压深度约5cm。将患者平卧,将患者的头部放低,及时将口腔分泌物清除,且在胸骨下的1/3部位进行持续性的按压,并辅助人工呼吸,建设呼吸机支持通气。(4)提供气管插管通气,并与呼吸机连接。(5)在上述措施实施后,若病情无改善,则可采用肾上腺素和1mg阿托品对患者建立静脉通道并予以推注,提供200焦耳电除颤,第二次静脉推注肾上腺素在间隔3min后进行,再间隔3min采用肾上腺素进行第三次静脉推注,剂量为5mg,采用360m焦耳电除颤同时予以抢救。在治疗同时,需采用相关药物包括多巴胺、甘露醇、硫酸镁地塞米松、碳酸氢钠等进行辅助治疗,注意治疗期间需提供持续不间断的机械通气、心脏按压、人工呼吸等救治。(6)患者呼吸持续暂存,意识依旧不消除,需要立即建设静脉通道,经脉推注阿托品1.0mg,肾上腺素1mg,200焦耳电除颤1次。间隔3min之后,静脉推注3mg肾上腺素,电除颤第二次,300焦。间隔时间3min之后,肾上腺素静脉推注5.0mg,第三次电除颤360焦。(7)当患者各项体征基本复常后,给予相应药物如扩冠、补钾、抗心律失常等药物治疗,留院观察一段时间,待各项指标均复常且趋于稳定后方可出院。

1.3 数据处理

由统计人员处理所得各项数据,工具为SPSS22.0

统计软件, 计量资料表示形式为, 计数资料表示形式为(%) , 分别用、t 检验数据差异, 当 $P < 0.05$ 时, 差异满足统计数据要求。

2 结果

本组 40 例患者抢救成功率 92.5% (37/40) , 成功抢救的患者临床指标包括脉搏、血压、心率、呼吸等均恢复正常, 心电图显示心跳恢复, 心房颤动, 双侧瞳孔复常, 患者血样饱和度 $> 95\%$, 心率 (70.2 ± 2.8) 次 / min, 血压 (82.2 ± 1.1) mmHg / (135.4 ± 3.5) mmHg, 抢救时间 (27.7 ± 1.1) min。

3 讨论

心脏性猝死 (SCD) 本身指的是急性发作, 在 1h 内出现不可预测的疾病, 一般为意识障碍, 患者因心脏骤停, 继而出现自然死亡。心源性猝死属于心血管病体内最为严重、最为经济的疾病之一, 疾病拥有明显的突发性、自燃性特点, 疾病很难预料, 一旦抢救不及时, 将会严重危及患者的生命。

在临床上, SCD 发病是因患者脑内血流量急剧减少或突然中断, 造成意识丧失、心脏骤停所致, 若发病后不及时予以抢救, 则会对患者的生命安全造成威胁。因患者发病急骤, 且前期无危及生命的症状体征, 所以死亡率很高, 难以预测, 这不仅增加了临床治疗的难度, 也极大的降低了抢救的成功率。在最短时间内对 SCD 患者实施确诊尤为重要, 一旦其出现血压测不到、双侧瞳孔散大、心电图为直线、意识突然丧失、呼吸和心跳停止、大动脉波动消失等情况, 则可确诊为 SCD。而在抢救此类患者时, 有一半最佳为发病的前 4min, 此时提供基础生命支持, 若救治不及时, 则会大大提升死亡率。而在早期抢救时, 可采取电除颤、人工呼吸、心肺复苏术等予以抢救, 这些措施不仅能帮助患者改善血压、

心率、呼吸、脉搏、血氧饱和度等指标, 还能进一步降低其死亡风险, 从而提升其抢救成功率。本文的结果显示, 本组 40 例患者抢救成功率 92.5% (37/40) , 成功抢救的患者临床指标包括脉搏、血压、心率、呼吸等均恢复正常, 心电图显示心跳恢复, 心房颤动, 双侧瞳孔复常, 患者血样饱和度 $> 95\%$ 。可见, 早期采取对症给药、心肺复苏、电击除颤等措施对 SCD 患者进行急诊抢救发挥着极大的作用和价值。在实际应用中, 笔者总结经验主要做到了以下 5 点: (1) 确保“四早”的有效实施, 尽早识别疾病, 尽早抢救, 尽早进行除颤治疗, 尽早提供生命支持; (2) 熟悉心肺复苏的要点, 掌握操作要领; (3) 合理安排复苏操作的程序, 适合正确的操作; (4) 建立静脉通道, 超常规给予肾上腺素, 对症进行颅内压降低治疗、酸中毒纠正治疗等 (5) 初次除颤失败、二次除颤失败, 且提示预后不良, 则继续进行除颤, 不可轻易放弃。

综上所述, 早期采取对症给药、心肺复苏、电击除颤等措施对 SCD 患者进行急诊抢救的效果显著, 即可降低患者死亡率, 有效挽救其生命, 因此需予以重视。

【参考文献】

- [1] 王玲. 心脏性猝死急诊抢救临床分析 [J]. 医学理论与实践, 2018,28(13):1731-1732.
- [2] 赵海明, 孟繁盛, 莫仁. 35 例心脏性猝死急诊抢救临床分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,15(96):66+69.
- [3] 王刚, 陈小凤, 孙守松. 心脏猝死患者急诊抢救措施及意义 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017,5(02):21.
- [4] 唐凤华. 急诊猝死的病因分析以及预防 [J]. 中外医疗, 2013,3201:94+96.
- [5] 陈艳玲, 胡怀岭, 黄春艳, 李新城, 蔡传英. 标准心肺复苏技术对院外心脏性猝死患者的影响 [J]. 中国医药科学, 2017,3(14):168-169.