

老年急性左心衰竭的急诊救治 86 例应用

李军

(湖南省郴州市第一人民医院南院急诊科 423000)

摘要:目的:对老年急性左心衰竭的急诊救治措施进行分析探讨。方法:将 2017 年 1 月~2019 年 1 月在我院接受治疗的 86 例老年急性左心衰竭患者随机分为两组,对照组 43 例患者行常规急救,观察组 43 例患者在常规急救的基础上加用无创通气,对比两组救治效果。结果:观察组抢救有效率为 95.35%,对照组为 79.07%,组间比较有明显差异 ($P<0.05$)。观察组治疗后 LVEF、hs-CRP 及 NT-proBNP 等指标均明显优于对照组 ($P<0.05$)。结论:对老年急性左心衰患者积极开展无创通气治疗,能够有效提高抢救成功率,改善患者的健康与生活质量,临床应用价值较高。

关键词:老年;急性左心衰;急诊救治;无创正压通气

急性左心衰竭又叫做急性左心功能不全,是多种原因引起的短时间内心脏负荷显著增加,心肌收缩力显著降低,心脏排血量明显减少,肺循环压力快速升高,进而引发的临床综合征^[1]。急性左心衰竭的临床表现主要有呼吸困难、口唇发绀、大汗、强迫坐位、烦躁不安、粉红色泡沫痰等^[2]。该病起病急、病程进展快,若治疗不及时或治疗不当,会给患者的健康及生命安全造成严重威胁^[3]。老年人群因身体机能退化,免疫力降低,一旦发生急性左心衰竭,治疗及康复难度更大。为进一步对老年急性左心衰竭的治疗方法进行分析探讨,笔者对 2017 年 1 月~2019 年 1 月在我院接受治疗的 86 例患者进行随机对照研究,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

经我院医学伦理委员会批准,将 2017 年 1 月~2019 年 1 月在我院接受治疗的 86 例老年急性左心衰竭患者随机分为两组,对照组 43 例患者,其中男 24 例,女 19 例;年龄为 61~87 岁,平均 (71.33 ± 2.94) 岁;合并疾病类型:高血压 18 例、心律失常 12 例,其它 5 例。观察组 43 例患者,其中男 26 例,女 17 例;年龄为 60~89 岁,平均 (72.95 ± 2.74) 岁;合并疾病类型:高血压 17 例、心律失常 11 例,其它 3 例。两组患者上述资料均无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组行常规急诊救治,具体如下:协助患者取半卧位,双腿自然下垂,对症状及体征严重者轮流结扎四肢。以乙醇或二甲硅油进行湿化,并进行面罩加压吸氧,氧流量为 5L/min。对吗啡禁忌者皮下或肌肉注射杜冷丁,一次 50~100mg,对吗啡无禁忌者皮下或肌肉注射吗啡,一次 5~10mg。采用速效洋地黄进行强心治疗,静脉注射利尿酸钠 (35mg) 或呋塞米 (30mg) 进行快速利尿。将 10~15mg 葡萄糖溶液以地塞米松稀释后进行静脉滴注。静脉滴注酚妥拉明或硝酸甘油进行血管扩张治疗。

观察组在上述治疗的基础上加用无创通气治疗,以美国 BiPAP

Vision 呼吸机,采取经口鼻面罩给氧治疗,模式为 S/T,呼气压力 4cmH₂O,吸气压力 8cmH₂O,呼吸频率 15 次/min。治疗过程中根据患者具体情况调整通气参数。

1.3 观察指标

(1)抢救有效率^[4]:评价指标:①神志清醒;②肺内湿罗音面积低于腋中线;③未出现粉红色泡沫痰;④呼吸频率低于 25 次/min;⑤发绀现象消失;⑥可行仰卧位。显效:符合上述 6 条指标,临床症状 30min 之内改善,尿量明显增加。有效:符合上述 3 条及以上指标,临床症状 30min 之内改善。无效:未达到有效标准。(2)对比两组患者治疗前后左心射血分数 (LVEF)、hs-CRP 及 NT-proBNP 等指标变化。

1.4 统计学处理

将数据结果录入 SPSS20.0 软件包进行处理,计数资料以 χ^2 检验,以例数百分比形势表示,计量资料以 t 检验,以 $X \pm S$ 形式表示,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 抢救有效率

观察组抢救有效率为 95.35%,对照组为 79.07%,组间比较有明显差异 ($P<0.05$),如表 1 所示。

表 1 两组抢救有效率比较[n(%)]

组别	显效	有效	无效	有效率
观察组(n=43)	20(46.51)	21(48.84)	2(4.65)	95.35%
对照组(n=43)	17(39.53)	17(39.53)	9(20.93)	79.07%
χ^2				12.009
P				<0.05

2.2 治疗前后临床指标变化

观察组治疗后 LVEF、hs-CRP 及 NT-proBNP 等指标均明显优于对照组 ($P<0.05$),如表 2 所示。

表 2 两组治疗前后临床指标变化($X \pm S$)

组别	时间	hs-CRP(mg/L)	NT-proBNP(ng/mL)	LVEF(%)
观察组(n=49)	治疗前	22.05 ± 2.14	490.59 ± 37.66	38.35 ± 2.72
	治疗后	10.26 ± 1.37	356.63 ± 29.81	49.26 ± 4.11
对照组(n=49)	治疗前	21.89 ± 2.08	491.27 ± 38.55	38.50 ± 2.88
	治疗后	15.03 ± 1.37	396.26 ± 37.24	43.14 ± 2.67

3 讨论

急性左心衰竭为临床常见病,为心脏病终末阶段表现,常见诱发因素主要有冠心病、高血压及呼吸道感染等^[5]。患者多伴有严重呼吸困难等症状,容易出现呼吸功能、心功能衰竭,甚至会因缺氧出现昏迷,继而引发心源性猝死^[6]。该病起病急、病程进展快、病死率高,如果治疗不及时或治疗不当,可引发严重后果。因此,对急性左心衰竭患者应积极开展针对性治疗,以缓解患者临床症状,提高救治效果。

老年急性左心衰竭临床上具有如下几个特点:①有研究资料表

明,80%以上的老年患者诱因明确,主要包括运动量过大、肺部感染、停药药物以及医源性治疗失当等。对于一部分无明显诱因的患者通常心脏疾病较为严重,且其心脏储备能力不良,因而需加强对该类患者的基础病因治疗,并且采取积极有效措施预防潜在的致病诱因。②因大部分老年患者在临床上被其他症状掩盖或临床症状无典型性而造成误诊或漏诊的发生,例如一部分因充血或肺部淤血所致的咳嗽,极易容易被诊断为肺部感染或者支气管炎,进而延误患者最佳治疗时机。临床上对于急性左心衰竭以去除诱发性因素以及

(下转第 110 页)

(上接第 125 页)

对症处理基础性急诊救治为主,但疗效欠佳,甚至可能会诱发多器官功能衰竭以及心源性休克等并发症。随着近年来医学技术的发展,无创通气治疗因其可改善患者通气与氧合功能,减轻肺水肿及低氧血症等症状而得到临床广泛应用。同时该种治疗方式还可在一定程度上减少胸腔负压力,升高患者的静脉压,进而增加肺泡内通气量,改善患者呼吸疲劳症状。本研究观察组积极开展无创通气治疗,结果显示,观察组抢救有效率为 95.35%,对照组为 79.07%,组间比较有明显差异 ($P < 0.05$)。观察组治疗后 LVEF、hs-CRP 及 NT-proBNP 等指标均明显优于对照组 ($P < 0.05$),证明无创通气能够提高救治有效率,改善患者临床指标。

总之,对老年急性左心衰患者积极开展无创通气治疗,能够有效提高抢救成功率,改善患者的健康与生活质量,临床应用价值较高。

参考文献:

[1]朱艾华,郝永,张晓春,等.无创通气对急性左心衰竭患者

hs-CRP 及 NT-proBNP 的影响[J].中国当代医药,2016,23(7):44-47.

[2]王峰,张敏.不同院前急救方式对急性心肌梗死合并急性左心衰竭救治效果及预后的影响[J].医学综述,2016,22(4):827-830.

[3]史素贞.不同院前急救方式对急性心肌梗死合并急性左心衰竭救治效果及预后的影响[J].健康前沿,2016,23(10):66-67.

[4]刘凯.不同院前急救方式对急性心肌梗死合并急性左心衰竭抢救效果及预后的影响[J].现代诊断与治疗,2017,28(8):88-89.

[5]WANG T J, LARSON M G, LEVY D, et al. Temporal relations of a trial fibrillation and congestive heart failure and the irjoi nt influence on monality.The Framingham heart study[J]. Circul ation, 2016,25(107):2920-2927.

[6]KONDO T, H OSH INO J, FUKADA Y, et al. Effectiveness soft olvaptan for post operative heart failure in a patient with combine dvalvar disease and pulmonary hypertention[J]. KyobuGeka, 2017, 67(2):117-120.