

对心搏骤停患者实施心肺复苏的临床护理分析

魏甜

(兖矿新里程总医院, 山东邹城 273500)

【摘要】目的: 探讨心肌梗死后心搏骤停患者实施心肺复苏的抢救处理和护理对策。方法: 选取我院收治的心肌梗死后心搏骤停 32 例, 均采用通畅呼吸道、人工呼吸, 建立静脉通道等, 并进行正确详细的护理对策。结果: 本组 32 例患者中, 治疗成功 27 例, 成功率达 84.38%; 出现严重脑功能障碍 6 例(18.8%); 出现死亡 5 例(15.63%), 分别死于循环系统和多器官功能衰竭。结论: 心肺复苏抢救成功与否的关键在于争取时间和采取有效措施, 重要的是心肺复苏和复苏后的正确护理。护理人员应特别重视和加强心肺复苏术的学习与技能培训, 运用成功的新方法可使心搏骤停救治存活率上升。

【关键词】心肌梗死; 心搏骤停; 抢救措施; 护理措施

心肺复苏(CRP)是抢救心脏骤停患者及保护患者大脑功能的核心技术。心搏骤停后正确及时的实施心肺复苏是抢救成功的关键, 也是护理人员配合抢救治疗中必须掌握的技术之一。有报道称急性心肌梗死(AMI)早期心脏骤停发生率为10%~16%, 部分患者有溶栓指征^[1]。AMI是急性心血管疾病, 病情重、变化快, 而心搏骤停是AMI的最严重的并发症, 有效的心肺复苏术是提高抢救成功率的保证。现将我院近两年来收治的32例心肌梗死后心搏骤停进行心肺复苏的护理经验介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

本组选取对象为2017年1月—2019年6月我院收治的心肌梗死后心搏骤停32例, 男24例, 女6例; 年龄21—76岁, 平均年龄53.3岁; 其中下壁梗死16例, 下壁合并正后壁、右室梗死8例, 前壁或前间壁梗死4例, 高侧壁梗死4例。发病时间距溶栓时间均<6 h。溶栓适应症与禁忌证完全符合文献标准。患者在入院后0.5~3 h发生心脏骤停、意识丧失, 心电监护示20例心室纤颤, 8例室性心动过速, 4例心脏停搏。停搏时间1~3 min。

1.2 临床治疗方法

本组32例患者均采用通畅呼吸道、人工呼吸(气管插管或机械通气), 建立静脉通道及胸外心脏按压恢复有效血循环, 复苏药物的应用及使用电击除颤复律。

在心电、血压监测下, 32例立即行胸外心脏按压, 时间为3~10 min; 14例气管插管行人工辅助呼吸; 20例360 J 直流非同步电复律, 人均除颤3.2次; 根据患者意识呼吸恢复、窦律恢复、BP 90/60 mm Hg以上, 判定心肺复苏成功。但采取措施后仍有胸痛、S-T段仍抬高者, 在征得家属同意并履行签字手续后立即给予静脉溶栓治疗, 建立两条静脉通路。

1.3 疗效判断标准^[2]

有下列情况者为心搏骤停患者心肺复苏治疗成功: ①心跳恢复、自主呼吸、血压稳定; ②需辅助通气者, 恢复自主心律(血压 $\geq 90/60$ mmHg, 1 mmHg=0.133 kPa)相对稳定, 维持2 h以上。

2 结果

本组32例患者中, 治疗成功(包括痊愈或轻微中枢神经系统缺陷)27例, 成功率达84.38%, 其中下壁心肌梗死13例, 下壁合并正后壁、右室梗死6例, 高侧壁心肌梗死3例, 前间壁心肌梗死3例。患者中出现严重脑功能障碍6例(18.8%); 出现死亡5例(15.63%), 分别死于循环系统和多器官功能衰竭。

3 护理措施

①所有患者安置在重症监护病房, 制订详细的护理计划, 设特护记录单。②室内空气保持新鲜、清洁, 室温在21~26度之间, 湿度45~60%。每日紫外线照射20 min~30 min进行空气消毒。1:2 000 优氯净水拖地2次。③遵医嘱给予持续中流量吸氧, 心电监护。保持2条或3条静脉通路, 以确保复苏后药物及时输入。④严密观察病情变化, 心肺复苏后易发生多器官功能障碍, 复苏后并发症亦很多, 如低血压、低氧血症等都会加重脑损害。10 min~15 min监测体温、呼吸、脉搏、血压1次, 观察尿量、色泽、皮肤、温度、呼吸肌的

各种数值以及记录液体出入量, 同时观察药物疗效^[3]。⑤正确采集标本, 及时送检, 为临床用药提供依据。⑥复苏后低温: 治疗性低温能降低基础代谢需要和脑组织氧消耗, 改善细胞膜和离子通道的完整性, 减轻脑水肿对缺血大脑有保护作用。使用冰帽和降温毯进行全身降温, 严密监测病人体温。直肠温度32℃~34℃, 头部温度降至28℃。病人意识逐渐好转, 出现听觉时逐渐复温。⑦基础护理: 做好基础护理可预防和减少感染的发生。

3 讨论

提高心肺复苏的成功率是临床急诊急救工作者面临的重要问题^[4]。本院抢救心搏骤停患者实施超长时间的心肺复苏, 在自主呼吸、心跳恢复6h后转ICU进一步观察救治, 使27例患者最终获得复苏成功。其中, 心搏骤停至开始复苏时间 ≤ 6 min者成功率51.1%, > 6 min者成功率9.7%, 说明尽早实施及时有效的心肺复苏在临床抢救中有重要意义。实施心肺复苏的黄金时间是在发生心搏骤停5 min内最佳, 复苏开始越晚, 成功率越低, 超过8 min多无复苏希望。以往的研究显示: 心跳停止3s, 出现头晕, 10~20s后可出现昏厥或抽搐, 60s后瞳孔散大, 呼吸可同时停止(或在30~60s后呼吸停止), 4~6 min后脑细胞发生不可逆性损害。这段时间是大脑皮层耐受完全缺血、缺氧的最大极限。复苏成功后患者往往发生多器官功能衰竭、感染等严重并发症^[5]。

不管心搏骤停发生的原因如何, 其处理原则就是立即恢复有效的血循环和呼吸功能。其目的是保护脑组织, 防治并发症。临床上抢救患者成功与否的关键在于争取时间和采取有效措施, 重要的是心肺复苏和复苏后的正确护理, 这就要求医护人员必须掌握熟练心肺复苏术、气管插管、监测仪的应用、呼吸机使用等各种急救技术^[6], 同时相应、到位、及时的护理配合也是必不可少的措施。

随着急救医学的发展, 传统的心肺复苏处理方法和理念也在不断更新, 护士作为第一反应人, 对心搏骤停患者的抢救起着重要作用, 专家一致认为要把心肺复苏重点放在技巧上, 强调指出必须提供连续不受干扰的心肺复苏。

综上所述, 心肺复苏抢救成功与否的关键在于争取时间和采取有效措施, 重要的是心肺复苏和复苏后的正确护理。护理人员应特别重视和加强心肺复苏术的学习与技能培训, 运用成功的新方法可使心搏骤停救治存活率上升。

参考文献

- [1] 万巧琴, 王群. 成人心肺复苏术的护理研究进展[J]. 护理研究, 2017, 21(9A): 2273.
- [2] 王斌全, 赵晓云. 心肺复苏基本生命支持的历史[J]. 护理研究, 2011, 21(4A): 938.
- [3] 季一娟. 不同时机气管插管对院前急救心肺复苏的影响[J]. 实用全科医学, 2017, 5(11): 971—972.
- [4] 倪海滨, 刘汉, 张铮. 心肺复苏规则新进展[J]. 中国综合临床, 2013, 22(1): 94—96.
- [5] Douglas Chamberlain, 王琳. 心肺复苏的国际新标准指南推荐胸部按压/通气比为30:2[J]. 英国医学杂志: 中文版, 2016, 9(2): 71—72.