

急性心力衰竭 115 例临床急救分析

张继亮

作者单位: 541500 广西, 全州县人民医院

作者简介: 张继亮(1969-), 男, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 心血管内科。E-mail: qzh120@sohu.com

【摘要】 目的 探讨急性心力衰竭(AHF)患者的临床救治方案。方法 回顾性分析 115 例急性心力衰竭患者的临床资料。结果 治疗 24 h 后显效 73 例、有效 22 例、无效 9 例, 总有效率为 82.61%; 用药至症状缓解时间 55 min ~ 24 h, 平均 (1.7 ± 0.4) h; 用药至症状消失时间 1.7 ~ 48 h, 平均 (2.3 ± 0.8) h。结论 AHF 发病急、进展快、预后差, 处理得当可迅速挽救患者生命, 提高生存率。抢救措施“及时、准确、系统”是抢救成功的关键。

【关键词】 急性心力衰竭; 抢救; 治疗

【中图分类号】 R 641.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2009)09-0976-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.09.38

The clinical emergency analysis of 115 patients with acute heart failure ZHANG Ji-liang. Quanzhou County People's Hospital, Quanzhou, Guangxi 541500, China

【Abstract】 Objective To investigate the clinical treatment programs of the patients with acute heart failure (AHF). Methods The clinical data of 115 patients with AHF were analyzed retrospectively. Results After 24 h of treatment, 73 patient were markedly effective, 22 patient were effective, 9 patient were ineffective, and the total effective rate was 82.61%. The time from medication to symptoms remission were 55 min ~ 24 h; with an average of (1.7 ± 0.4) h; The time from medication to the symptoms disappearance were 1.7 ~ 48 h; with an average of (2.3 ± 0.8) h. Conclusion AHF is characterized by acute incidence, rapid progression and poor prognosis. The proper treatment can quickly save lives, improve the survival rate. A timely, accurate, systematic rescue measures is the key of successful rescue.

【Key words】 Acute heart failure; Rescue; Treatment

急性心力衰竭(acute heart failure, AHF)指的是由于急性发作的心功能异常而导致的以急性肺水肿、心源性休克为典型表现的临床综合征, 是临床常见的危急重症, 病情进展快, 预后差。本文总结了该院 2003-10 ~ 2008-10 115 例 AHF 患者的救治体会, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均符合 AHF 诊断标准^[1]。其中男性 64 例, 女性 51 例, 年龄 17 ~ 81 岁, 平均 (56.12 ± 15.47) 岁。冠心病 35 例, 风湿性心脏病 21 例, 原发性高血压 18 例, 扩张型心肌病 15 例, 慢性肾功能不全 7 例, 病毒性心肌炎 6 例, 先天性心脏病 4 例, 其它 9 例。诱因: 感染 51 例, 心肌缺血 17 例, 劳累 15 例, 情绪激动 11 例, 心律失常 9 例, 医源性因素 4 例, 高血压危象 4 例, 其它 4 例。

1.2 临床表现 症状: 端坐呼吸、大汗淋漓 80 例, 咳粉红色泡沫痰 9 例, 胸闷、心悸 16 例, 紫绀 13 例, 胸痛 6 例。体征: 血压升高 64 例, SBP < 80 mmHg 16 例, 呼吸 > 30 次/min 66 例, 心率 90 ~ 119 次/min 12 例、心率 > 120 次/min 68 例, 闻

及双肺中水泡音 82 例, 闻及双肺哮鸣音 84 例。

1.3 辅助检查 全部病例现场做心电图检查, 其中发现窦性心动过速 82 例, 快速心房纤颤 28 例, ST-T 心肌缺血改变 54 例、心肌梗死改变 17 例, 频发房性早搏 18 例, 频发室性早搏 21 例, 完全性左束支传导阻滞 6 例, III 度房室传导阻滞 2 例。

1.4 抢救措施 发生急性心力衰竭时立即进行常规治疗, 患者取坐位, 双腿下垂, 以减少静脉回流; 及时给予吗啡镇静; 给氧, 同时加入消泡剂(50% 酒精)至氧气湿化瓶内进行预防性消泡干预; 静注洋地黄正性肌力药物(西地兰)增强心肌收缩力和控制心率, 同时给予快速利尿剂(速尿), 并尽早尽快加用血管扩张剂及小剂量非洋地黄正性肌力药物治疗, 用药量根据血压、心率调整。对于经上述常规药物治疗后, 肺水肿得不到有效控制, 出现明显呼吸困难、呼吸频率 > 35 次/min 或 < 8 次/min、持续时间超过 5 min、明显紫绀或意识障碍、血氧饱和度(SaO_2) < 70% 者给予气管插管、呼吸机正压通气。

1.5 疗效标准 显效:呼吸困难、两肺哮鸣音和湿性啰音消失或者明显减轻,心率、呼吸、血压、SaO₂ 恢复正常;有效:上述临床症状、体征减轻,SaO₂ 明显升高或接近正常;无效:上述临床症状、体征、心率、呼吸、血压、SaO₂ 不变甚至加重。

2 结果

本组 115 例治疗 2 h 后患者的血压、心率、呼吸、SaO₂ 情

况见表 1。治疗 24 h 后显效 73 例,有效 22 例,无效 9 例,总有效率 82.61%。用药至症状缓解时间 55 min ~ 24 h,平均 (1.7 ± 0.4)h;用药至症状消失时间 1.7 ~ 48 h,平均 (2.3 ± 0.8)h。死亡 11 例,病死率为 9.56%;死亡原因:心室纤颤 5 例,心源性休克 4 例,多器官功能衰竭 2 例。

表 1 115 例患者治疗前后血压、心率、呼吸、SaO₂ 情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	心率(次/min)	呼吸(次/min)	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	SaO ₂ (%)
治疗前	127.5 ± 31.2	32.7 ± 4.6	169.3 ± 35.6	96.9 ± 14.9	80.3 ± 11.5
2 h 后	119.8 ± 22.3	27.8 ± 4.5	151.1 ± 21.7	85.7 ± 10.5	89.8 ± 5.7
t	2.15	8.17	4.68	6.59	7.93
P	<0.05	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

AHF 发生突然,病情危重、进展快、预后差,如不及时采取有效的救治措施,常可危及生命,处理得当可挽救患者生命,提高生存率^[2]。本组共 115 例抢救总有效率 82.61%,抢救措施“及时、准确、系统”是抢救成功的关键。

3.1 体位 在对患者做出明确诊断后,应立即给患者采取坐位或半卧位,双下肢下垂,这样可减少回心血量,减轻心脏前负荷。对于休克患者,应给予平卧或半卧位,以免病情加重。

3.2 镇静 由于 AHF 患者呼吸困难、精神紧张、烦躁不安,首选的药物是吗啡,AHF 时早期应用吗啡对抢救有重要意义^[3]。吗啡有强大的镇静作用,能够轻度扩张静脉和动脉,并减慢心率,多数研究表明,一旦建立起静脉通道,则立即静脉注射吗啡 3 ~ 5 mg/次,视患者的症状和情绪,必要时可重复。本组有 86 例患者应用小剂量吗啡静脉注射,无一例出现呼吸抑制。

3.3 必要的氧疗和通气支持 目前研究表明高氧血症不但不增加患者冠状动脉血供,反而减少了冠状动脉血流,使心输出量减少,外周血管阻力增加,血压升高,增加 AHF 患者死亡率。因此目前主张为了改善 AHF 患者通气,保证组织最大供氧,防止终端脏器功能障碍和多脏器功能衰竭,应将 SaO₂ 维持于 95% ~ 98% 范围内。如在气道通畅情况下,增加氧气浓度(从 4 ~ 6 ~ 8 L/min),如果 SaO₂ 仍不能达到 95% ~ 98% 范围内,应选择机械通气支持^[4]。本组 115 例中有 23 例重症患者在常规治疗病情继续恶化的情况下及时实施了气管插管,呼吸机正压通气,其中 19 例症状、体征得到有效的控制,心脏功能改善。

3.4 关于 AHF 问题 主要的病理生理改变是肺淤血后肺间质及肺泡水肿,造成气体交换障碍,心输出量下降,出现低氧血症。AHF 紧急处理期治疗目的是纠正病理生理过程,尽

快纠正机体缺氧。由于近年对左室泵衰的重新认识,即左室泵衰主要决定于负荷状态,特别是流出道的阻力。因此,既往强调强心药的应用,更注重血管扩张剂的使用^[5]。首选硝普钠,用量以 10 ~ 20 μg/min 开始,然后每 3 ~ 5 min 增加 5 ~ 10 μg/min,维持收缩压在 100 mmHg 左右,以减少回心血流量,增加心排量,从而降低肺淤血、缓解肺水肿,如血压低或心源性休克时加用多巴酚丁胺,用量 3 ~ 5 μg/(kg · min),但有些情况下也不应忽视强心剂的应用,如左心衰竭伴快速房颤或室上性心动过速时宜选用洋地黄。强心、利尿、扩血管诸药合用,既能降低心脏负荷,又增强心肌收缩力,提高心排出量,是 AHF 急救的基本措施。重视对 AHF 诱发因素的控制,AHF 患者绝大多数均有明确的诱因,常见原因为感染、劳累、精神因素、心律失常等。AHF 发病急、进展快,除了采取上述治疗措施稳定血流动力学状态外,还应积极寻找并去除其诱发因素以防再使病情加重。在给予 AHF 患者上述一般性的处理外,还应借助必要的监护器械对患者进行密切的临床观察,以便及时发现患者可能发生的各种临床紧急情况,并给予相应的处理,才能最大限度地降低 AHF 患者的病死率。

参考文献

1 叶任高,陆再英.内科学[M].第六版.北京:人民卫生出版社,2003:175.
2 王玲洁,张凤如,等.急性心力衰竭的治疗现况[J].国际心血管病杂志,2006,33(1):18-21.
3 张文武.急诊内科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:214.
4 那开宪,余平,等.急性心力衰竭诊治中应注意的问题[J].中国医刊,2008,43(2):5.
5 李再元,李秋儒,等.左心衰竭 99 例临床急救分析[J].重庆医学,2006,6(35):1030-1031.

[收稿日期 2009-03-25][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]