

心脏介入治疗并发迟发心脏压塞的临床急救和护理体会

杨梅珍, 陈首丽

作者单位: 537000 广西, 玉林市第一人民医院心血管内科

作者简介: 杨梅珍(1965-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 心血管内科临床专科护理。E-mail: lyf77978@163.com

[摘要] 目的 总结心脏介入治疗后迟发心脏压塞患者的急救和护理体会。方法 回顾性分析 18 例心脏介入治疗术后 2~30 h 出现迟发心脏压塞患者的临床资料。结果 18 例迟发心脏压塞, 经严密观察病情, 积极治疗护理, 全部抢救成功。结论 迟发心脏压塞, 病情隐匿, 其潜在危险性更大, 术后持续严密观察病情, 及早发现、及时抢救是关键。

[关键词] 心脏介入治疗; 心脏压塞; 观察; 护理

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)06-0554-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.06.27

目前, 心脏介入诊疗手术已经广泛开展, 成为心血管疾病的重要诊疗手段, 治疗技术已日臻成熟, 掌握此项技术的医务人员也逐渐增多。随着心脏介入治疗病例数的增加, 发生心脏压塞的患者也在增加。由于术中心脏压塞发生风险极高而受到格外重视, 常能得到及时处置, 而术后发生心脏压塞容易忽视。我院自 2000-01~2013-10 共进行了 30 000 多例心脏介入诊疗, 其中术后发生心脏压塞 18 例, 因能及时发现, 及时治疗, 全部抢救成功, 无一例死亡。现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组心脏压塞患者共 18 例, 其中男 8 例, 女 10 例, 年龄 11~78 岁, 平均年龄 54.7 岁。行房间隔缺损封堵术 2 例, 急诊经皮行冠状动脉介入手术(PCI)3 例, 稳定型心绞痛行 PCI 术 3 例, 不稳定型心绞痛行 PCI 术 2 例, 起搏器植入术 2 例, 射频消融术 3 例, 风湿性心脏病、二尖瓣狭窄行经皮二尖瓣球囊扩张术(PBMV)3 例。18 例术前经胸片及心超检查均无心包积液。心脏压塞发生时间为术后 2~30 h(平均 12.6 h)。所有患者均经床边超声心动图检测诊断为心脏压塞。

1.2 心脏压塞的诊断依据 心脏介入性诊疗术中或术后突发胸痛、胸闷、意识丧失、窦性心动过速或过缓、血压低或测不出等急性症状; X 线胸部透视可见心影外周透光带和心脏心包影中搏动; 超声心动

图检测心包腔内有明显液体; 心包穿刺引流出不凝血液^[1]。超声心动图检测可作为目前心脏压塞诊断的金标准, 具有定性、大致定量和随访的作用^[2]。

1.3 护理 心脏压塞是心脏介入诊疗中最严重并发症, 护士应充分了解心脏压塞的临床表现和对心电监护重要性的认识, 并通过心电监护结合临床表现, 及早发现病情。积极抢救和进行护理配合, 缓解心脏压塞症状, 稳定血液动力学, 为心包穿刺引流争取时间, 同时加强术后护理, 密切注意迟发性心脏压塞的发生, 及时处理各种并发症。

1.3.1 术后严密观察病情变化 心脏介入治疗术后患者常规床边心电、血压、血氧饱和度监测 36 h, 每 1 h 记录 1 次生命体征及心电示波波形变化。对出现不明原因的胸闷、胸痛、气促、出汗多、恶心、呕吐、心率加快或减慢、低血压等, 应高度警惕心脏压塞的可能^[3]。本组有 9 例患者在术后 2~6 h 出现上述症状: 2 例是在拔除股动脉鞘管前 2 h 出现胸胀、出冷汗、气短、心率加快、血压无明显改变, 未引起重视, 认为是精神紧张所致, 给予心理上安慰。在观察中发现血压及心率明显下降, 急诊床边超声检查发现心包腔内大量积液并在超声指导下迅速进行心包穿刺, 各引出 400 ml 和 650 ml 不凝血液; 有 3 例患者术后 2~3 h 出现血压下降伴心率加快, 心电图检查普遍低电压, 再次行冠状动脉造影证实导丝穿孔, 在破口处植入明胶海绵体封堵成功后, 患者情

况好转;另 4 例术后 4~6 h 恰好发生在拔除股动脉鞘管时出现面色苍白、出汗、心率变慢、血压下降,按迷走神经反射处理,经静注阿托品和多巴胺治疗后症状很快恢复,但维持时间短,病情又恶化,护士及时报告医生,经床边超声检测心包积液得以确诊。

1.3.2 积极配合心包穿刺引流缓解心脏压塞 一旦发生心脏压塞,立即给予快速大量补液,输入平衡液或低分子右旋糖酐、生理盐水、林格氏液,另开通 1 条静脉静滴多巴胺,备好心包穿刺用物,备好抢救仪器包括除颤仪、气管插管用物、简易呼吸器、吸引器、临时起搏器以及抢救药品等,配合医生经剑突下行心包穿刺引流,穿刺时密切观察患者神志、意识和生命体征的变化。对于已快速扩容者应加强观察,防止静脉回流增加,引起急性肺水肿。本组 18 例患者经心包穿刺引流后,症状明显改善,血压稳定。

1.3.3 做好心包穿刺引流术后护理 心包穿刺后嘱患者取平卧位,避免过度活动。穿刺口置管处用缝针固定,防止引流管脱出。穿刺处采用透明贴膜覆盖,保持无菌,每 4~6 h 用肝素 50~100 U 冲管 1 次保持通畅,每天消毒穿刺口周围皮肤,防止感染。协助患者翻身,经常检查引流管情况,防止引流管打折、扭曲、受压或脱落。准确记录引流液的颜色、量和性质。定期复查床旁心脏超声,观察心包积液有无增减,结合引流量的多少来确定拔管时间^[4]。本组 18 例置管引流 2~6 d,无伤口感染及堵管现象。

1.3.4 做好心脏压塞并发症护理 密切观察病情,避免因治疗心脏压塞而引起其它并发症。PCI 术后发生心脏压塞,停用肝素,根据病情停用抗血小板药物,同时严密监测血液活化凝血时间(ACT),使 ACT 维持在 250~350 s^[5],因支架术后不能用鱼精蛋白对抗,又必须停用抗凝药物,本组 1 例急诊 PCI 术后出现心脏压塞停用抗凝药物后 6 h 出现胸痛、背部胀痛、全身出冷汗,床边即查心电图示 V1~V6 导联 ST 均呈弓背上抬,考虑急性广泛前壁心肌梗死,即给予对症处理,病情稳定后,再次进行介入手术,手术成功。

2 结果

本组 18 例患者均行急诊床边超声指引下下行心包穿刺引流,引出暗红色不凝血液 150~800 ml 不等,同时遵医嘱快速补液,给予多巴胺维持血压;有

3 例送回导管室再次行冠状动脉造影证实导丝穿孔,在破口处植入明胶海绵体封堵后,患者情况好转。经积极治疗护理 18 例患者全部血压恢复,症状缓解,抢救成功。

3 讨论

心脏压塞可在术中发生,也可在术后数小时延迟发生,也有报道心脏介入术后 72 h 仍有可能发生心脏压塞^[6]。术后迟发性心脏压塞往往多提示:血管穿孔较小或损伤较轻者,压力低,血液渗出缓慢或是心室壁有微小破裂口,其周围血栓形成,短时间内破裂口被封堵,使心包积血未进行性增加^[7]。当心脏压塞发生较缓慢时,早期症状不明显,容易忽视,其潜在危险性更大,因此术后持续严密观察病情,及早发现、及时抢救是十分重要的。本组有 9 例患者在术后 7~30 h 时,患者初期感觉无明显胸闷、心悸、气促,且血压和心率未明显改变时,很难引起注意。由于护士观察敏锐、责任心强和警觉性高,发现血压和心率进行性下降,考虑到心脏压塞的可能,及时行床旁超声检查证实为心包积液,使患者得到及时救治。因此,对于心脏介入诊疗手术的患者,护士既要严密观察病情变化,又要重视患者的主诉,以免延误诊断或误诊,尤其是要注意警惕迟发性心脏压塞的患者,因患者病情隐匿,不易觉察,特别是在术后 36 h 内加强病情观察仍是关键。

参考文献

- 1 Fejka M, Dixon SR, Safian RD, et al. Diagnosis, management, and clinical outcome of cardiac tamponade complicating percutaneous coronary intervention[J]. Am J Cardiol, 2002,90(11):1183-1186.
- 2 纪承寅,魏永堂,齐艾江,等. 心脏介入性操作致心脏压塞的诊断与治疗[J]. 临床军医杂志,2006,34(1):94-95.
- 3 李晓彤. 心脏介入治疗并发心包填塞的护理[J]. 护理实践与研究,2012,9(19):79-80.
- 4 周娟,卢东芳,袁丽华,等. 起搏电极导管穿破冠状静脉窦导致迟发心脏压塞的抢救护理 4 例[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(3):16-17.
- 5 陈新梅,詹惠敏,曾燕,等. 20 例心脏介入诊疗中并发急性心脏压塞患者的护理[J]. 中华护理杂志,2013,48(9):842-843.
- 6 夏小杰,曹克将,陈绍良,等. 心脏介入性治疗手术并发心脏压塞的原因分析、诊断与治疗[J]. 中国循环杂志,2005,20(4):273.
- 7 许书英,覃绍明,韦开福,等. 急性心肌梗死发生心脏破裂心包填塞 1 例[J]. 中国临床新医学,2013,6(10):1002-1003.

[收稿日期 2013-12-31][本文编辑 蓝斯琪]