

· 病例报告 ·

左主干急性闭塞介入治疗 1 例护理配合

郭金花*, 郝春雨, 张丽伟, 王 禹, 沈 东, 许明明

(解放军总医院第一附属医院心内科导管室, 北京 100048)

【关键词】冠状动脉疾病; 介入治疗; 护理

【中图分类号】R541.4

【文献标识码】B

【文章编号】1671-5403(2011)03-0277-01

1 病例摘要

患者, 女性, 56岁。主因“反复发作胸闷、晕厥 20天”入院。入院后 16h 再发胸闷, 数秒后意识丧失、小便失禁, 血压、心率明显下降, 约 1min 恢复正常, 心电图出现过性 aVR 导联 ST 段抬高, 余导联 ST 段明显压低。急诊冠状动脉造影示, 左主干呈线性显影, 狭窄 98%左右, 前降支及回旋支血流 TIMI Ⅰ级; 右冠开口狭窄 85%。立即静脉注射并持续泵入替罗非班, 经左股动脉行主动脉内气囊反搏(intra-aortic balloon pumping, IABP)。正在上述处理期间, 患者再次诉胸闷伴视物模糊, 心电监测示 avR 导联 ST 段抬高。6F JL4.0ST 指引导管迅速到位, 造影见前降支及回旋支血流减慢至 TIMI Ⅰ~Ⅱ级。Balance Middle Weight 指引导丝送至前降支远端, 采用 Monorail Maverick² 2.5mm×20mm 球囊扩张左主干, 造影见前降支、回旋支血流更为缓慢。患者心率迅速降至 50次/min 以下, 血压降至 60/20mmHg(1mmHg=0.133kPa), QRS 波群时限明显增宽; 患者反应迟钝、迅即意识丧失, 四肢抽搐。立即给予简易呼吸机辅助呼吸, 持续胸外按压, 静脉推注多巴胺 10mg、阿托品 1.0mg; 介入操作同时进行, 于左主干至前降支近段置入 Excel 3.5mm×18mm 支架。透视见心脏停搏, 动、静脉内造影剂滞留。冠脉内推注硝酸甘油 200μg, 地尔硫卓 200μg, 各 2 次。心电监测出现持续室速、室颤, 200Ws 电除颤 2 次, 转复为窦性心律。重复造影见前降支及回旋支血流恢复至 TIMI Ⅱ级, 心脏搏动有力, 患者意识逐渐恢复。病情相对平稳后, 于前降支近段病变串联置入 EXCEL 2.75mm×18mm 支架, 右冠开口病变无预扩置入乐普 3.5mm×18mm 支架, 结束手术。

2 护理体会

无保护左主干急性闭塞, 可迅速导致心血管崩溃^[1]。在 IABP 支持下急诊介入治疗在短时间内开通闭塞血管, 有可能挽救患者生命^[2]。此例患者完成造影后即预见到

左主干病变不稳定, 在置入 IABP 导管时突发左主干闭塞, 迅即发生心脏停搏。在心肺复苏和介入操作同时进行, 迅速、有序的护理配合是抢救成功的关键之一^[3]。从此例患者的救治中, 笔者总结了一些体会: (1) 一旦发现左主干病变或出现血液动力学异常, 立即启动检测 IABP 泵和临时起搏器, 快速完成管线连接。(2) 保证输液管路通畅和及时用药。选择上肢大静脉, 预先将抢救药品抽入注射器中, 如阿托品、吗啡、多巴胺、肾上腺素等, 保证及时给药。(3) 介入操作出现严重并发症时, 护士应在患者旁重点观察意识、呼吸变化和不适主诉, 协助患者呕吐。血流动力学异常导致脑供血不足时, 患者会出现反应迟钝、意识模糊等, 这不仅提示病情危重, 发生呕吐时极易导致误吸。(4) 保证有效的心肺复苏。在气管插管前, 尽量打开气道, 用面罩加压给氧。出现持续室速或室颤时, 由护士完成除颤更方便、快捷。在医生集中精力于介入操作和下达抢救医嘱时, 持续胸外按压由护士等辅助人员完成更合理。(5) 抢救时护士应尽量保证无菌区免受污染。心导管室应有各种抢救预案, 平时定期培训和演练是保证抢救预案和护理配合能有效实施的必经途径。

【参考文献】

- [1] Sakai K, Nakagawa Y, Kimura T, et al. Primary angioplasty of unprotected left main coronary artery for acute anterolateral myocardial infarction[J]. J Invasive Cardiol, 2004, 16(11): 621-625.
- [2] 陈 曦, 土井修, 望月守, 等. 无保护左主干的急诊介入治疗[J]. 中华急诊医学杂志, 2007, 16(4): 369-372.
- [3] 胡淑芬, 吴施惠, 吴剑胜. 急性心肌梗死急诊介入治疗的护理[J]. 岭南心血管病杂志, 2006, 12(6): 416, 434.

(编辑: 周宇红)