

应对急性心肌梗死,怎样进行急诊抢救

吴辉

急性心肌梗死(AMI)是一种严重的急性心血管疾病,其病死率高,危害大,常导致严重的后果。目前我国AMI的发病率和死亡率呈明显上升趋势。在中国,AMI患者平均住院日为10至14天,超过30%的患者在院外死亡。由于我国医疗资源相对不足,急性心肌梗死(AMI)患者的救治存在很多问题,包括急诊处理不及时、诊断不明确、救治方法不合理等。因此,有效控制和防治AMI是改善我国人民健康水平、提高生活质量和应对老龄化社会的重要措施之一。

急性心肌梗死在发病后应该如何进行有效急救?如何把握黄金抢救时间?

一、发病机制

AMI的发病机制主要是由于冠状动脉粥样硬化斑块破裂,形成血栓,堵塞冠状动脉,导致心肌缺血、坏死。这种病变,可以是血管壁局部的斑块破裂,也可以是内皮细胞损伤和释放的炎性因子引起的。血栓形成后,它可以被冠状动脉血流所稀释或溶解,从而引起局部的心肌坏死。

AMI是由于冠状动脉狭窄或闭塞导致心肌缺血缺氧,引起局部心肌坏死的一种疾病。AMI发病时,心肌会发生广泛的、持久的缺血缺氧。由于心肌细胞广泛、持久地缺血缺氧,导致心肌细胞代谢障碍和功能障碍。此时,心肌细胞会发生坏死,变性或溶解。

坏死组织的大量释放可激活血小板并释放炎症因子。在此基础上,血小板聚集和血栓形成进一步加重了心肌细胞缺血缺氧状态。此时,炎症反应和血栓形成会加速病变部位的血流堵塞和侧枝循环形成,从而进一步加重了心肌缺血缺氧状态。如此反复,逐渐发展成急性心肌梗死。

因此,AMI发病时可引起广泛、持久、不可逆的心肌损伤和坏死。及时有效地救治可以最大限度地挽救濒死的心肌细胞并减少死亡率。

二、临床表现

- 突然剧烈而持久的胸骨后疼痛,休息和含服硝酸甘油不能缓解。
- 疼痛伴烦躁不安、出汗、恐惧或濒死感。
- 少数患者无明显疼痛,而是表现为一种压迫感、背部或左上肢放射痛,常放射至左臂、左上肢前内侧无名指和小指,或至颈、咽或下颌部。常伴有大汗、恶心、呕吐、晕厥或休克等。
- 心肌梗死发作时出现心律失常,如室早、室速、室颤等,甚至心脏骤停。
- 心电图示ST段抬高或T波改变(即ST段抬高),结合临床可作出诊断。部分患者

无明显症状,是由于心肌梗死的前驱症状出现后才发现的。

6.不典型胸痛:临床表现多样,有以下几种类型:

- (1)胸部压迫感:常为胸骨后或心前区压榨性疼痛,呈压榨感,常伴有濒死感、紧缩感,持续数分钟至数小时。部分患者以放射痛为首发症状。
- (2)胸闷不适:在劳累或精神紧张时发作,休息和含服硝酸甘油后不能缓解。
- (3)上腹痛:可位于心前区或右上腹部,为放射性疼痛。部分患者无腹痛。
- (4)牙痛:多位于牙床、舌头根部及咽部。疼痛程度剧烈难忍,常为刀割样、烧灼样或撕裂样痛。
- (5)下颌痛:常位于舌下含服硝酸甘油后不能缓解,常伴有大汗、恶心、呕吐等症状。少数患者无疼痛表现。

三、检查及诊断

急性心肌梗死(AMI)的诊断必须有明确的心电图和血清心肌酶的测定结果。临床医生必须高度怀疑或确定AMI,才能作出诊断。

- 1.心电图检查:对AMI患者,在发病后24至48小时内,应进行心电图检查。其主要目的是明确是否存在心肌梗死或心肌缺血,以利于诊断。急性心肌梗死的心电图表现为ST段抬高或倒置,常伴有T波倒置,有时可伴有ST段抬高、T波高尖或双相等异常表现。

- 2.血清心肌酶测定:急性心肌梗死的心清心肌酶测定具有重要意义,是诊断AMI的重要依据。对急性心肌梗死的诊断应与其他原因引起的继发性心梗相鉴别,如不能通过心电图、血清酶测定或心脏彩超等确诊,则应进一步检查以明确诊断。
- 3.冠状动脉造影:是确诊急性心肌梗死最直接、最准确的方法。具有非常高的特异性和灵敏度,可显示冠状动脉病变范围、程度和范围,以及冠脉血管狭窄程度、冠状动脉血流情况和心肌缺血范围等。对诊断AMI具有重要意义。目前冠状动脉造影主要包括普通造影和CTA两种方式。

四、治疗方法

- 1.药物治疗:在AMI治疗中,药物治疗是关键,它可以迅速降低心肌梗死面积,挽救濒死的心肌细胞。药物包括抗血小板聚集、抗凝、调脂等。
- 2.支架植入术:这种方法主要用于急性心肌梗死的再灌注治疗。将支架植入心肌梗死患者的冠状动脉中,使受损血管的血流恢复正常,改善心肌缺血,防止梗死面积扩大。
- 3.溶栓治疗是AMI治疗的最后一步,通过静脉注射溶栓药物将血栓溶解。但是这种

方法也存在一定的风险和缺点。患者的血管可能无法通过再灌注而完全恢复正常,反而增加了死亡率。

- 4.支架植入术:这种方法主要是预防再灌注时心肌细胞缺血坏死。它可以在手术中进行,也可以在手术后进行。在急性心肌梗死(AMI)患者中,大多数患者的血管完全阻塞,需要做支架手术来疏通堵塞的血管。

5.经皮冠状动脉介入治疗(PCI):

五、预防

1.保持健康的生活方式。低盐低脂饮食,适当运动,戒烟限酒,保持心情舒畅。

2.健康的生活方式是预防急性心肌梗死的最好方法之一。在日常生活中应注意以下几点:

- ①合理饮食,保持健康体重。
- ②注意防寒保暖。
- ③适度运动,避免过度劳累。
- ④保持情绪稳定,避免过度激动。
- ⑤保持大便通畅。
- ⑥戒烟限酒。
- ⑦防止过劳、久坐和吸烟等有害因素对心脏的刺激,定期体检,做好防治工作。
- ⑧避免过度精神紧张和情绪波动。
- ⑨积极防治高血压、高血脂和糖尿病等疾病。做好自我监测工作,定期检测血压、血糖和血脂等指标,发现问题及时就诊、治疗。
- ⑩积极防治糖尿病、高血压、高血脂症和其他相关疾病,控制好危险因素,早期发现并及时治疗心血管疾病,降低发病风险。

六、抢救措施

- 1.注意患者的保暖,同时对患者进行有效的心肺复苏。
- 2.尽快拨打120急救电话,争取时间进行进一步救治。
- 3.积极配合医生进行抢救,采取有效措施改善症状,缓解疼痛。
- 4.注意监测生命体征,随时观察患者情况,尤其是出现烦躁、意识障碍、抽搐等情况时。
- 5.吸氧并保持呼吸道通畅,必要时进行人工呼吸和心脏按摩。
- 6.胸外按压和人工呼吸可同时进行。如果患者出现心跳骤停,立即进行心肺复苏。
- 7.药物治疗包括阿司匹林和硝酸甘油片,可缓解疼痛并降低死亡率。如没有禁忌证,可以服用阿司匹林或硝酸甘油片;如有禁忌证,可先服用硝酸甘油片,再服用阿司匹林或硝酸甘油片。
- 8.患者需要尽快获得药物治疗。当药物治疗无效时,应及时联系医院或急救车到医院就诊。(作者单位系寿光市人民医院)

重度颅脑外伤的常见并发症与治疗方法

叶亮

高压的病因,如进行颅骨修补术、骨窗减压术以及脑脊液鼻漏、耳漏修补术等。

三、脑积水

脑积水是指脑脊液的循环途径受到阻碍,脑脊液不能顺利地经蛛网膜下腔、脑室系统及蛛网膜颗粒间隙流入蛛网膜下腔,从而引起颅内压增高的一种并发症。

轻度脑积水一般在伤后数月内消失,中度脑积水在伤后1年内消失,重度脑积水在伤后2至3年内消失。如果脑积水的情况严重,就会导致患者的大脑发育不良,引起智力障碍。

治疗方法:轻度脑积水一般采用保守治疗,主要是采用脑脊液吸收促进剂进行治疗,比如:甘露醇、甘油果糖、亚甲蓝、甘露醇纳曲酮等。中重度脑积水的患者可以采用手术治疗,比如:蛛网膜下腔穿刺引流术、硬膜外置管引流等。此外,还可以采取药物治疗,比如:甘露醇、去甲肾上腺素、维生素C等。

四、低颅压综合征

重度颅脑外伤患者,如果出现低颅压综合征,可导致患者的颅内压不断下降,从而引起一系列的并发症。低颅压综合征是一种常见的严重并发症,可导致患者出现头晕、头痛、恶心、呕吐等症状,甚至出现呼吸困难、心律失常等症状。

低颅压综合征的发生主要与颅内血管痉挛、颅内压升高、脑脊液循环障碍等因素有关。患者出现低颅压综合征后,应该及时进行治疗,否则会加重患者的病情。

低颅压综合征的治疗主要有以下几种方法:

- 1.一般治疗:保证患者处于安静状态,减少各种刺激因素。
- 2.药物治疗:可应用脱水降颅压药物进行治疗。

- 3.手术治疗:对于病情较为严重的患者,如果颅内压力过高,可以考虑进行手术治疗。

五、脑室内出血

脑室内出血是一种非常严重的颅脑损伤并发症,也是颅脑损伤中比较少见的一种,它的发病率为1/5左右。

脑室内出血主要是由于颅骨骨折或者是硬膜外血肿破裂导致的,或者是脑膜中动脉破裂导致的。

一旦发生了脑室内出血,患者就会出现剧烈头痛、呕吐、偏瘫、失语等症状,严重时甚至会导致患者死亡。

脑室内出血的治疗方法主要有以下几种:

- 1.对于脑室内出血的患者来说,在早期应该及时采取止血治疗。具体的方法包括使用止血带、静脉输液、神经营养药物和抗纤溶药物等。

慢性硬膜下血肿的诊断与治疗

陈玉生

慢性硬膜下血肿是属于常见的神经系统疾病之一,它的形成是因硬膜下腔内积聚大量血液,而致使颅内压力增高和神经功能损害。此种疾病的发病率较高,且病情严重,会为患者的生活和工作都会带来很大的困扰。

对于慢性硬膜下血肿,做好及时诊断和尽早治疗尤为重要。但很多人对于该病的了解不多,甚至会有一些认识误区,这会对疾病治疗有不利影响。本文将从慢性硬膜下血肿病因、症状、危害、诊断、治疗、预防等方面,为大家进行一次深入的健康科普,希望对您或家人的疾病治疗有所帮助。

一、慢性硬膜下血肿的病因有哪些?

对于慢性硬膜下血肿的病因较为复杂,主要有以下几个方面:

- 1.外伤导致:头部外伤导致脑组织在颅内移动,继而撕破大脑表面血管(如桥静脉、静脉窦、蛛网膜颗粒等)引起出血。好发于老年人。
- 2.血管畸形所致:颅内血管畸形如动静脉畸形、海绵状血管瘤等,也有可能导致血管破裂出血,而后形成硬膜下血肿。
- 3.凝血功能障碍所致:当凝血因子缺乏或功能异常时,会引发血液凝固障碍,导致硬膜下血肿形成。长期口服抗凝药物导致凝血功能异常。

对于老年患者、脑萎缩患者、长期因基础疾病口服抗凝药物者,头部外伤后容易出现慢性硬膜下血肿。

二、慢性硬膜下血肿有哪些症状?

慢性硬膜下血肿,一般是指受伤以后两周后出现的血肿。这种疾病往往在受伤的当时,有可能没有症状或者是只有少量的硬膜下的血肿,或者是硬膜膜下的积液。随着时间的推移,慢慢地就会出现硬膜下的血肿量逐渐地增多,并且出现明显的手脚活动、硬膜膜下血肿往往患者会有一些颅高压的症状出现,例如会出现头晕、头痛、恶心、呕吐的症状。另外,随着病情的逐渐加重,会影响人们的手脚活动、出现偏瘫、走路不稳的情况,严重的情况下会导致认知功能障碍,出现明显的意识障碍、意识模糊、嗜睡、神志不清,甚至昏迷、大小便失禁。慢性硬膜下血肿的症状与患者的年龄、病情严重程度和血肿大小等因素有关,有一定的个体差异。

三、慢性硬膜下血肿有哪些危害?

慢性硬膜下血肿的危害主要体现在以下几点:

- 1.影响生活质量:该类患者所出现剧烈的头痛、恶心、呕吐等症状,以及神经系统损害症状,会严重影响患者的工作和生活质量。
- 2.危及生命:严重的慢性硬膜下血肿可导致颅内压增高,甚至危及患者的生命。

四、慢性硬膜下血肿如何诊断?

- 1.临床表现:慢性硬膜下血肿的症状通常发展较慢,病程较长,患者可能出现头痛、恶心、呕吐、意识障碍、精神症状、偏瘫等症状。由于血肿压迫脑组织,患者可能出现神经功能障碍,如言语不清、吞咽困难等。因此,结合患者的临床表现,可以对患者病情进行初步评估。
- 2.影像学检查:头部CT扫描是诊断慢性硬膜下血肿的主要方法,此类患者的CT表现为颅骨下方新月形或半月形高密度影,且边界清晰,密度呈现均匀或不均匀,增强扫描后可显示出血肿包膜。头颅MRI检查较CT更具优势。
- 3.颅内压监测:对于病情较重的患者,需要考虑进行颅内压监测,这样可以评估颅内压的变化情况。颅内压增高也是慢性硬膜下血肿的一个重要表现。

- 4.脑血管造影:对于部分病例,可予以脑血管造影检查,以了解血管畸形、动脉瘤等情况是否存在,也可以排除其他原因引起的硬膜下血肿。
- 5.慢性硬膜下血肿的治疗方法有哪些?

临床对于慢性硬膜下血肿的治疗,主要分为保守疗法与手术疗法:

- 1.保守治疗:对于一些无症状或症状较轻的慢性硬膜下血肿患者,可选择保守治疗,主要包括卧床休息、限制活动、控制血压、抗凝治疗等。同时,也要定期复查头部CT或MRI,密切观察血肿的变化情况。如果病情呈现恶化,就要及时采取手术治疗。

- 2.手术治疗:对于症状明显、颅内压增高、病情严重或保守治疗无效的慢性硬膜下血肿患者,需要尽早进行手术治疗。临床手术方法主要有以下几种:
 - (1)钻孔引流术:有症状的硬膜下血肿,需要外科手术,最常用的办法是钻孔外引流术,就是在血肿最厚的部分钻一个硬币大小的孔,放进引流管,将血水慢慢引流出来,达到治愈的效果。如果血肿时间比较长,有些分隔单纯

无痛消化内镜检查的护理知识分享

马晓梦

内镜检查是目前诊断消化道疾病的主要手段之一,它可以观察消化道的形态、粘膜表面情况、有无息肉及肿瘤等,为疾病的诊断和治疗提供客观依据。由于内镜检查创伤小,无痛苦,患者易于接受,检查结果准确可靠等优点,使其在临床上得到广泛应用。近年来,随着医学技术的发展和人们对内镜检查的重视,无痛消化内镜检查在临床上越来越受到欢迎。我们通过学习和不断摸索,总结出一些适合我院实际情况的护理经验和操作技巧。现将我们在临床工作中总结的无痛消化内镜检查护理经验与大家分享。

由于无痛消化内镜检查对护理人员的素质要求较高,因此要使无痛消化内镜检查顺利开展,护理人员的培训必不可少。我院有专业的培训基地,科室定期组织护理人员学习相关理论知识和操作技术。在日常工作中,由经验丰富的护士长负责带领护理人员对无痛消化内镜检查相关知识和技能进行培训,如在胃镜检查前,检查过程中、检查后的护理中等。此外,还利用晨会时间组织护理人员进行理论及操作技能学习,以提高护理人员对无痛消化内镜检查的认识。同时,还聘请上级医院的护理专家来我院进行操作技巧讲解、示教。通过不断地学习和培训,我们熟练掌握了无痛消化内镜检查的护理技能,提高了护理人员对无痛消化内镜检查的认识及操作技巧。

1.心理护理

在无痛消化内镜检查前,我们会对患者及家属进行相关的宣传教育,讲解无痛消化内镜检查的好处及注意事项,如检查过程中可能出现的不良反应及预防措施等,同时还会告诉患者检查当天可以吃流质饮食或喝稀粥,但不能吃太硬、太烫的食物。另外,我们还会告知患者一些检查中可能出现的并发症及处理方法,如在胃镜检查时可能会出现恶心、呕吐、腹胀、腹胀等情况,这些都是正常的,不必过度担心。此外,在检查前我们还会为患者及家属准备好所需物品和药品,以消除患者的心理负担。由于无痛消化内镜检查过程中患者没有任何不适症状,因此患者及家属都很配合,能更好地配合检查。

- 1.检查前评估患者的心理状态,做好解释工作,取得患者的配合。
- 2.检查前禁食禁水,嘱患者在检查前禁食禁水6小时,4小时内不得饮用含酒精的饮料。
- 3.检查前常规评估患者的心肺功能及意识状态,必要时给予氧气吸入。
- 4.检查前与麻醉医生充分沟通,了解患者术前、术中的用药情况及其他特殊要求。
- 5.检查前1天下午或晚上准备好内镜、治疗设备及各种管道,备好抢救药品与器械。
- 6.检查前一天晚上或当天早上按医嘱服用镇静剂,嘱患者不得进食含糖食物。必要时可在麻醉医师指导下静脉滴注阿托品,以减少患者恶心、呕吐等反应。
- 7.检查当天早晨按医嘱给患者服用安定类药物(10mg)。注意:(1)病人取左侧卧位,头偏向一侧,必要时放置头托防止呕吐物误入气道;(2)服药后观察30分钟无异常方可进入内镜检查室;(3)若病人出现恶心、呕吐时,应及时给患者吸氧,以保持呼吸道通畅。
- 8.检查前告知病人及家属有关麻醉内镜检查的相关知识及注意事项。
- 9.检查当天早晨请病人和家属穿宽松舒适的衣服,便于护士观察和操作;患者取下活动假牙,检查前24小时内不要吸烟、饮酒;检查前2小时

的钻孔不能将其完全引流干净,可以在内镜辅助下把分隔打通,从而将所有分隔腔内的血液引流出来;

- (2)开颅硬膜下血肿清除术:非常顽固性的硬膜下血肿或者包膜较厚,包膜上有钙化,需要开一个大骨瓣,把血肿连同内肿瘤或其他一并清除。此种方法相对创伤较大,但是前两种微创的手段不能治愈此种血肿。

- 六、慢性硬膜下血肿的手术治疗禁忌症,不可忽视!

对于那些伴有严重全身性疾病,如心力衰竭、肾功能不全等患者,有严重凝血功能障碍患者,伴有颅内感染患者,有颅内肿瘤或其他病损引起的硬膜下血肿患者,不适合手术治疗,因此在选择治疗方案时要慎重。

- 七、关于术后并发症及处理,要重视!

慢性硬膜下血肿手术后可能出现一些并发症,对此要加以重视。

- 1.再出血:患者手术后有可能出现再出血情况,表现为术后颅内压增高、意识障碍加重等。一旦发现患者有再出血征兆,就要立即采取手术止血、调整体位等相应的措施进行防治。

- 2.感染:患者在手术后有一定的颅内感染风险,会表现出发热、头痛加重、脑脊液浑浊等症状。一旦发现有感染情况,应及时为患者使用抗生素治疗,并加强防护。

- 3.脑积水:患者在手术后可能出现脑积水情况,会表现出头痛、恶心、呕吐、视神经乳头水肿等症状。如发生脑积水,或有脑积水征兆,需为患者行脑室穿刺引流术或安装脑室分流器,以控制病情发展。

- 4.神经功能障碍:手术后很可能出现神经功能障碍,如偏瘫、失语等,针对于这些神经功能障碍,可采取相应的康复治疗措施,以促进各项功能恢复。

总而言之,慢性硬膜下血肿的病因较为复杂,危害也较大,需要及时予以诊断和治疗。对于无症状或症状较轻的患者,可采用保守治疗;对于症状明显、颅内压增高或保守治疗无效的患者,应及时进行手术治疗。在术后还要密切观察患者的病情变化,及时发现并处理并发症,以提高患者的生活质量和预后。希望通过本文的介绍与科普,可以帮助大家更好地了解慢性硬膜下血肿的相关知识,以便为此类患者提供更好的帮助和支持。

(作者单位系庐江县中医院)

本版投稿咨询电话:
0554-6657551
189 9404 5261