

肺结核并气胸心跳呼吸骤停复苏成功一例 · 病例报告 ·

邓上勤

作者单位: 530023 广西, 南宁市第四人民医院急诊科(广西艾滋病临床治疗中心)

作者简介: 邓上勤(1969-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 传染病急救医学。E-mail: 13907718894@163.com

[关键词] 肺结核; 气胸; 心跳呼吸骤停; 复苏

[中图分类号] R 563 [文章编号] 1674-3806(2013)07-0697-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.30

1 病例介绍

患者, 男, 27 岁, 因反复咳嗽、气喘 5 年余, 加重伴右胸痛 15 h 于 2013-01-07 上午 8:20 家属用车送来急诊。既往有肺结核, 右上肺大泡, 1 年前气胸发作一次。入院时意识模糊, 双眼球上翻, 面色明显紫绀, 呼吸浅慢, 叹息样呼吸, 5 次/min, 桡动脉极弱, BP 70/35 mmHg。右侧胸廓饱满, 肋间隙增宽, 叩诊鼓音, 听诊右肺呼吸音消失, 左肺呼吸音弱, 可闻及湿性啰音, 心音低钝。查体中心跳停搏。诊断: 心跳呼吸骤停, 右侧气胸, 肺结核。即刻急诊抢救, 首先快速排气, 同时进行气管插管术, 用 50 ml 注射器在右锁骨中线上第二肋间, 气胸明显处穿刺, 抽出气体后快速排气 1 000 ml, 再行胸外心脏按压 110 次/min 左右, 继续排气至困难抽气后再给电击除颤一次, 插管成功后接带氧气球囊, 施行 8~10 次/min 的独立通气, 而不需与胸外心脏按压配合。迅速建立静脉通道 2 条, 留置针接空盐水瓶, 方便静注抢救药, 肾上腺素每次 1 mg 静注, 另一管接 5% 碳酸氢钠 250 ml 静滴。5 个循环后复检心跳呼吸未恢复, 复苏人员换位后继续心肺复苏, 如此循环。约 6 min 左右见有心电活动, 初为室性心动过速, 心率 175 次/min 左右, 给予利多卡因 50 mg 静脉注射后续 50 mg 入壶静滴, 2 min 后恢复窦性心律并维持窦性心动过速, 心率 130 次/min 左右。随后自主呼吸恢复, 但浅慢, 减慢人工呼吸频率至 6~8 次/min, 测血压 80/45 mmHg, 再建立一条静脉通道, 抽血后接滴多巴胺和多巴酚丁胺维持血压。抽动脉血送检, 血气分析结果显示严重 II 型呼吸衰竭, 呼酸并代碱, pH 值 7.1。期间多次抽气未再抽出气体。待呼吸基本正常, ICU 病房准备好接收后安全送住院。ICU 床旁胸片示右侧少量气胸, 有分隔, 左肺毁损, III 型肺结核。经后续治疗患者病情好转出院。

2 讨论

2.1 病例特点 (1) 青年男性, 但病史多年, 有肺结核, 右上肺大泡史, 1 年前气胸发作一次。(2) 此次因气胸再发而入院, 查体中心跳停止。(3) 果断行胸腔穿刺快速排气。(4) 第一时间建立人工高级气道。(5) 快速有效按压, 尽早除颤一次。(6) 合理使用肾上腺素, 及时纠正酸碱失衡。(7) 安全转运。(8) 与家属快速有效沟通, 获家属的知情同意签名。

2.2 复苏成功的体会 (1) 针对病因决定复苏的顺序: 心肺脑复苏 (cardiac pulmonary cerebral resuscitation, CPR) 是抢救心脏呼吸骤停及保护和恢复大脑功能的技术^[1]。2010 年版国际心肺复苏指南强调心肺复苏 (cardio-pulmonary resuscitation, CPR) 的优先次序由 A、B、C 改为 C、A、B, 并对胸部按压深度、频率更新, 按压/呼吸比例、除颤能量、肾上腺素用法用量均未变, 强化按压的重要性, 按压间断时间不超过 5 s。但是对慢性阻塞性肺病 (COPD) 伴突发大量气胸致心脏骤停, CPR 过程仍然选择 A、B、C 步骤, 高级气道通气 (气管插管) 为首要或至少与心脏按压并行的措施, 随后胸腔闭式引流也为重要环节, 非如此, 复苏成功难以想象, 而非必须坚持 C、A、B 步骤^[2]。本例复苏成功应归功于此, 在患者心跳呼吸骤停 2 min 后即能完成快速粗针排气减压和气管插管, 解除心脏按压的禁忌症后即进行快速有效的按压、除颤和高级气道通气。(2) 讲究复苏质量: ① 成立科内急救小组, 科主任组织指挥抢救, 适时与家属沟通, 护士长协助, 接诊医师和护士负责呼吸与循环管理, 付班医师和护士负责除颤、气管插管、吸痰、上心电监护、建立静脉通道、配药、各种记录等, 既要分工更要合作。通常至少 5~7 人共同参与才能完成高质量的 CPR。② 平时重视多人联合演练 CPR。与各科室间配合, 模拟各种病因致心搏

骤停进行培训演练。(3)基本功须扎实。气管插管术急诊科医师操作一次成功,不需求助麻醉医师,可大大缩短建立高级气道时间。对于高度怀疑气胸,胸部 X 线检查不能完全确诊者,有条件可行进一步检查,如胸部 CT;无条件,可行诊断性胸膜腔穿刺确诊^[3]。本病例凭借病史与明显的体征即高度怀疑气胸,果断进行胸腔穿刺术,快速排气减压,创造条件施行 CPR。静脉穿刺术也一针成功,能在 2 min 内上好心电、血氧饱和度和血压监护。(4)抢救设备、药品须完好并处于开机即可用状态。①抢救设备、药品摆放有序,位置固定。②气管插管用物箱打开即可用,一次性使用的麻醉咽喉镜不需费时安装电池与镜柄。③除颤仪开机即可充电、放电,节省了

选择能量的时间。(5)适时与家属进行有效沟通,快速获得家属的知情同意签字,这点对于依法施救非常有利。(6)提前通知 ICU 优先接收住院,做到院前与院内无缝衔接,进一步提高抢救成功率。

参考文献

- 1 马中富,王瑞儒,宋祖军. 急诊医学[M]. 北京:军事医学科学出版社,2007:21.
- 2 李春盛. 心肺复苏的研究进展[J]. 中华急诊医学杂志,2011,20(1):11-13.
- 3 曹 瑛. 肺结核患者并发自发性气胸临床分析[J]. 医药论坛杂志,2008,29(18):16-17.

[收稿日期 2013-03-21][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

护理研讨

不同冲洗液经内镜下鼻胆管引流冲洗效果及不良反应观察

卢琼芳, 何翠玲, 谭敏玲

基金项目: 广西贵港市科技项目资助(编号:贵科攻 1007002)

作者单位: 537100 广西,贵港市人民医院消化内科

作者简介: 卢琼芳(1963-),女,大学本科,医学学士,主任护师,研究方向:临床护理管理。E-mail:angala@126.com

[摘要] 目的 观察使用不同冲洗液对鼻胆管引流冲洗的效果及不良反应。方法 将 100 例因胆管疾病需进行鼻胆管引流患者随机分为对照组和观察组各 50 例,对照组采用手动冲洗,使用替硝唑药液冲洗及鼻胆管引流;观察组应用注射泵匀速冲洗,使用 0.45% 盐水冲洗及鼻胆管引流。观察两组患者引流时间及发生引流中呕吐等不良反应的情况。结果 两组总引流时间差异无统计学意义,两组引流期间恶心、呕吐、鼻咽部不适、腹痛、腹胀,引流不畅等不良反应的发生率比较,观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在鼻胆管引流过程中应用 0.45% 盐水匀速注入鼻胆管引流,可减轻引流中患者不适,并有效减少引流不良反应。

[关键词] 鼻胆管; 引流; 不良反应; 护理

[中图分类号] R 473.76 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)07-0698-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.31

鼻胆管引流是治疗胆管结石疾病常用措施,满意的引流效果能提高疾病治疗效果,对减少疾病并发症起到关键的作用。近年来,国内一些学者也探索不同冲洗液对引流效果的影响,2010-03 以来,我科对不同冲洗液应用于鼻胆管引流,对其效果及不良反应进行了对比观察,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例均为我科 2010-03 ~ 2012-12 收治的胆道疾病需鼻胆管引流的患者共 100 例,其中有机磷中毒 3 例,胆囊炎 3 例,胆囊结石 3 例,胆石症 71 例,急性胰腺炎 17 例,胆总管扩张 1 例,肝吸虫病 2 例。将患者按随机数字表法分