

12 例心脏大血管损伤急诊抢救失败体会

陶斯斌 胡瑞行 叶和军

(武警浙江省总队医院 浙江嘉兴 314000)

关键词:心脏大血管损伤;急救医学;抢救体会

中图分类号:R 459.7

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0035-02

心脏大血管损伤,无论平时和战时都不少见。绝大多数病人在到达医院前死亡,随着急救医疗系统和交通运输的发展,能得以送达医院者的比例也在增加,若能及时进行抢救,生存率仍很高。初到急诊室的心脏大血管损伤伤员可分为 4 类:(1)死亡:入院前已无生命体征;(2)临床死亡:送院途中无生命体征,入院时无生命体征;(3)濒死:半昏迷,脉细,测不到血压,叹息呼吸;(4)重度休克:动脉收缩压小于 10.7kPa (80mmHg),神志尚清。从 1996 年 5 月~2006 年 5 月,我院急诊科共救治心脏大血管损伤病人 75 例,属于(1)类有 48 例,其余 27 例属于(2)、(3)、(4)类,第一类入院后经抢救 30~120min 没有 1 例存活,后三类经过抢救 12 例未存活。现就 12 例抢救失败体会报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 本组 12 例,男性 9 例,女性 3 例;年龄 18~43 岁,平均年龄 27 岁。胸部钝挫闭合伤 8 例,开放伤 4 例,该 4 例中有 2 例为利器刺伤,2 例为撞击后胸部开放伤。来院时间为伤后 20~45min,临床表现除有胸痛、呼吸困难、心悸及皮肤潮凉外,5 例入院时血压 6~12/4~8kPa,6 例入院时血压测不到,1 例呈典型 Beck 三联征,1 例外伤性室间隔破裂。

1.2 方法

1.2.1 初步检查及病情评估 通过心电监护、超声心动图、心包穿刺、胸腔穿刺及静脉压测定,结果 4 例有心脏破裂并伴有多发肋骨骨折血气胸,3 例心包填塞,3 例单纯心脏大血管损伤,2 例不能明确。其中有 10 例急诊手术,2 例由于无法确定损伤部位及是否有心脏大血管损伤而未手术治疗。

1.2.2 抢救 (1)抗休克治疗。尽快放置中心静脉测压管,快速静脉输血和补液,补充血容量,支持血液循环,同时适当予以升压药物治疗。这是抢救成功至关重要的步骤。(2)保持呼吸道通畅,支持呼吸功能。对呼吸道欠通畅或神志昏迷者,迅速气管插管,呼吸机支持呼吸。伴有大量血胸或气胸者,胸腔插管行闭式引流,促使肺膨胀改善呼吸。(3)心包穿刺。对确诊心包压塞者,紧急行心包穿刺术。对继续出血、病情恶化者,保留穿刺导管直至手术减压,放出心包内积血为止。

1.2.3 手术治疗 麻醉、气管内插管及大静脉穿刺建立高效可靠的输液通道后开胸手术,切开心包解除心脏压塞,心脏裂口直接缝合,或用手指堵压心脏裂口,予以缝合。

2 结果

该组 12 例患者术后或尸检结果:左心室破裂 4 例,右心房破裂 2 例,升主动脉前壁中层部分断裂 1 例,降主动脉损伤 1 例,右上腔静脉损伤 2 例,右上腔静脉、右无名静脉、右

锁骨下前后胸贯通复合损伤 1 例,右下腔静脉损伤 1 例。合并气胸 6 例,4 例合并多发肋骨骨折,3 例伴有肝脾破裂。

3 讨论

3.1 生存率 心脏外伤分为穿透性损伤和闭合性损伤,多数死于伤后转运途中,主要死因为大量出血和急性心包填塞,能生存到达医院的病例,80%~90%伤员有获救机会^[1],短时间内急诊入院者预后良好。早期作出诊断,密切观察病情变化,及时果断采取手术治疗是提高生存率的关键。

3.2 诊断 凡胸部心影区有伤口者,临床表现为胸闷气短、血压下降、短期内出现休克或心包填塞征,均提示可能有心脏损伤。胸部无伤口的闭合性损伤,查体发现心音低钝、心律失常、心脏杂音等异常表现,和(或)严重休克,经抗休克治疗不能纠正者,应高度警惕心脏损伤。床旁超声心动图可节省检查时间,不仅能准确测量心包内积血,还可了解心内结构及胸腔和腹部合并伤情况,应作为首选辅助检查。危重病人多于卧位摄片,但不易鉴别纵隔及心影增大的程度,且增加检查时间,应免做 X 线检查。心包穿刺对具有典型 Beck 三联征者是一个重要的诊断和暂时性治疗手段,但存在较危险并发症,而且心包腔内血块凝结时,可出现假阴性,故临床采用心包穿刺应慎重^[2]。

3.3 手术时机 心脏外伤切忌反复费时检查,以免延误治疗时机。紧急剖胸心包腔减压和心脏修补是挽救患者生命的最有效治疗措施。应在输血、补液、静脉滴注升压药进行抗休克治疗同时,争分夺秒将伤员由急诊室直接送入手术室,迅速切开心包,解除心包填塞,缝合心肌裂口,制止出血。即使心脏停跳亦不放弃,经开胸抢救有的伤员也可得到挽救^[3]。循环较稳定,仅表现为急性心包填塞者,可先行心包开窗探查术,如未发现有继续或明显出血,安置心包引流管。如心包腔仍有继续出血,应立即作胸部正中切口,寻找出血源,缝合心脏或心包伤。心内损伤的手术时机取决于心功能情况,如心功能允许,可择期手术,如伤后进行性心功能不全或严重心力衰竭,则必须尽早手术。

3.4 手术指征 心脏穿透伤的多数病人由于失血性休克、心脏压塞或二者兼而有之,表现为明显的血流动力学紊乱。当紊乱至足够严重,病人生命体征消失,即为急诊室剖胸术的指征。不管填塞是否发生,心包应予打开,直视检查心脏,并解除可能存在的心脏压迫,便于手法控制心脏伤口。急诊条件下应避免缝合心脏,如果不能仔细地缝合及加垫片,就可能撕裂心肌,扩大破口,甚至将可以挽救的损伤变为难以修复。许多病人的穿透性心脏损伤极度严重,但也有部分病人呈血流动力学稳定。大多数病例的心包腔内出血因填塞而减

46 例非典型心肌梗死误诊分析

郑福建

(山东省鱼台县人民医院 鱼台 272300)

摘要:目的:探讨非典型心肌梗死的误诊原因。方法:对就诊于我院门诊、急诊的非典型心肌梗死初诊误诊的 46 例患者进行回顾性分析。结果:在 46 例中,以消化系统表现为主而误诊为急性胃炎者 4 例,急性胰腺炎者 6 例,急性胆囊炎者 3 例;以呼吸系统表现为主而误诊为慢性支气管炎 2 例,肺部感染 2 例,肺心病 4 例;以心悸表现为主而误诊为心律失常者 11 例,急性心衰者 6 例;以意识障碍为突出表现而误诊为脑出血者 8 例。结论:对于非典型心肌梗死临床上并不少见,往往由于临床表现不典型,而易使早期心肌梗死误诊,以致延误治疗,从而威胁到患者的生命。

关键词:非典型心肌梗死;误诊;原因分析

中图分类号:R 542.22 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2007)01-0036-02

心肌梗死是在冠状动脉粥样硬化病变的基础上,并发生血管腔内血栓形成,动脉内膜下出血或动脉持续性痉挛,使管腔迅速发生持久而完全的闭塞。由于临床表现形式多样,若警惕性不高,极易引起误诊,延误治疗。现对我院 1998 年 6 月~2003 年 6 月间门诊以及急诊误诊的 46 例非典型急性心肌梗死患者进行回顾性分析,以便从中吸取经验教训。

1 临床资料

1.1 一般资料 46 例患者中男 27 例,女 19 例;年龄 42~89 岁,平均 63.4 岁。无明显发病诱因者 29 例,有诱因者 17 例,其中情绪激动 7 例,劳累 5 例,暴食 3 例,用力排便 2 例。既往史:高脂血症 7 例,动脉硬化症 10 例,冠心病 7 例,高血压病 9 例,肺心病 7 例,心律失常 5 例,慢性胃炎 1 例。

1.2 症状与体征 以突发呼吸困难、不能平卧、胸闷、咳嗽等为主要表现者 8 例,占 17.39%;以上腹痛、恶心、呕吐等上消化道症状为首表现者 13 例,占 28.26%;以心悸、气短为主诉而表现为心律失常者 11 例(Ⅲ度房室传导阻滞 4 例,心房纤颤 7 例),占 23.91%;以低血压休克为明显异常体征者 6 例,占 13.04%;以意识障碍为突出表现者 8 例,占 17.39%。

1.3 误诊情况 误诊为急性胃炎者 4 例,急性胰腺炎者 6 例,急性胆囊炎者 3 例,慢性支气管炎者 2 例,肺部感染者 2

少,静脉回流到右心室障碍,静脉输液可以对抗这种障碍,但是作用短暂。静脉输液可增加心脏内压,在增加心输出量的同时也增加心脏伤口的出血,给予液体可以暂时改进血流动力学,但需要更有力的继续输液以补充它造成的恶果,如果这一恶果发生,心脏压塞的可能性就值得考虑。

3.5 机械通气 正压机械通气可使胸内压升高,静脉回流减少,也可能引起病情急速恶化,正压通气加上心包压塞则可引起血流动力学抑制。如果心包有堵塞而病人又必须在手术室内行气管插管的话,应先消毒胸部并铺巾,以便在气管插管正压通气后出现血流动力学恶变时能够迅速解除心包压塞。

3.6 心包压塞体征 心包压塞很少有可靠的体征。Beck's 三联征即低血压、静脉怒张和心音微弱等征,有时可以单独出现,但很少一齐出现。如果颈静脉怒张,即应怀疑诊断;如果病人有低血容量加心包压塞,则颈静脉怒张可不出现。急诊室内行心脏听诊常很困难,心音遥远和奇静脉都是不可靠的体征。来院时心电图的弥漫性低电压是一个微妙的变化,

例,肺心病者 4 例,心律失常者 11 例,急性心衰者 6 例,脑出血者 8 例。后经确诊治疗后,治愈 37 例,死亡 9 例,死亡率为 19.56%。

2 误诊原因

2.1 对无痛性心肌梗死重视不够 无痛性心肌梗死因缺乏特征性胸痛易造成误诊,文献报道无痛性心肌梗死占老年性心肌梗死的 18.5%^[1],其原因可能与老年人心肌植物神经功能变性、痛阈增高以及敏感性、反应性差有关,或因心脏并发症如休克、严重心律失常、心力衰竭、脑卒中,其疼痛因症状严重而掩盖,造成无痛假象。

2.2 缺乏全面考虑、综合分析的能力 AMI 患者多为老年人,而老年人常患有多种慢性疾病,如慢支、肺气肿、肺心病、消化道慢性疾病等,当 AMI 病人临床表现不典型时,极易用单一疾病解释而忽视 AMI 的存在,临床医生往往陷于既往疾病的诊断模式而不作具体分析,忽视包括急诊心电图在内的全面检查,从而造成误诊,或因病人就诊于呼吸内科、消化内科而延误诊治。

2.3 局限于本专业情况,忽视兼证 由于临床专业分科,临床医生往往拘泥于本专业,注重专业情况,思路狭窄,忽视兼证的存在,从而造成误诊。此种误诊、漏诊情况多见于以脑循但极易漏掉。对于心包压塞而情况稳定的病人,胸片有时显示出球形心影有助于诊断。

3.7 胸部外伤病人往往伴有腹部脏器损伤,胸腹联合伤是胸部外伤中比较严重和复杂的一种,发生休克率高达 60%,死亡率达 25%~35%,伤员不仅呼吸、循环机能障碍,而且胸腹腔内多个脏器破裂、大出血,若延误治疗或处理不当,常造成病人死亡^[2]。本组病例中就有 3 例肝脾损伤,由于患者入院时血压非常低,腹部彩超未发现明显腹腔积液和肝脾损伤,患者经过液体复苏后血压升高,肝脏、脾脏灌注压力升高而引起肝脾损伤大出血,此时患者血压再次下降,误认为心脏损伤严重,心脏功能无法恢复而延误治疗。

参考文献

[1]苏应衡,郭兰敏.实用胸部外科手术学[M].济南:山东科学技术出版社,1996.381~384,388~390

[2]郎宇磷,王晴.心肌钝性损伤的早期诊断及临床意义[J].中华胸心血管外科杂志,1996,12(1): 35~36

(收稿日期: 2006-08-01)