

- dictifs dela chute chez l'hemiplegique vasculaire en centre de medecine physique[J]. Ann Readapt Med Phys,2005, 8:668-674.
- [9] Sze KH, Wong E, Leung HY, et al. Falls among Chinese stroke patients during rehabilitation[J]. Arch Phys Med Rehabil,2001,82(9):1219-1225.
- [10] Byers V, Arrington ME, Finstuen K. Predictive risk factors associated with stroke patient falls in acute care settings[J]. J Neurosci Nurs,1990,22(3):147-154.
- [11] Sinanovic O, Raicevic B, Brkic M, et al. Falls in hospitalized acute stroke patients[J]. Med Arh,2012,66(1): 33-34.
- [12] Cheng PT, Wu SH, Liaw MY, et al. Symmetrical body-weight distribution training in stroke patients and its effect on fall prevention[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001,82:1650-1654.
- [13] Lim JY, Jung SH, Kim WS, et al. Incidence and risk factors of poststroke falls after discharge from inpatient rehabilitation[J]. PMR,2012,4(12):945-953.
- 收稿日期:2013-12-26;修回日期:2014-04-22

21例急性心肌梗死合并恶性心律失常的院前急救分析

卢永彪,韦元飞

(广西武鸣县人民医院急诊科,广西 武鸣 530100 E-mail:wmjxk@sina.com)

关键词:心肌梗死;心律失常;心性;急救

中图分类号:R459.7 文献标识码:B 文章编号:1001-5817(2014)03-0455-01
doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.076

急性心肌梗死(AMI)是临床上常见的急症,AMI常可引发室性心动过速、室颤等恶性心律失常^[1],这是导致心脏性猝死的主要原因。及时发现恶性心律失常并给予有效的处理,是抢救成功的关键。我院急诊科自2012年1月~2014年1月出院前处理AMI合并恶性心律失常共21例,现将救治情况分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 21例患者中,男13例,女8例,患者年龄41~76岁,平均56.2岁;院前AMI的诊断依据:①典型的症状体征,如:胸痛、胸闷、心前区不适或晕厥;②特征性的心电图改变,如:损伤性的ST段抬高及缺血性T波改变、病理性Q波等。本组所有患者,在现场或转回院途中经心电图或心电监护发现合并恶性心律失常。

1.2 临床特点 本组病例大部分起始表现为室性早搏,心电图QRS波宽大、畸形,进而心电图表现为阵发性室速、尖端扭转型室速、心室扑动、心室颤动。

1.3 抢救措施 院前除给予吸氧、静脉通路、硝酸甘油、镇静(安定)、止痛(吗啡)等一般处理外,对于无血压下降的室速患者,给予静推胺碘酮300mg,无效时10~15min再半量静推,然后按1mg/min静滴维持。无脉性室速和室颤立即给予电除颤,能量为150J(双相波除颤仪),并进行心肺复苏,按需使用肾上腺素和胺碘酮。

2 结果

本组21例中,有4例使用胺碘酮转复成功,余17例接受了电除颤,其中6例能在2min内实施除颤,全部一次复苏成功;另11例未能在第一时间除颤,有所延迟,都除颤2次以上,并进行心肺复苏、使用肾上腺素和胺碘酮,7例复苏成功,4例死亡。

3 讨论

AMI后发生室性心律失常高发期为冠状动脉闭塞4h之内,特别是前30min,包括室性期前收缩、室性心动过速、室颤等,6~24h后明显减少^[2]。恶性心律失常起病急,进展快,如

不及时处理患者可在数分钟内猝死^[3]。所以,在出诊现场和转送途中,都应考虑到AMI患者随时会发生心律失常可能,要提高警惕,全程给予心电监护,密切观察心电变化。心电监护能提供及时的心电信息,早期发现恶性心律失常先兆,为抢救赢得时间。本组资料表明,恶性心律失常前往往先出现室性早搏,因此,对于AMI后出现室早,尤其是多源、多形性室早,就应该判断为恶性心律失常先兆,要及时给予抗心律失常药物干预,以避免或减少恶性心律失常发生。我们首选胺碘酮作为抗心律失常药,首次负荷量为300mg静推,仍无效再半量静推,转复后按1mg/min静滴维持。本组有4例用胺碘酮转复成功,效果不错。对已表现为无脉性室速和室颤的患者,要争分夺秒地给予电击除颤,这对抢救成功至关重要。本组资料显示,一次电除颤便复苏成功的6例,都是在室颤发生的2min内得以实施,而其余病例都因各种原因延迟,使除颤效果不甚理想。这与文献报导的除颤越早,成功率越高相符。电除颤转复成功后,需用胺碘酮静滴维持以防止复发,否则可能会再次出现恶性心律失常而导致病情恶化和死亡。

总之,AMI合并恶性心律失常很常见,易导致猝死。动态心电监测,及时发现恶性心律失常先兆,应用抗心律失常药防止发展为恶性心律失常,对无脉性室速和室颤争分夺秒地给予电击除颤,是提高AMI抢救成功率的重要环节。

参考文献:

- [1] 李南方,林丽,王磊,等.1999~2008年高血压专科医院患者病因构成的分析[J].中华心血管病杂志,2010,38(10):939-942.
- [2] 杨新春,李延辉,王乐丰.急性冠状动脉综合征[M].北京:人民卫生出版社,2009:295-296.
- [3] 毕立雄,张黔.70例心律失常的门诊急救措施[J].中国实用医药,2009(32):82-83.

收稿日期:2014-04-09