

• 病例报告 •

老年急性心肌梗死合并多器官衰竭救治成功 1 例

肖文凯 高磊

1 临床资料

患者女性,72岁。因发作性胸骨后疼痛2年,加重4d于2005年4月12日入院。患者2年前诊断为“冠心病”,2005年4月9日凌晨1时出现胸骨后剧烈疼痛,外院按不稳定型心绞痛处置后症状缓解,4月11日13时再发胸痛,外院考虑为急性前壁心肌梗死,给予尿激酶150万单位溶栓治疗,疼痛症状略有缓解,4月12日凌晨胸痛再发,心电图提示V₃₋₅导联ST段抬高,当日中午就诊于解放军总医院急诊科,考虑为再梗死,以重组葡激酶10mg溶栓治疗,同时静脉输注肝素,于4月12日16时收住解放军总医院老年心血管病研究所。既往有高血压病、慢性支气管炎和阻塞性肺气肿等病史。查体:血压98/60mmHg,心率76次/min,呼吸20次/min,急性病容,神志清,舌尖有新鲜出血,左腕及胸壁心电图检查电极吸附处有皮下瘀斑;双肺呼吸音粗,散在哮鸣音。心界不大,心率76次/min,律齐,第一心音明显减弱,A2>P2,各瓣膜听诊区未闻及杂音及第三心音。腹部、四肢及神经系统查体未见异常。化验检查(外院结果):4月11日心肌酶:CK 706U/L,CK-MB 45U/L;肾功能:尿素氮15mmol/L,肌酐234μmol/L;4月12日动脉血气:PO₂ 69.9mmHg,PCO₂ 23.5mmHg。入院诊断:(1)急性前壁心肌梗死,心功能不全,心功能Killip分级3级;(2)高血压病3级,高血压病肾损害,慢性肾功能不全失代偿期;(3)慢性支气管炎、阻塞性肺气肿。入院后患者反复出现梗死后心绞痛,经硝酸甘油、杜冷丁、吗啡等对症处理后效果不佳,于4月19日凌晨再次出现心绞痛时给予急诊行冠脉造影检查提示:左主干加三支病变,立即行主动脉气囊反搏治疗,术后患者胸痛症状有所缓解。4月29日在主动脉内球囊反搏(intra-aortic balloon pump, IABP)辅助下行冠状动脉球囊扩张及支架置入术,于前降支及右冠分别行球囊扩张后置入支架。5月1日患者在慢性肾功能不全的基础上出现了急性肾功能不全,停用影响肾功能的药物及对症治疗后患者肾功能改善。5月6日在心、肾功能不全的基础上出现肺部感染,5月

8日动脉血气提示:吸氧浓度30%情况下PO₂ 45mmHg,PCO₂ 70mmHg,SaO₂ 85%,存在Ⅱ型呼吸功能衰竭,立即行经鼻气管插管,呼吸机辅助呼吸治疗。在机械通气期间曾合并急性左心衰、消化道出血、转氨酶升高、低蛋白血症、脑水肿、代谢性酸中毒等。患者多次痰培养为铜绿假单胞菌、草绿色链球菌及热带念珠菌,对美洛培南、头孢吡肟、环丙沙星等敏感,先后使用美平、氟吗宁、大扶康、马斯平、利复星及锋派新治疗近1个月后患者肺部感染得以控制。从6月6日开始间断脱机训练,开始采用同步间歇性强制换气(synchronized intermittent mandatory ventilation, SIMV)加压力辅助模式,后随患者病情逐渐好转不断鼓励其自主呼吸锻炼,终于7月8日拔出气管插管,7月19日康复出院。出院时患者心功能为Ⅱ级,复查肾功能:尿素氮11mmol/L,肌酐190μmol/L。随诊1年患者病情平稳,偶有心绞痛发作,含服硝酸甘油后能缓解。

2 讨论

该患者是一例老年急性心肌梗死后心绞痛的病人,在IABP辅助下冠脉介入治疗后出现肺部感染,由于既往有慢性支气管炎、阻塞性肺气肿病史,很快出现严重的呼吸功能衰竭,同时合并心功能衰竭、慢性肾功能不全基础上的急性肾功能衰竭、消化道及脑功能衰竭等多器官功能衰竭,经积极机械通气及抗炎治疗后患者病情逐渐好转出院,在救治过程中有以下几点成功经验:(1)机械通气时机的选择。该患者出现肺部感染后,血氧分压进行性下降,经各种改善通气治疗效果不理想,同时患者既往有慢性阻塞性肺部疾病病史,在此情况下如不及时采取机械通气治疗,患者很有可能短时间内发展为急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS),因此在ARDS来临之前给患者实施了机械通气治疗,同时考虑到患者肺功能差,上机时间可能较长,我们选择了气管镜引导下经鼻气管插管。(2)通畅呼吸道,加强湿化治疗对肺部感染的控制帮助巨大。机械通气治疗早期,患者曾有两次出现急性呼吸困难,呼吸机显示气道压明显增高,考虑存在痰栓堵塞,多次吸痰效果不明显,最后在纤维支气管镜下取出两块痰痂,患者呼吸道症状立即有所缓解。此后特别注意加强湿化治疗,不仅使用了呼吸机本身的湿化装置,同时还对患者的呼吸道实行直接湿化,间断向患者呼吸道内滴注生理盐水,平均每次不超过3~5ml,每天约200ml,总量还可根据患者病情、痰量调整。

收稿日期:2007-05-22

作者单位:100853 北京市,解放军总医院南楼心血管二科(肖文凯),老年心血管病研究所(高磊)。

作者简介:肖文凯,男,1978年5月生,山东省聊城市人,医学学士,住院医师。Tel:13501364762, E-mail: xiaowk301@sina.com

(3)加强营养支持、胃肠道功能的保护和促进其恢复对患者康复起着关键作用。由于机械通气使患者过度消耗,加之不能正常进食,长期呈负氮平衡状态,为确保患者的营养供给,缩短带机时间并尽快顺利撤机,加强营养支持非常重要^[1];研究表明,营养不良、能量不足的机械通气患者只有55%患者可脱机,而获得合理营养支持的患者成功脱机达93%^[2]。(4)脱机训练。我们采用了SIMV与压力支持通气(pressure support ventilation)方式及完全自主呼吸方式并用撤机,它可以使撤机过程更加平稳,尤其适合于撤机指标处于边缘状态的病例^[3]。另外,脱机训练阶段,我们也加强了对患者的心理治疗,心理治疗在这一阶段对患者的康复也起着关键的作用。(5)对于急性心肌梗死后频繁心绞痛的患者,我们及时给患者施行了IABP及PTCA+支架植入术,通过解决主

要的病变血管,增加梗死相关血管的血流,不但缓解了心绞痛症状,而且挽救了存活心肌,对于改善患者的心功能起到了至关重要的作用。

参考文献

- [1] 杨柳.机械通气病人的营养支持.临床肺科杂志,2007,12:20-21.
- [2] 邹彬,邓克勤,叶军健.慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭行机械通气患者营养支持疗效观察.中国呼吸与危重监护杂志,2003,2:114-116.
- [3] Criner GJ, Tzouanakis A, kreimer DT. Overview of improving tolerance of long-term mechanical ventilation. Crit Care Clin, 1994, 10: 845-866.

(上接第431页)

胆囊炎患者,PTGCD治疗后,疾病治愈康复。与手术治疗相比,具有操作简单,见效迅速,恢复快的优势,而且经济实用。3.3 PTGCD可作为一种急救治疗方案之一 PTGCD也是一种较好的过渡治疗方案之一,文献^[3]报道,PTGCD是治疗老年急性胆囊炎的安全、有效治疗方法。笔者应用PTGCD救治35例伴发MODS的高龄急性胆囊炎患者,均一次穿刺成功,顺利度过危险期,10~21d出院,无一例围手术期死亡,无一例出现术前的伴发疾病加重,并发症发生率为14.3%,与文献报道相似,表明PTGCD是一种急救治疗方案之一。

尽管本组有10例患者(8例并有胆总管结石)在术后1~2个月内再行相应的手术治疗——腹腔镜胆囊切除术或

(及)胆道取石术,但PTGCD仍然起了非常重要的过渡性治疗的作用,表明PTGCD也是一种较好的过渡治疗方案之一。

参考文献

- [1] 刘得阳.老年人危、急重症急性胆囊炎通向择其手术的桥梁.中国普通外科杂志,2002,11:65.
- [2] Daivies MG, Hagen PO. Systemic inflammatory response syndrome. Br J Surg, 1997, 84: 920-935.
- [3] 孙家邦,康晔,刘家峰,等.经皮经肝胆囊穿刺置管引流在老年急性胆囊炎病人中的应用.中华肝胆外科杂志,1999,5:44-46.

(上接第432页)

Castillon P. Epidemiology of heart failure. Rev Esp Cardiol, 2004, 57: 163-170.

- [2] Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, et al. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. J Am Coll Cardiol, 1993, 22 (Suppl A): 6A-13A.
- [3] Cowie MR, Wood DA. Incidence and aetiology of heart failure: a population-based study. Eur Heart J, 1999, 20: 421-428.
- [4] Oyoo GO, Ogola EN. Clinical and socio-demographic as-

pects of congestive heart failure patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi. East Afr Med J, 1999, 76: 23-27.

- [5] 上海市心力衰竭调查协作组.上海市1980, 1990, 2000年心力衰竭住院患者流行病学及治疗状况调查.中华心血管病杂志, 2002, 30: 24-27.
- [6] Jalal K, Heidi J, Kirkwood F, et al. Gender differences in advanced heart failure: insights from the BEST study. J Am Coll Cardiol, 2003, 42: 2128-2134.