

· 短篇及病例报道 ·

1 例血压进行性降低患者的护理体会

潘洪静

(重庆市中医院骨科 400011)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.16.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)16-1663-01

随着外科手术的增多,对麻醉用药的要求也越来越高,不管术中还是术后,麻醉用药观察非常重要,下面就 1 例术后血压进行性降低患者的抢救护理报道如下。

1 临床资料

患者,女,20 岁,于 2009 年 6 月 11 日以右内踝粉碎性骨折收治入院,入院时,体温:37.5℃,脉搏:75 次/min,呼吸:20 次/min,血压:122/74 mm Hg,诉患肢疼痛剧烈,予以冰敷,未用止痛药。患者于当日 15:30 在硬膜外麻醉下行右内踝骨折切开复位内固定术,手术顺利,术中失血约 50 mL。于 17:10 平安回病房,嗜睡,问答题,血压:110/63 mm Hg,脉搏血氧饱和度(pulse oxygen saturation, SpO₂):95%,脉搏:82 次/min,呼吸:20 次/min,予镇痛泵持续镇痛。30 min 后出现血压进行性下降,血压:96/59 mm Hg,SpO₂:95%,脉搏:105 次/min,呼吸:23 次/min,随后血压持续下降,最低时血压:86/38 mm Hg,SpO₂:93%,脉搏:106 次/min,呼吸:26 次/min。给予扩容、止血等对症处理,患者仍嗜睡,面色潮红,对答切题,经扩容及升压处理后血压恢复至 118/68 mm Hg,脉搏:86 次/min,患者术后出血少,患肢循环、颜色、感觉无异常,能扪及足背动脉搏动,术后血压回升,病情平稳。

2 讨论

患者硬膜外麻醉下行右内踝骨折切开复位内固定术,术后需平卧 6 h,禁食、禁饮 6 h,患肢抬高,密切观察患者体温、脉搏、呼吸、血压、面色、神志、尿量及患肢出血情况,并持续心电图监护及 SpO₂ 监测,及时进行记录。本例患者平安回病房时生命体征平稳、面色潮红、嗜睡、口干,回病房 30 min 后出现血压进行性下降,首先考虑为血容量不足、硬膜外麻醉及镇痛泵药物的不良反应^[1],立即加快输液速度、加大静脉补液量、关闭镇痛泵,但血压继续下降。分析原因,术中静脉给予复合辅酶,镇痛泵用药为甲磺酸罗哌卡因和芬太尼。复合辅酶可引起短时间低血压,面色潮红;甲磺酸罗哌卡因在硬膜外麻醉时可导致

血压下降(临床治疗中低血压发生率为 39%)^[2-3];芬太尼为强效麻醉性镇痛剂^[4],可出现口干、低血压,术后 3 h 出现腹部膨隆及尿潴留等不良反应。予以保留导尿,尿如浓茶,量约 600 mL,低流量氧气吸入 2 L/min,急查血常规未见异常,继续扩充血容量,静脉输入参脉强心升压药,术后 8 h 血压逐渐回升,脉搏:98 次/min,呼吸:21 次/min,血压:95/62 mm Hg,SpO₂:96%。血压平稳后需继续监测患者生命体征、尿量、神志及患肢情况,并保持输液管道通畅,防止脱落,严防空气进入患者体内。患者术后 6 h 可进食易消化、高蛋白、高热量、高维生素、粗纤维的高钙食物,避免产气、辛辣及生冷刺激食物。患者术后嗜睡,血压进行性下降,护理人员需加强与患者家属的沟通,耐心细致地讲解术后注意事项、病情进展情况。患者意识清醒后给予情感支持,并及时将病情好转的信息反馈给患者及家属,使其有安全感,树立早日治愈的信心,主动配合后续治疗及护理。

参考文献:

- [1] 张桂东,张晓利.患者自控镇痛用于急性下肢创伤术后镇痛的临床观察[J].中国医疗前沿,2010,5(8):24.
- [2] 宋艳玲.舒芬太尼复合罗哌卡因用于患者自控硬膜外镇痛的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2008,17(2):215.
- [3] 李西宽,焦亚奇,刘俊田,等.甲磺酸罗哌卡因局麻作用的实验研究[J].中国药理学通报,2004,20(2):236-237.
- [4] 张三虎,贾新安,张宜林.持续时间体重定量微量泵枸橼酸芬太尼不等浓度术后镇痛临床对比观察[J].中原医刊,2007,34(8):47-48.

(收稿日期:2010-11-22 修回日期:2011-03-31)

· 短篇及病例报道 ·

运动平板试验诱发 ST 段抬高 1 例

干艳捷,章艳萍[△],张宏考

(湖北医药学院附属人民医院心血管内科,湖北十堰 442000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.16.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)16-1663-02

1 临床资料

患者,男,60 岁,因反复发作性胸痛 1 个月,加重 1 d 于本

院门诊就诊。既往有高血压病史 5 年,未正规服药;心电图提示 ST-T 改变;心脏彩超未见异常;采用美国 Mortara 公司 X-

[△] 通讯作者, Tel:13317290267; E-mail:124215075@qq.com。

Sciribe II 型平板运动测试系统按 Bruce 方案进行平板运动试验。运动前,血压 140/70 mm Hg,心率 85 次/min,ST 段: II、III、aVF、V₄~V₆ 水平下移 0.05 mV;运动中 3 min 45 s 时,ST 段: II、III、aVF、V₂ 及 V₃ 出现弓背抬高,患者诉轻微胸痛,血压 120/70 mm Hg,心率 122 次/min,立即停止运动,舌下含服硝酸甘油 0.5 mg,卧床吸氧,并积极准备抢救设备;恢复 55 s 时,ST 段 I、II、III、aVF、V₂~V₄ 弓背抬高 0.4~1.0 mV, V₅、V₆ 水平下移 0.38~0.55 mV(图 1),2 min 后患者症状缓解,抬高导联的 ST 段恢复。运动平板试验阳性。收入院,行冠状动脉造影,左前降支近段狭窄 98%,左回旋支狭窄 50%,右冠状动脉远段狭窄 75%,遂行旋支和右冠状动脉经皮介入治疗。

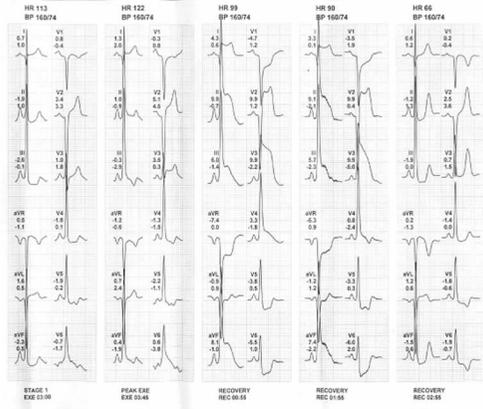


图 1 运动平板试验诱发 ST 段抬高

2 讨论

运动平板试验中 ST 段压低的发生率较高,仅极少数患者可诱发 ST 段抬高^[1], 尽管运动试验中发现 ST 段抬高的概率

很低,但是其预测冠状动脉粥样硬化性心脏病心肌缺血的准确性却很高。ST 段抬高提示的心肌缺血比压低所提示的心肌缺血程度更为严重^[2],运动诱发的 ST 段压低并不局限于心肌缺血部位,也不能提示所累及的冠状动脉^[3],而运动诱发的 ST 段抬高具有一定的特异性,有助于评价心肌缺血区域和所累及的冠状动脉^[4]。运动中 ST 段抬高通常是由透壁性心肌缺血、节段性心肌收缩异常、单纯劳力性心绞痛及冠状动脉痉挛等原因引起。本例患者出现前壁及下壁 ST 段抬高,与冠状动脉造影结果相符。由此可见,运动平板试验中诱发的 ST 段抬高,提示严重的心肌缺血,且对病变冠状动脉定位有预测意义^[5],应引起高度重视。

参考文献:

[1] 程洁,张群勇,尹红苗,等. 平板运动试验致 ST 段抬高的临床分析[J]. 中国实用医药,2010,5(8):104-105.
 [2] 孙剑萍,朱士洲,张淮海,等. 平板运动试验致 ST 段抬高的临床意义[J]. 临床心电学杂志,2006,15(5):337-338.
 [3] 陈婧,舒茂琴,宋治远,等. 活动平板运动试验对冠心病诊断准确性影响因素的探讨[J]. 重庆医学,2005,34(10):1508-1511.
 [4] 李敬涛,张姝兰,赵兴伟,等. 平板运动试验诱发 ST 段抬高对冠心病的诊断价值[J]. 临床心电学杂志,2010,19(2):100-102.
 [5] 林春燕,洪丽,郑晓群,等. 平板运动试验诱发 ST 段抬高对冠状动脉病变部位定位诊断的意义[J]. 临床心电学杂志,2006,15(5):334-336.

(收稿日期:2010-05-24 修回日期:2011-03-15)

(上接第 1662 页)

Eur Heart J,2006,27(16):1979-2030.

[7] Fihn SD,Callahan CM,Martin DC,et al. The risk for and severity of bleeding complications in elderly patients treated with warfarin. The National Consortium of Anticoagulation Clinics[J]. Ann Intern Med,1996,124(11):970-979.
 [8] Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study. Final results[J]. Circulation,1991,84(2):527-539.
 [9] Petersen P,Boysen G,Godtfredsen J,et al. Placebo-controlled,randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation. The Copenhagen AFASAK study[J]. Lancet,1989,1(8631):175-179.

[10] 马长生. 心房颤动治疗现状[J]. 中华老年多器官疾病杂志,2008,7(3):164-165.
 [11] Roy D,Talajic M,Nattel S,et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure[J]. N Engl J Med,2008,358(25):2667-2677.
 [12] Van Gelder IC, Van Veldhuisen DJ, Crijns HJ, et al. RAte Control Efficacy in permanent atrial fibrillation: a comparison between lenient versus strict rate control in patients with and without heart failure. Background, aims, and design of RACE II [J]. Am Heart J,2006,152(3):420-426.

(收稿日期:2010-12-03 修回日期:2011-04-06)

启事:本刊对院士及 863、973 项目文章开通绿色通道,欢迎投稿。