

(door-to-needle, door-to-balloon) 时间。呼救-治疗时间不超过 90 min, 来诊-治疗时间不超过 20 min, 来诊-球囊扩张治疗时间不超过 60 min。同时, 对起病 12 h 内入院的急性心梗患者(伴 ST 段抬高、新出现的或认为是新出现的左束支传导阻滞), 医护人员应使其接受药物或机械再灌注治疗的比例超过 90%。

如果技术或设备许可, PCI 是另一种可选择的治疗方法, 直接 PCI 要在当地或国家相关部门登记。

大多数无并发症的心梗患者, 尤其是再灌注治疗成功的患者, 可在治疗后 4~5 d 出院, 但出院前应接受再次发生冠心病事件的危险性评估, 包括评估左室功能和早期压力负荷心电图检查, 如核素心肌灌注显像或电生理检查。

为患者制订的康复计划应个体化, 并且切实可行, 包括由医务人员来监督

执行的戒烟计划, 以帮助、监督患者坚持戒烟。应记录心梗患者的二级预防情况。如果没有禁忌证, 应给患者服用阿司匹林、 β -受体阻滞剂和 ACEI 类药物。

应监测心梗患者的血脂, 最好在入院当天即开始。高血脂的患者应接受饮食治疗, 如果患者饮食控制后血脂仍未下降(根据欧洲心脏病学会制订的标准), 患者需接受调脂药物治疗。

21.3 全科医生:全科医生接诊心梗疑似患者时, 要能够立即采取诊治措施, 或者将患者转往急诊科, 当然最好能把两者结合起来。如果全科医生反应敏捷、训练有素、装备精良, 就能提供有效的除颤和溶栓治疗, 他们应成为急救体系中的一分子。当患者出院后, 全科医生应尽快去探访患者, 确保、监督患者进行合理的康复锻炼, 采取二级预防措施。

21.4 卫生当局:卫生当局应向公众普

及心肺复苏技术, 确保救护车救护人员接受培训, 熟练掌握初级生命支持和高级生命支持技术, 确保心脏停搏或怀疑心梗的患者获得最好的医疗救护, 并协调好救护车上救护人员、全科医生和医院之间的医疗服务。制订好急诊室及时抢救心梗疑似患者的法规, 确保急诊室医生随时能参与心梗疑似患者的救治, 为心梗后需重症监护的患者提供足够的监护床位, 确保心脏专科医生随时能参与抢救, 为心梗后出院患者提供康复治疗。确保本地能为有心梗并发症的患者提供进一步的检查或治疗设施, 如果当地不能提供这些设施, 应将患者转至设施完备的上级医院。

(续完)

(收稿日期: 2003-11-01)

修回日期: 2004-12-16)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

管饲患者机械性并发症的预防和处理

杨金梅

【关键词】 管饲; 机械性并发症; 监护

中图分类号: R459.3 文献标识码: B 文章编号: 1003-0603(2004)02-0128-01

营养支持疗法是挽救患者生命的重要技术, 但有潜在的并发症。现对其机械性并发症的发生原因、预防措施及监护方面进行总结, 以提请同道注意。

1 肺部并发症

1.1 临床表现:通常是由误吸和饲管的误置引起。饲管进入肺的深部不引起咳嗽反射, 从而导致肺穿孔, 患者可出现气胸、胸腔积液、肺炎、支气管胸膜瘘和(或)肺出血。如果误置未能及时发现, 而注入饲液及药物可产生吸入性肺炎或胸腔积液。误吸患者表现为突然出现的呼吸困难, 但也可以隐匿、无明显症状。后一种情况只有当患者出现高热、呼吸急促、心率加快、缺氧、呼吸性酸中毒(或)X线显示无明显原因的肺浸润时, 才可作出诊断。误吸常见于虚弱、迟钝、意识不清, 咳嗽、呼吸反射减弱或消失的患者, 食管扩约肌功能不全、胃排空延迟、

各种原因引起的口腔或下咽部感觉减退、饲管脱出后输入饲液也易发生误吸。气管插管患者误吸的危险较大。

1.2 预防:①操作者必须熟悉掌握胃管插入技术的全部操作过程, 了解患者正常及异常的生理反应和特殊患者的插管方法。“呛咳、呼吸困难和紫绀”是胃管插入气管的客观指征, 但它也受高危患者身体的病生理反应和胃管材质、粗细等因素的影响, 从而表现得不典型。故不能机械的以此来鉴别是否进入或误置气管内。尽量使用细腔饲管, 粗大的鼻胃管引起误吸的危险最大。过去的临床经验中, 接呼吸机的气管导管气囊是处于放气状态下置胃管, 易出现呕吐、刺激性咳嗽等导致胃管插入失败。可采用气管导管引导插胃管法, 使气管插管气囊处于充气状态, 可防止引导管误入气管。发生反流吸入性肺炎的主要原因是每次摄入量过多和速度过快, 体位不正或咳嗽造成。每次鼻饲入量限制在 450 ml 以内; 灌入时间每次 20~30 min, 每日分 5~6 次摄

入; 鼻饲时及鼻饲后 0.5 h 右侧卧位, 床头抬高 45°角; 鼻饲前吸痰, 以防咳嗽引起食物反流。

2 堵塞脱落

2.1 原因:造成其原因很多, 其中输入未能充分研碎的药物, 以及饲液与药物之间的理化反应所产生的凝块是饲管堵塞的常见原因之一。口鼻分泌物增多使胃管脱离粘膏而造成胃管脱落。

2.2 预防措施:①在饲管给药时, 固体药物应充分研碎, 完全溶解在适当的溶剂中, 尽量以配剂的形式输入。②注意药物之间的化学反应配伍禁忌, 几种药不能放在一起研碎, 缓释剂与肠衣片不可研碎输入。研碎的药物不应放于饲管中混合输入。③连续饲食时, 至少每隔 4 h 用 30 ml 温水(小儿酌减)冲洗饲管。④药物及饲管输入前后应以 10~30 ml 温水冲洗饲管, 以减少堵管和药物腐蚀管壁的危险。⑤常更换固定饲管的粘膏, 观察饲管输入标记, 推断是否有脱出。

(收稿日期: 2003-12-14)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 300050, 天津市天和医院

作者简介: 杨金梅(1964-), 女(汉族), 天津市人, 主管护师。