



新时代·新征程·新作为

中华护理学会全国呼吸护理新进展学术交流会

1例VA-ECMO联合IABP治疗急性广泛前壁心肌梗死 合并心源性休克患者的护理体会

作者：胡雯珺 林芳 杨晶

所在工作单位/机构：卫生部中日友好医院

目的：

主动脉球囊反搏（IABP）是常用的心脏机械辅助治疗方法之一，可以增加冠脉血流量，降低心脏的后负荷。动静脉-体外膜肺氧合（VA-ECMO）可代替心脏泵血功能，维持血液循环。二者联合应用可使心肺得到更充分的休息，大大提高抢救成功率。我科于2018年6月收治一名急性广泛前壁心肌梗死患者，救治成功，现报告如下。

方法：

1.病案介绍 患者，男，57岁，主因“无明显诱因胸痛1h”，6月4日由急诊入院，神志清醒，血压（BP）：80/50mmHg（升压药维持），查体：胸痛位于胸骨后，呈烧灼感，并呈进行性加重，无创呼吸机辅助呼吸，心电图检查示：V1-V5导联ST段抬高，T波高尖，诊断为抬高型心肌梗死（广泛前壁）。于急诊发作心室颤动1次，心脏骤停3次，经心外按压及电除颤后回复窦性心律，遂立即行冠脉造影，示：左主干（LM）以远完全闭塞，置入支架一枚，并置入IABP1：1反搏及VA-ECMO治疗，转速2525转/分（r/min），血流量2.72升/分（L/min），气流量2.5L/min。9天后成功撤离ECMO及IABP，期间未发生感染或其它并发症。

结果：

2.护理 2.1循环系统监测 联合治疗期间患者血流动力学会发生巨大变化，当心率大于150次/分或小于50次/分时，反搏无效，需要及时报告医生处理。严密观察四肢的动脉搏动情况、颜色、温度及感觉等变化，每班交接并记录。需特别注意的是血氧饱和度监测应放在右手，因为右手的血氧饱和度更多反映患者的心肺功能，左手的血氧饱和度多反映ECMO的血氧饱和度。2.2呼吸系统监测 由于在治疗中ECMO承担了气体交换任务，患者的肺处于休息状态，为避免压力和高浓度氧对肺部的损伤，应当采用保护性肺通气策略，尽早撤离呼吸机，同时做好气道管理。2.3出血及栓塞的观察及护理 因为运转过程中血液与异物表面接触血小板活性物质释放和凝血因子被消耗易发生出血和形成血栓，所以ECMO置管后需要适当全身肝素化抗凝治疗，维持APTT：60-80S，ACT：160-200S，ACT 4h及APTT6-8h监测1次，并注意观察各管路穿刺处有无渗血，每小时观察患者神志及瞳孔变化并及时记录，以预防颅内出血等严重并发症。每小时观察ECMO膜肺血栓情况，记录并通知医生。2.4管路的维护及管理 ECMO与IABP联合应用时线路、管路多而复杂，注意各线路、导管连接紧密勿打折、移位或过度牵拉，所有电源尽量固定于床底架上。ECMO、IABP电源线及氧源用3M弹力胶布固定于地面，以避免电源脱落。ECMO及IABP置管均应给予3M弹力胶布高举平台法及弹力绷带双重固定于双大腿中下段及小腿肚部分。ECMO管路粗而长，床单上还需要用管钳将管路与床单进行固定，每班交接ECMO、IABP导管刻度。2.5预防感染 研究表明，感染可增加患者死亡率，应入住ICU正压单间病房，实行保护性隔离。严格执行无菌操作，加强手卫生，限制探视人员，每天予患者洗必泰全身擦浴，加强营养支持等，减少感染的发生率。2.6液体的管理 VA-ECMO联合IABP，容易使病人的血容量出现波动，故必须精确计算每小时出入量及生命体征，以便医生进行下一步诊疗计划。2.7体位及功能位管理 带管期间需适当限制患者双下肢自主活动，翻身与活动时插管处大腿弯曲不应超过30°，确保肢体功能位，防止关节强直。

结论：

VA-ECMO与IABP的联合应用，可以使病人的心肺得到更好的休息，为患者早期心功能恢复赢得宝贵时间，并缩短置管时间，为患者保驾护航。但是VA-ECMO、IABP联合应用的技术比较复杂，需护理人员不断学习，为患者提供更专业护理。