

老年低血容量性休克早期“血压—心率分离”现象 (附 2 例报告)

徐裕成

(金坛市人民医院, 金坛, 213200)

“血压—心率分离”现象指由于急性失血或失水所造成的有效循环血量减少, 引起的低血容量性休克的老年患者, 在休克早期所表现出的, 血压维持较高水平, 但心率相反出现缓慢, 甚至骤停的特异临床现象。作者收治 2 例, 现报告如下。

1 临床资料

例 1, 男, 80 岁, 高血压病史 20 年, 伴鼻衄断续不止 5h 急诊入院。患者近年来因后鼻腔反复出血多次住院, 此次入院前 5h 内鼻腔出血量约 500ml。查体: 鼻前庭未检查出活动出血灶。患者精神萎, T 37℃, R 18 次/分, P72 次/分, BP26/16kPa, 心肺检查未见异常。给予止血剂静滴等, 1h 后患者烦躁不安, 诉胸部憋闷和视物不清, 即刻 ECG 检查提示为正常规则窦性心律, 心率 60 次/分, 尚在继续心电图描记时, 突然出现完全性窦性静止, 长达 4s 仍无低位逸搏心律出现, 患者呼吸停止意识丧失, 立即给予心前区拳击复律和人工呼吸, 20min 后患者恢复自主窦性心律和呼吸, 神志恢复正常, 此时监测 BP22/14kPa, Hr60 次/分。半小时后患者突然出现典型休克发展危象, 测 BP8/6kPa, 面色及睑结膜苍白, 全身出冷汗, 四肢湿冷, 脉搏触及不清, 意识迷糊, 急查口腔见咽后壁满布鲜血, 始明确诊断急性失血性休克, 立即给予快速推注低分子右旋糖酐和快速输血各 400ml, 休克很快逆转, 血压上升并稳定在 24/14kPa, Hr 稳定在 70 次/分。

例 2, 男 73 岁, 高血压病史 10 年伴间歇性四肢麻木、步态不稳、语言不清 1 周入院。入院前 1 个多月, 一直服用单一的降压药物“波依定”, 剂量 2.5mg, 每日 1 次, 血压控制在 22/14kPa。入院前 10 多天因迷恋麻将, 出现血压增高波动, 最高达 28/16kPa, 出现头昏目晕, 近 1 周来出现间歇

性四肢麻木、步态不稳, 语言不清等中风征兆, 使患者异常焦虑不安, 连续数日饮食锐减。入院时查体 37℃, R 19 次/分, P76 次/分, BP 26/14kPa, 紧张不安。入院后因急于作相关辅助检查, 当日晚餐进食甚少, 次日早餐未进, 上午在空腹 10 多小时的情况下, 进行各项检查, 在患者感到支撑不住的情况下, 立即监测 BP 为 22/13kPa, ECG 提示规则窦性心律, 心率 57 次/分, 血糖 6mmol/L, 即刻送回病房, 患者 BP 突然下降至 13/9kPa, 全身出冷汗, 四肢湿冷, 反应迟钝, ECG 提示规则窦性心律, Hr53 次/分, 立即给予低分子右旋糖酐输液扩容, 并持续静脉滴注多巴胺和多巴酚丁胺, 持续抗休克治疗 36 小时, 血压始回升并稳定在 22/14kPa, 心率回升稳定在 76 次/分。患者在休克进展过程中同时出现右侧上下肢完全性偏瘫, 休克逆转后, 偏瘫在逐渐恢复中。

2 讨论

本组 2 例均为低血容量性休克, 其直接诱因为急性大量失血或液体摄入过少及精神神经源性外周循环血液瘀滞。其休克早期血压均维持在原有较高水平, 但心率明显低于患者平时静息状态的水平, 有明显的心动过缓, 甚至完全性窦性静止。随着休克的好转, 心率也随着血压回升而恢复正常水平。本组 2 例由于血压维持较高水平而心率不快甚至缓慢, 因而均未及时作出休克早期的诊断。

低血容量性休克时, 心输出量减少和动脉血压降低, 可通过窦弓反射, 使交感—肾上腺髓质系统兴奋, 促使儿茶酚胺大量释放, 从而使循环系统外周阻力增高, 心率增快。但老年人心脏组织对交感—肾上腺髓质系统兴奋性及对儿茶酚胺刺激的反应性减弱, 而动脉系统对其反应性增强,

乳癌根治术后皮瓣下积液的防治体会

凌国平

(宝应县汜水中心卫生院 宝应, 225819)

乳癌根治术或改良根治术常见的并发症之一是皮瓣下积液,这是发生皮瓣坏死的重要原因。为了减少皮瓣下积液的发生,我科自 1991 年以来,改进了手术方式,经 19 例临床应用仅有 2 例产生少量积液,现报告如下。

1 临床资料

本组 19 例中男 1 例,女 18 例,年龄 34~68 岁,平均 47 岁。Ⅱ期乳癌 7 例,Ⅲ期乳癌 12 例;手术方式:Halsted 术 4 例,Auchincloss 术 15 例。术中及术后防治皮瓣下积液的方法是:①皮瓣下肾上腺素盐水浸润注射,用生理盐水 300ml 和 1/3 支肾上腺素混合液在预切皮瓣两侧广泛浸润注射。②低张力皮瓣缝合,在达到乳癌根治的前提下,尽可能多地保留皮瓣。皮瓣两侧以布巾钳或缝针七号线牵引,皮瓣厚度适中,以 0.5cm 为宜,缝合切口时若张力过大,采用减张或将下缘切口引向外侧,形成滑动皮瓣;用切下的“梭形”皮肤在有张力而不能缝合的创面上进行植皮而减低张力。③术后有效的负压吸引。用两根硅胶管,一根从季肋部戳口,潜行 3~4cm 皮肤隧道至创面顶端,两侧剪成多个侧孔,外接负压引流瓶;另一根从腹直肌上缘表面戳口,皮下潜行经胸骨旁向上达锁骨下的切口上端,下端引出皮外。第一

天负压维持在 10mmH₂O 以上,根据引流量的多少,然后逐日降低负压数。④填塞压迫:手术后创面范围用多带头胸带上下左右捆扎紧,若术后出现积液滞留时,在积液范围内抽吸干净,外加纱布棉垫压迫,直至消除。

2 体会

我们采用以上几种方法处理的 19 例乳癌患者,术后仅有 2 例发生少量积液,无 1 例皮瓣坏死,缩短了住院时间,也减少了术后植皮、疤痕等。我们体会,预防术后皮瓣下积液的发生,首先要有严密可靠的止血,其次是低张力的厚薄适中的切口缝合。术后负压吸引的关键要有效、可靠,普通的负压袋、胃肠减压器有时效果欠佳,可每天间断用电动吸引器加强吸引。引流量 24h 内不超过 100ml 时,继续保持负压吸引 3 天后拔管,管孔不堵塞,让其自然流出。如 6 天后仍有液体流出,应继续吸引。本组 19 例中,我们保持负压吸引最长者 11 天才拔管。胸带的固定以不影响呼吸为度。棉垫覆盖以超过分离的皮瓣面积,在腋窝、锁骨下区、胸骨旁等凹陷处还需加厚填塞,减少创口内空隙。术后 3 天内不更换敷料、胸带。

参考文献 (略)

(收稿日期: 1997-12-25)

这是老年人心脏组织和动脉系统反应性不协调的病理生理基础。老年人窦房结及其周围组织存在不同程度的退行性变、纤维化、淀粉样变和供血不足,急性失血性休克或低血容量可导致窦房结及其周围组织供血不足,使窦房结的自律性和冲动传导功能发生急性严重障碍,从而出现早期的心率变慢甚至骤停。老年人小动脉壁存在透明样变性,动脉壁与其腔径的比值上升,血管阻力增大,对儿茶酚胺类缩血管活性物质的反应性增强,因此老年高血压患者的心输出量即使有一定程度

降低,其周围血管阻力仍可维持较高水平。另外,老年人血管平滑肌细胞上 β 受体数目随着年龄的增加而减少,而 α 受体数目不变或相对增多,导致 α 受体功能亢进,故在休克应激状态下,老年人血管收缩增强,血压明显升高。由此可见,老年尤其是高血压患者,在发生低血容量性休克早期,所出现的“血压—心率分离”现象是具有相对特异性的,对其正确认识有助于提高诊治水平。

参考文献 (略)

(收稿日期: 1997-11-14)