

心脏外科术后并发症的处理

- 出血和心包填塞
- 低心排综合征
- 围术期心肌梗死
- 心律失常
- 急性肾功能衰竭
- 呼吸能不全
- 精神障碍
- 脓胸和胸骨、胸骨后感染
- 其他（消化道出血、乳糜胸、急性肾上腺功能不全）

出血和心包填塞

病因

- 外科性出血
- 残留或反跳肝素的作用
- 血小板数量减少或功能障碍
- 凝血因子的缺乏
- 纤维蛋白溶解作用

纵隔出血的处理

- 确保引流管通畅
- 维持正常体温
- 控制高血压和躁动
- 适当追加鱼精蛋白
- 输注血制品
- 应用止血药
- 床旁影像学检查
- 有显著的出血或心包填塞症状时，及早开胸探查

二开指征

- 引流量没有逐渐减少
 - 出血量 $>400\text{ml}$ ，达1小时
 - 出血量 $>300\text{ml}$ ，持续2-3小时
 - 出血量 $>200\text{ml}$ ，持续4小时
- 怀疑存在心包填塞

急性心包填塞的判断

- 原来存在的显著出血突然中止
- CVP↑, CO↓, 心动过速, 血压、脉压下降, 少尿
- 胸片提示纵隔影增宽
- 超声可明确诊断

低心排综合征

概念:

正常人CI为 $2.5-4.0\text{L}/\text{min}\cdot\text{m}^2$ 。

小于2.5并伴有持续性低血压，脉压缩小，组织灌注不足，少尿，周围血管收缩为LCOS

病因

- 左室前负荷不足

失血、体液进入第三间隙、过度利尿、过度扩血管、药物过敏、心脏受压、血气胸、正压辅助呼吸、右心功能不全

- 心肌收缩力下降

左室功能低下、低氧、酸中毒、缺血、心肌保护不当，巨大左室或小左室

- 后负荷过重

术后低体温、血管收缩、液体过多、循环中儿茶酚胺浓度过高，左、右心功能不全

- 其他

心包填塞、心律失常、张力性气胸

低心排综合征的处理

BP	PCWP	CO	CVP	处理
↓	↓	↓	↓	补充血容量
N	↑	N	↑	利尿
↑	↑	↓	↑	扩血管
↓	↑	↓	↑	正性肌力药/扩管/IABP
↓	N	N / ↑	↓	α 激动剂

围术期心肌缺血或梗死

病因

- 桥血管痉挛（桡动脉）
- 吻合口急性血栓形成
- 桥血管断裂
- 术后应激，高凝状态，血小板数量升高

处理

- 心梗的一般处理之外，一般需行紧急开胸再搭桥

心律失常

房颤

- 房颤是心脏术后最常见的心律失常，（20%-30%），在高龄和同期行冠脉搭桥术和瓣膜手术的患者中发生率更高。
- 多发生在术后2-3天，通常为阵发性，部分不经治疗可自行终止，也可反复发作，少数可持续数周

病因

- 心脏问题：原有心脏疾病，原有心律失常，心肌缺血或梗死，术中心肌保护差，心包感染，血液再分布
- 呼吸问题：气管插管位置不当，低氧，酸中毒，气胸
- 电解质紊乱：低钾，低镁
- 心内监视导线刺激：肺动脉导管
- 低温，焦虑，发热，疼痛，胃扩张

处理

- 对因治疗
- 窦性心律的转复和维持
同步电复律和药物复律
- 控制心室率
 β 受体阻滞剂，洋地黄，钙拮抗剂
- 抗凝

室早、室速

病因

- 低钾
- 酸中毒
- 缺氧
- 低血压
- 洋地黄中毒

处理

- 治疗应针对病因
- 补钾，可静脉补钾
- 利多卡因1-3mg/kg静脉推注，无效时10-15秒钟后重复给药，纠正后维持治疗
- 若血钾理想，室速、室颤仍不能纠正，应补镁
- 上述处理效果不佳时，可直流电复律或除颤

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/655303012320011213>