

DOI: 10.12209/CAIM202501280002

· 中西医结合临床案例 ·

# 1 例肝硬化失代偿期合并房室传导阻滞致 心源性休克患者的救治体会

吕 源, 刘晓丽, 张林林

(首都医科大学附属北京佑安医院 消化科, 北京, 100069)

**摘要:** 本文分享 1 例肝硬化失代偿期合并房室传导阻滞致心源性休克患者的成功救治案例。患者入院后突发意识丧失, 经多学科协作, 排除其他可能因素, 确诊为心源性休克。通过精准的抗休克治疗与细致的护理干预, 患者病情得以稳定, 最终成功抢救。本病例凸显了多学科协作、精准护理及早期病情预判在复杂病情救治中的关键作用, 提醒医护人员应对入院患者相关诊断全面考量, 不可仅局限于常见并发症, 以便在突发事件发生时, 能迅速评估并及时启动抢救机制, 为救治争取宝贵时间。本病例为类似患者的诊疗提供了有益的参考与借鉴, 具有重要的临床价值。

**关键词:** 肝硬化失代偿期; 房室传导阻滞; 心源性休克

## Clinical Experience in Managing a Patient with Decompensated Liver Cirrhosis Complicated by Atrioventricular Block Leading to Cardiogenic Shock

LV Yuan, LIU Xiaoli, ZHANG Linlin

(Department of Gastroenterology, Beijing You'an Hospital Capital Medical University, Beijing, 100069)

**ABSTRACT:** This article presents a successful rescue of a patient with decompensated liver cirrhosis complicated by atrioventricular block leading to cardiogenic shock. Upon admission, the patient experienced sudden loss of consciousness. Through multidisciplinary collaboration and exclusion of alternative factors, cardiogenic shock was definitively diagnosed. Precision-guided anti-shock therapy and meticulous nursing interventions stabilized the patient's condition, culminating in a successful resuscitation. This case highlights the critical role of multidisciplinary collaboration, precision nursing, and early clinical anticipation in managing complex critical conditions. It underscores the necessity for clinicians to comprehensively evaluate admission diagnoses beyond common complications, enabling rapid assessment and timely initiation of rescue protocols during emergencies to secure vital treatment time. This case offers valuable insights for managing similar patients and demonstrates significant clinical significance.

**KEY WORDS:** decompensated liver cirrhosis; atrioventricular block; cardiogenic shock

肝硬化失代偿期为乙型肝炎、酒精性肝炎等病因导致的肝纤维化终末期疾病, 显著增加其他器官功能障碍风险而降低患者生存质量及生存率<sup>[1-2]</sup>, 患者常易并发多种病症, 而合并房室传导阻滞导致心源性休克的情况较为罕见且复杂, 对临床诊断与治疗提出了极高要求。此类患者往往病情危重且变化迅速, 既往对肝硬化失代偿期伴严重心律失常的诊疗标准尚不完善, 常用抗休克治疗虽有一定效果, 但缺乏针对性的综合救治方

案。本病例治疗过程充分体现现代医学多学科联合的优势, 同时强调了护理干预在复杂病情管理中的核心作用, 为未来类似病例的救治积累了宝贵经验, 现报告如下。

### 1 病例资料

#### 1.1 时间表

患者于 2024 年 3 月 1 日因腹胀就诊于我院消化科, 因治疗需要办理住院。入院后完善相关实

收稿日期: 2025-01-28

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

实验室及其他检查,予脱氨、保肝、利尿及抗炎药物等对症处理。3月3日护士巡视病房发现患者意识丧失,呼之无反应,立即通知医生,予患者进行抢救。

### 1.2 患者信息

患者女性,69岁,主因“肝病史20年余,腹胀2周”于2024年3月1日就诊于我院消化科。既往有高血压、糖尿病、脂肪肝、门脉高压等病史,规律服药,控制在正常范围内;否认冠心病,否认手术史,否认肝病家族史,否认家族肿瘤史,否认遗传性疾病家族史。患者曾于外院就诊持续服用卡维地洛( $\beta$ 受体阻滞剂),2023年美国肝病学会实践指南提出,治疗肝硬化门静脉高压首选非选择性 $\beta$ 受体阻断剂,推荐卡维地洛<sup>[3]</sup>。

### 1.3 体格检查

患者体温(T)36.4℃,脉搏(P)81次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)140/86 mm Hg;患者神志清,慢病面容,腹部隆起,存在腹壁静脉曲张,叩诊肝浊音,大量腹水,肠鸣音无气过水声。

### 1.4 诊断

辅助检查:2022年动态心电图提示窦性心律,间歇一度房室阻滞,二度I型房室阻滞;动态血压示24 h平均126~65 mmHg;心电图示窦性心律,下壁及前壁导联ST段压低。此次入院化验血氨102  $\mu\text{g/dL}$ ,B型氨基端利钠肽原1494 pg/mL,血红蛋白68 g/L,白细胞 $1.21\times 10^9/\text{L}$ ,血小板 $33\times 10^9/\text{L}$ 。诊断为房室传导阻滞、心源性休克。

### 1.5 治疗干预

3月3日10:09患者意识丧失,呼之无反应,伴大汗,周身皮肤湿冷,立即通知医生,遵医嘱予患者连接心电监护监测生命体征及氧气吸入,心电监护提示患者心率(HR)30次/min,呼吸(R)24次/min,血压(BP)77/42 mm Hg,血氧饱和度94%,抢救经过详见表1。

## 2 护理

### 2.1 护理评估

一般评估:患者出现意识丧失。循环系统评估:患者血压(BP)下降至77/42 mm Hg,心率(HR)30次/min,皮肤湿冷,伴大汗。身体状况:生活自理能力30分,重度功能障碍;跌倒坠床风险45分,中危风险;压力性损伤17分,低度高危;营养筛查2分,阴性。

### 2.2 护理诊断

微循环血容量不足与房室阻滞导致心肌梗死有关;心输出量不足与心律失常、心源性休克有关;组织灌注不足与休克有关;有感染的风险与留置股静脉置管、腹腔感染有关;体温异常与组织灌注不良有关;有皮肤完整性受损的危险与患者卧床有关;有受伤的危险与意识不清有关;特定知识缺乏与患者及家属缺乏房室传导阻滞及心源性休克相关知识;预防并发症的发生。

### 2.3 护理目标

患者心率恢复正常,心输出量得到改善,患者体液维持平衡,表现为生命体征平稳、肢体温暖、尿量正常。注意四肢和躯干的保暖,适当加盖棉被,确保患者体温相对稳定。患者未发生皮肤受损,未发生意外损伤,未发生脱管、感染及并发症。患者及家属认识到疾病的严重,有良好的依从性。

### 2.4 护理措施

#### 2.4.1 急救护理

患者生命体征不平稳,给予心电监护监测生命体征及鼻导管吸氧,保持呼吸道通畅。对于心源性休克患者而言,由于其心肌收缩力明显下降,使得心搏出量及供血减少,引发组织缺氧缺血现象<sup>[4]</sup>。备好抢救物品,紧急情况下建立2条静脉通路,快速补充液体,应用血管活性药物静脉输注,以纠正有效循环血量的不足,同时协助医生行股静脉置管穿刺。密切观察患者神志、生命体征的变化,准确记录患者出入量,依据心率、尿量、血压等指标调整输液速度,配合医生快速准确给予抢救药物。

#### 2.4.2 抗休克护理

补充血容量是抗休克的关键,迅速建立中心静脉,补充血容量,维持体液平衡。合理补液,先晶后胶,根据患者心肺功能及血压、中心静脉压监测结果等调整补液速度。准确记录输入液体的种类、数量、时间及速度,详细记录24 h出入量,为后续治疗提供依据。患者末梢循环差,血压低,注意保暖。动态观察患者意识状态、生命体征、皮肤黏膜颜色温度、周围静脉及毛细血管充盈情况、尿量等,实验室检查及血流动力学监测结果的变化,以防休克加重。注意使用血管活性药的注意事项(小剂量,低浓度,慢速度,防外渗,勤观察),观察用药后疗效及不良反应。定时行心电图检查,及时了解病情变化。

表 1 抢救经过

| 时间    | 意识状态                              | P       | R       | BP          | 指氧  | 查体及检查                                                           | 抢救措施                                                                                        |
|-------|-----------------------------------|---------|---------|-------------|-----|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10:09 | 意识丧失,呼<br>之无反应,伴<br>大汗,周身皮<br>肤湿冷 | 30次/min | 24次/min | 77/42 mmHg  | 94% | 双侧瞳孔等大等圆,对<br>光反射存在,呼吸浅<br>快,双肺呼吸音可,心<br>律齐,心率慢                 | 指尖血糖为 13.8 mmol/L,立即予心电监护<br>监测生命体征及鼻导管氧气吸入                                                 |
| 10:10 | /                                 | /       | /       | /           | /   | /                                                               | 予 50% 葡萄糖注射液 20 mL 静推,硫酸阿托<br>品注射液 0.5 mg 静推,盐酸肾上腺素 1 mg 静<br>推及羟乙基淀粉氯化钠注射液 500 mL 静脉<br>输入 |
| 10:13 | 意识恢复,可<br>正确回答<br>问题              | 77次/min | 20次/min | 146/78 mmHg | 98% | 无眼歪嘴斜,四肢活动<br>性正常                                               | 急查血常规、血氨,床旁心电图,通知内科<br>二线、超声二线、神经内科及心内科会诊                                                   |
| 10:39 | 清醒                                | 35次/min | 15次/min | 64/35 mmHg  | 96% | 心电图提示极度心动<br>过缓,逸搏心律                                            | 予硫酸阿托品注射液 0.5 mg 静推,盐酸肾<br>上腺素 1 mg 静推,盐酸多巴胺注射液 20<br>mg 静推                                 |
| 10:40 | 清醒                                | /       | /       | /           | /   | /                                                               | 予 5% 葡萄糖注射液 41 mL+去甲肾上腺素<br>180 mg,以 2 mL/h 泵入,心电监护提示心率<br>及血压情况调整泵速                        |
| 10:45 | 清醒                                | 55次/min | 16次/min | 82/48 mmHg  | 97% | 查血结果回报感染指<br>标尚可,不支持感染中<br>毒性休克,血红蛋白值<br>上升,不支持消化道出<br>血引起失血性休克 | 予股静脉置管穿刺,快速补液扩充血容量                                                                          |
| 11:02 | 清醒                                | 67次/min | 20次/min | 96/46 mmHg  | 97% | /                                                               | 予 0.9% 氯化钠注射液 32 mL+盐酸多巴胺<br>注射液 180 mg 以 2 mL/h 泵入                                         |
| 11:20 | 清醒                                | /       | /       | /           | /   | 血氨可,不支持肝性脑<br>病所致神志改变                                           | 心内科指示异丙肾肾上腺素维持泵入提高心率                                                                        |
| 11:28 | 清醒                                | 46次/min | 18次/min | 99/45 mmHg  | 97% | /                                                               | 予盐酸肾上腺素 1 mg 静推,予 0.9% 氯化<br>钠注射液 44 mL+盐酸异丙肾肾上腺素 3 mg,<br>以 3 mL/h 微量泵入                    |
| 11:54 | 清醒                                | 67次/min | 18次/min | 119/48 mmHg | 96% | /                                                               | 密切观察生命体征,准确记录出入量,根据<br>心电监护生命体征提示,调整多巴胺组及<br>异丙肾肾上腺素组泵入剂量                                   |

#### 2.4.3 体位护理

协助患者取下肢抬高 15~20°,躯干和头抬高 20~30°的休克体位,利于膈肌下移,促进肺扩张,增加肢体回心血量。

#### 2.4.4 用药护理

用药安全:抢救患者时严格遵守抢救制度,留取用药安剖,多组泵入药品应进行明确标识。血管活性药物静脉输注安全:血管活性药物在危重患者的救治过程中对维持循环系统的稳定起到至关重要的作用,但血管活性药物对血管刺激性大,易引起药物外渗,形成静脉炎等并发症,严重者导致死亡<sup>[5-6]</sup>。血管活性药物作用于人体存在明显的量效关系<sup>[7]</sup>,其用量、速度改变会引起患者的各项身体指标出现波动,使用不当甚至会使患者的

生命健康受到威胁。所以临床上在应用血管活性药物时,要求严格做到精确、安全、有效。根据中华护理学会发布“血管活性药物静脉输注护理”<sup>[8]</sup>中规定了血管活性药物静脉输注的基本要求、评估、操作要点及监测。

#### 2.4.5 皮肤护理

患者意识丧失,皮肤湿冷,为保证患者皮肤完整性,予患者保暖。保证患者床单位干净、平整,向患者及家属宣教防压疮相关知识,定时查看患者受压部位皮肤情况并翻身。

#### 2.4.6 管路护理

良好的血管通路是保证抢救顺利进行的前提条件,为患者泵入血管活性药物提供了更精准有利的通道。在选取最适宜的血管通路装置及其置

入部位时,需综合考虑患者的基础情况、血管状况、治疗方案、患者舒适度及偏好,以及后续维护血管通路装置所需的能力和资源<sup>[9]</sup>。置管过程严格无菌操作,妥善固定导管,床头悬挂防脱管警示标识,定时观察评估管路情况,予患者及家属相关宣教。

#### 2.4.7 安全护理

防止患者跌倒坠床,给予床档保护,护士对患者及家属实施安全教育,患者并发肝性脑病或是躁动不按时给予适当约束,预防坠床等意外事件发生,床头悬挂警示标识。

#### 2.4.8 预防并发症

肝硬化失代偿期以门静脉高压和肝功能严重损伤为特征,患者常因并发腹水、消化道出血、肝性脑病等导致多脏器功能衰竭而死亡。首先,密切观察患者是否出现消化道出血(便潜血、黑便、便血及呕血等症状),根据情况使用止血药物。其次,预防肝性脑病,观察患者意识状态,监测血氨变化,合理使用保肝、降氨药物,严格控制蛋白质摄入,避免高蛋白饮食诱发肝性脑病。使用乳果糖、门冬氨酸等药物降低肠道氨吸收,减轻肝性脑病症状。最后,定期监测腹水量,评估腹水对患者呼吸、循环功能的影响。根据腹水量和患者症状,采取腹腔穿刺引流或是利尿抗感染药物等措施,减轻腹水症状。注意保持水电解质平衡,避免利尿剂引起的低钾血症等不良反应,及时发现并处理病情变化。

#### 2.5 护理评价

经精心护理,患者心率恢复正常,心输出量得到改善,生命体征平稳,末梢恢复正常,中心静脉管路未发生脱管现象;患者皮肤完整,未发生坠床,住院期间无感染发生,未出现并发症;患者积极配合治疗,无不良情绪发生。

### 3 结果和随访

患者经治疗护理后病情稳定,转至北京某院急诊救治。3月12日电话随访得知,患者目前生活作息规律,继续服用药物治疗,无不适症状。

### 4 讨论

心源性休克是原发性心脏疾病导致的一种关键终末器官灌注不足状态<sup>[10]</sup>,也是临床中高死亡率的危重急症,因此,需要在心源性休克患者重要器官发生不可逆损伤之前立即进行快速诊断及治

疗,及时的药物机械支持治疗和冠状动脉血运重建,对心源性休克患者取得良好预后方面起着至关重要的作用<sup>[11]</sup>。本病例成功救治得益于多学科协作与精准护理,多学科团队综合考虑患者多种疾病因素,快速准确诊断为心源性休克,制定针对性治疗方案。精准护理则覆盖病情监测、急救护理、抗休克护理等多方面,依据“血管活性药物静脉输注护理”标准调控药物,加强患者安全管理与并发症预防,为患者康复提供有力保障。这提示医护人员面对复杂病情,需全面考量诊断,护理人员应扎实掌握病情,提前预判风险,快速评估启动抢救机制,以提升救治成功率。综上,本病例为肝硬化失代偿期合并房室传导阻滞致心源性休克的救治提供宝贵经验,彰显多学科协作与精准护理在复杂病情中的关键价值,以期为临床类似病例诊治护理提供有益借鉴。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

#### 参考文献

- [1] TANDON P, MONTANO-LOZA A J, LAI J C, et al. Sarcopenia and frailty in decompensated cirrhosis [J]. *J Hepatol*, 2021, 75(Suppl 1): S147-S162.
- [2] ENGELMANN C, CLÀRIA J, SZABO G, et al. Pathophysiology of decompensated cirrhosis: Portal hypertension, circulatory dysfunction, inflammation, metabolism and mitochondrial dysfunction [J]. *J Hepatol*, 2021, 75(Suppl 1): S49-S66.
- [3] 雒博晗, 韩国宏. 《2023年美国肝病学会实践指南:肝硬化门静脉高压和静脉曲张的风险分层及管理》摘译 [J]. *临床肝胆病杂志*, 2024, 40(1): 33-36.  
LUO B H, HAN G H. An excerpt of AASLD practice guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis (2023) [J]. *J Clin Hepatol*, 2024, 40(1): 33-36. (in Chinese)
- [4] 王友丽. 抢救心源性休克患者的护理体会 [J]. *中国医药指南*, 2020, 18(18): 249-250.  
WANG Y L. Nursing experience in the rescue of patients with cardiogenic shock [J]. *Guide China Med*, 2020, 18(18): 249-250. (in Chinese)
- [5] 龚玲, 陈璐, 朱爱娟. 品管圈在降低外周静脉输注血管活性药物安全隐患率中的应用 [J]. *当代护士(上旬刊)*, 2020, 27(1): 167-170.

- GONG L, CHEN L, ZHU A J. Application of quality control circle in reducing the hidden danger rate of peripheral intravenous infusion of vasoactive drugs [J]. *Today Nurse*, 2020, 27(1): 167–170. (in Chinese)
- [6] PANCARO C, SHAH N, PASMA W, et al. Risk of major complications after perioperative norepinephrine infusion through peripheral intravenous lines in a multicenter study [J]. *Anesth Analg*, 2020, 131(4): 1060–1065.
- [7] 杜娟, 余静, 王琳. 集束化护理在危重症患者血管活性药物使用管理中的应用观察[J]. *贵州医药*, 2021, 45(11): 1829–1830.
- DU J, YU J, WANG L. Observation on the application of cluster nursing in the management of vasoactive drugs in critically ill patients [J]. *Guizhou Med J*, 2021, 45(11): 1829–1830. (in Chinese)
- [8] 于艳艳, 李庆印, 高学琴, 等. 《血管活性药物静脉输注护理》团体标准解读[J]. *中华护理杂志*, 2024, 59(20): 2444–2446.
- YU Y Y, LI Q Y, GAO X Q, et al. Interpretation of group standards for nursing care of patients with infusion of vasoactive agents [J]. *Chin J Nurs*, 2024, 59(20): 2444–2446. (in Chinese)
- [9] 郭先娟, 曹洁, 任凭, 等. 2024年INS《输液治疗实践标准》之血管通路装置选择与置入解读[J]. *军事护理*, 2025, 42(4): 70–73.
- GUO X J, CAO J, REN P, et al. Interpretation of vascular access device selection and insertion in “infusion therapy standards of practice” of INS in 2024 [J]. *Mil Nurs*, 2025, 42(4): 70–73. (in Chinese)
- [10] 何小龙, 胡鑫鑫, 移康, 等. 心源性休克应用机械循环辅助装置的研究进展[J]. *解放军医学杂志*, 2025, 50(1): 92–100.
- HE X L, HU X X, YI K, et al. Research progress in the application of mechanical circulatory support in cardiogenic shock [J]. *Med J Chin People's Liberation Army*, 2025, 50(1): 92–100. (in Chinese)
- [11] 徐敬娅, 张春蕾, 李宝龙. 基于网络药理学和实验验证探讨参附汤对心源性休克的作用机制[J]. *中国药理学通报*, 2023, 39(8): 1548–1557.
- XU J Y, ZHANG C L, LI B L. Mechanism of action of Shen-Fu decoction on cardiogenic shock based on network pharmacology and experimental validation [J]. *Chin Pharmacol Bull*, 2023, 39(8): 1548–1557. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。