

DOI: 10. 12209/CAIM202303230001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例急性下壁心肌梗死合并病态窦房结综合征 高龄患者的护理体会

朱冬敏

(徐州医科大学江阴临床学院 心血管内科, 江苏 江阴, 214400)

摘要: 本文总结 1 例急性心肌梗死并发病态窦房结综合征(SSS)的高龄患者的护理经验。护理要点包括持续心电监护、术后肾功能监测、排便护理,临时起搏器植入和永久起搏器植入后的病情观察、起搏器植入健康教育、术后并发症的管理和心理护理。经过积极的救治和精心的护理,患者恢复良好。

关键词: 急性心肌梗死; 阿斯综合征; 起搏器; 并发症

Nursing of an octogenarian patient with acute inferior myocardial infarction combined with sick sinus syndrome

ZHU Dongmin

(Department of Cardiovascular Medicine, Jiangyin School of Clinical Medicine Xuzhou Medical University,
Jiangyin, Jiangsu, 214400)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing measures for an octogenarian patient with acute inferior myocardial infarction combined with sick sinus syndrome. Key issues of nursing included continuous ECG monitoring, postoperative renal function monitoring, defecation care, temporary pacemaker implantation, health education, management of postoperative complications and psychological care.

KEY WORDS: acute myocardial infarction; adams-stokes syndrome; pacemaker; complications

急性心肌梗死是危及生命的急症,患者冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应心肌血供中断,引起急性心肌缺血、坏死。由于解剖、病变部位及程度不同,急性下壁心肌梗死往往合并缓慢性心律失常^[1-2],如完全性房室传导阻滞等,可导致心搏骤停、心源性休克。心肌梗死发生的急性期,伴有缓慢型心律失常的患者,植入临时起搏器可有效减轻缓慢型心律失常恶化、减少心脏骤停等效果,能够降低病死率,帮助患者安全度过急性期。病态窦房结综合征(SSS)是由于窦房结或其周围组织的功能障碍,导致多种心律失常和多种症状的临床综合征,伴有症状的 SSS 是植入永久起搏器的适应症^[3]。急性下壁心肌梗死合并病态窦房结综合征的高龄患者的临床护理难度很大,必须开展科学的、高质量的护理工作,预防相关并发症,确保患者生命安全。本文总结 1 例急性心肌梗死并发 SSS 的高龄患者的护理体会,现报告如下。

1 临床资料

患者男性,87 岁,汉族,小学文化,为本地居民,2021 年 1 月 17 日,患者“因突发胸闷胸痛 7 小时”,拟“急性下壁心肌梗死 冠状动脉粥样硬化性心脏病”急诊平车入院。患者既往高血压病史,有“前列腺增生”病史、反复胃痛病史。无糖尿病史,无“肝炎”、“结核”等传染病史,无食物、药物过敏史,无输血史。无烟酒等不良嗜好。否认家族性遗传病史及传染病史。T:35.4℃,P:54 次/min,R:18 次/min,BP:92/58 mm Hg,身高 180 cm,体质量 72.5 kg,发育正常,自主体位,急性病容,神志清楚,查体合作。全身皮肤及黏膜无黄染、苍白,无皮疹。未见皮下出血。口唇发绀,伸舌居中。颈软,无抵抗感。颈动脉搏动正常,双侧颈静脉正常,肝颈静脉回流征阴性。双肺听诊未闻及干湿性啰音。心前区无隆起,未见异常心尖搏动,未触及震颤,无心包摩擦感及抬举性心尖搏动,心率 54 次/min,律齐,心音正常,P2<A2,各瓣膜听诊区未

收稿日期:2023-03-23

OPEN ACCESS

www. case. jcme. net. cn

闻及病理性杂音,未闻及心包摩擦音。腹部平坦,无腹壁静脉曲张,无胃肠型及蠕动波。腹部柔软,无压痛,无反跳痛,无肌紧张,未触及包块,肝脾肋下未触及,莫菲氏征阴性,移动性浊音阴性,双肾区无叩痛。脊柱四肢活动自如,无畸形,双下肢无明显水肿。

入院诊断:1. 急性下壁心肌梗死,冠状动脉粥样硬化性心脏病,心房颤动,三度房室传导阻滞;2. 原发性高血压(3级,很高危);3. 胃炎;4. 前列腺增生。修正诊断:1. 病态窦房结综合征,窦性停搏;2. 急性下壁心肌梗死,冠状动脉粥样硬化性心脏病,阿-斯综合征;3. 原发性高血压(3级,很高危);4. 胃炎;5. 前列腺增生

2021-01-17,患者自7小时前(03:00)起无诱因出现胸闷胸痛不适,位于心前区,呈压榨样感,每次发作持续30分钟,发作时向背部放射,发作时感气急呼吸困难,出冷汗,伴上腹部饱胀不适、恶心感,急来我院急诊(09:45)就诊,查肌钙蛋白I:0.79ng/ml,查心电图(09:48)示:II、III、avF ST段弓背向上抬高。立即给予“阿司匹林300 mg、可定10 mg、替

格瑞洛180 mg”口服,行急诊PCI术。2021-01-18,肌钙蛋白I 80.00ng/mL;脑利钠肽前体1312.0 pg/mL;肌酐226.0 umol/L。2021-01-19,心超示左房稍大(41 mm),左室下壁收缩活动减弱(LVEF:54%)。2021-01-20,动态心电图:①交界性心律,平均心室率为57次/min。②交界性早搏单发2200次。③室性早搏单发5次。④全程ST-T改变。⑤HRV值:SDNN 56 ms,SDANN 53 ms。2021-01-25,06:07患者突发全身抽搐,呼之不应,心电监护示心脏停搏持续约10 s,汇报医生,遵医嘱给予异丙肾上腺素0.5 ug/min泵入。2021-01-26,患者行冠状动脉造影+临时起搏器植入术。2021-01-28,行DDD起搏器植入术。2021-02-10,患者好转出院。2021-3~2022-02患者出院后1、3、6个月和1年随访,患者生活质量恢复到发病前,对治疗效果满意。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般护理评估 患者住院期间护理评估见表1。

表1 患者住院期间一般护理评估

分

一般护理评估项目	Braden 评分表	Morse 跌倒风险评分	Barthel 指数	VTE 评分(Padua)	疼痛评分
2021/1/17	17	35	30	5	4
2021/1/18	17		35		0
2021/1/25	17				
2021/1/26	15	35	20	7	1
2021/1/28	19		20	7	1
2021/1/30			60	4	0
2021/2/9			80		

2.1.2 专科护理评估 专科护理评估包括肾功能及尿量、排便、心肌标志物及转氨酶变化和器械检查。2021-01-19查患者心超示:左房稍大(41 mm),左室下壁收缩活动减弱,LVEF:54%。2021-01-20查动态心电图示:1. 交界性心律,平均心室率为57次/min;2. 交界性早搏单发2200次;3. 室性早搏单发5次;4. 全程ST-T改变;5. SDNN 56 ms,SDANN 53 ms。2021-01-29查心电图示:起搏心律,起搏器按需带动良好。其他专科评估具体见表2-3和表4。

2.2 护理诊断

患者胸痛与心肌缺血坏死有关;活动无耐力与心肌氧的供需失调有关;潜在并发症:心律失常、造影剂肾病、心力衰竭、休克、猝死、起搏器电极脱位、囊袋出血;便秘的危险与活动少、不习惯

床上排便有关;恐惧心理与起病急、病情危重有关;患者缺乏疾病相关知识、以及起搏器植入后的相关知识。

2.3 护理目标

患者主诉胸痛程度减轻或消失;患者能主动参与制定活动计划并按要求进行活动;主诉活动耐力增强,活动后无不适反应;患者各并发症能得到及时发现和处理;患者能描述预防便秘的措施,不发生便秘;患者情绪稳定,能积极配合治疗和护理;患者及家属了解疾病相关知识。

2.4 护理措施

2.4.1 急诊PCI术后护理

2.4.1.1 病情观察:持续心电监护,密切监测血压、心率、心律的变化,观察穿刺点局部有无出血、血肿,末梢循环情况,术后3小时内每30分钟

表2 患者住院期间肾功能及尿量观察

日期	尿素氮 (mmol/L)	肌酐(umol/L)	钾 (mmol/L)	钠 (mmol/L)	尿量 (mL/d)
2021/1/17	13.9	160.5	3.83	135.8	200
2021/1/18	17	226	4.53	143	1350
2021/1/19	19.66	210	3.75	142	1050
2021/1/20	15.7	154	3.08	134	1250
2021/1/21	15.86	151	3.24	140	2950
2021/1/22					1700
2021/1/23	7.29	109	3.44	148	1600
2021/1/24					800
2021/1/25	6.3	87	3.01	138.6	1800
2021/1/27	5.5	89	3.4	145.6	
2021/1/30	4.7	59.2	3.13	133.4	

表3 患者排便情况观察

日期	患者异常排便情况	处理
2021/1/18	患者2天未解大便	开塞露肛塞
2021/1/19	未解大便	耳穴压豆+穴位按摩
2021/1/20		开塞露肛塞
2021/1/27	患者3天未解大便	开塞露肛塞
2021/1/29	患者2天未解大便	指导下床活动,按摩腹部,继续耳穴贴压+穴位按摩

表4 患者住院期间心脏标志物及转氨酶变化

日期	肌钙蛋白(I ng/mL)	谷氨酰转肽酶 (IU/L)	谷草转氨酶 (IU/L)	谷丙转氨酶 (IU/L)	乳酸脱氢酶 (IU/L)	脑利钠肽前体 (pg/mL)
2021/1/17	0.79					
2021/1/18	>80	42	1857	696.5	1579	1312
2021/1/19	70.15					923
2021/1/20						
2021/1/21	22.24					
2021/1/23	8.16	167.3	155.6	524.6	523.2	
2021/1/24						
2021/1/25						
2021/1/27	0.99	100	41	176.4	322	1236
2021/1/30						
2021/2/7	0.07	47	23.3	28.3	211	987.3

记录1次。观察患者有无头晕、胸闷憋气、打哈欠、出冷汗、心率慢和(或)血压低等血管迷走反应的症状,一旦发生立即汇报医生。患者经右侧桡动脉穿刺,穿刺侧肢体适当抬高,腕关节制动,桡动脉压迫仪首次放松时间为术后1~2 h,以后酌情放松,6~8小时取下压迫仪。

2.4.1.2 饮食护理:进食清淡、易消化食物,少量多餐,避免过饱。适量饮水,术后第1小时500 mL,2~3小时分别饮水400~500 mL,6~8小时内饮水1 000~2 000 mL,4小时内尿量达到800 mL以利造影剂排泄;术后水化治疗者可减少饮水量。

2.4.1.3 排便护理:观察患者排便情况,有无

腹胀及腹胀的程度。每日评估患者排便情况进行交接班。患者因卧床不习惯使用便盆进行排便,使用开塞露、护理垫等方式进行床上解便,并进行耳穴贴压技术辅助排便。嘱患者勿用力排便,指导并协助患者腹部环形按摩,病情允许后及早下床活动。卧床期间指导患者床上活动,进行踝泵运动。

2.4.2 临时起搏器植入期间护理 注意开启监护仪“起搏”监测功能,观察心率、心律、血压。密切观察起搏与感知功能。临时起搏器植入期间常规测量体温3次/d。观察术侧肢体有无肿胀、疼痛;穿刺处有无渗血、血肿及皮肤受压情况。观察术侧肢体末梢循环状况。患者经右股静脉插入临

时起搏器电极,需绝对卧床,术侧肢体避免屈曲或活动过度,可平卧或向左侧卧位,防止电极移位等。临时起搏器及导管妥善固定,防止起搏导管滑脱。做好起搏参数的交接班,检查有无电池耗竭,备好起搏电池。饮食宜清淡、易消化,禁食易产气食物,如牛奶、豆浆及甜食等。

2.4.3 永久起搏器植入术后护理

2.4.3.1 病情观察:持续心电监护,监测起搏和感知功能,监测脉搏、心率、心律、心电图变化及患者自觉症状。勿用力咳嗽,以防电极脱位。术后复查12导联心电图。注意预防伤口出血,患者因急诊PCI术后10天,使用氯吡格雷片和呋喃布芬片抗血小板治疗,术后出血风险会增高。术后注意观察起搏器囊袋有无出血或血肿,观察伤口有无渗血、血肿及感染。伤口局部沙袋压迫4h,保持伤口敷料清洁干燥。监测体温变化:术后1周常规测量体温3次/d。

2.4.3.2 活动指导:患者术后平卧4~6h,术侧肩部制动,不宜过度活动,指导患者进行术侧肢体的被动和主动活动;患者因入院后一直未下床活动,术后第1天评估患者各项生命体征平稳,心脏标志物等各项指标趋于正常,与患者制订下床活动计划,在护士指导下进行下床活动,活动动作应缓慢,防止跌倒,下床活动期间采用遥测心电监护仪进行监测。活动量循序渐进。

2.4.4 并发症观察与护理

2.4.4.1 心源性休克:如患者出现休克症状,绝对卧床休息,取平卧位或中凹位;遵医嘱进行心电监护,监测生命体征、末梢循环、血氧饱和度变化,观察神志、尿量;遵医嘱予以升压、镇静、扩容、纠酸等治疗。必要时行有创血流动力学监测,行IABP辅助治疗。

2.4.4.2 急性冠状动脉闭塞:多表现为血压下降、心率减慢或增快、室颤、心室停搏等,应立即报告医生予以相应处理。

2.4.4.3 造影剂肾病:患者为高龄人群,术后食欲欠佳,术后以补液水化治疗为主,依据医嘱对患者进行水化治疗,一般为30~40滴/min的滴注速度。控制液体量及速度,保持患者在4h内尿量为600~800mL,详细记录患者24h尿量,术后仔细记录患者心肾功能及电解质的变化。观察患者的肾功能损伤的程度。患者术后发生肌酐进行性升高,给予补液利尿及保护肾功能治疗,动态监测肾功能情况及尿量,患者入院第8天,肾功能指

标正常。

2.4.4.4 切口出血或血肿:观察伤口局部情况,有无渗血、肿痛等,触诊有无波动感等,发现异常立即汇报医生,一旦发生血肿,标记血肿范围,再次确认有效压迫,配合弹力绷带加压包扎、沙袋压迫等,防止血肿扩大。

2.4.4.5 囊袋感染:观察伤口有无红肿热痛,体温有无升高,遵医嘱使用抗生素。

2.4.4.6 电极脱位:术后严密心电监测,观察感知起搏功能有无异常,患者有无自觉膈肌跳动等现象,如观察有异常及时告知医生。

2.4.5 心理护理 患者存在负性情绪,应给予安慰,缓解患者不良心理;鼓励家属陪伴;保持环境安静、舒适,保证足够睡眠。

2.4.6 健康指导 健康指导主要包括以下内容:

①活动宜选择步行、慢跑、太极拳等方式。若活动中出现胸闷、胸痛、心慌、头晕、恶心呕吐等反应,或脉搏超过110~120次/min,应立即停止活动。必要时含服硝酸甘油,并减少运动量。②用药指导:坚持遵医嘱服药,不要随意增减或撤换药物。在服用抗血小板药物时如发现鼻出血、牙龈出血、全身出血点、血尿、黑便等及时就诊。随身备用硝酸甘油、避光保存,每6个月更换1次。③心绞痛发作时的应对技巧:心绞痛发作时应立即停止活动,舌下含服硝酸甘油,用药后3~5min症状不缓解可重复使用,如连续含服3次仍无效或疼痛持续15min以上应立即就诊。④患者植入2枚支架,术后需坚持抗凝治疗,教会患者自行观察有无出血情况。

2.4.7 永久起搏器植入后出院指导 出院指导具体如下:①指导患者3个月内避免术侧上肢做用力过度和幅度过大的动作,如打羽毛球、举重物、扩胸等,防止电极脱位。②教会患者自测脉搏,如脉率比设置频率低10%时或出现安装起搏器前的症状应及时就医。③教会患者识别起搏器异常的症状和体征,如:头痛、眩晕、气短、打嗝、肌肉痛等。④避免穿太紧的衣服,注意保护放置起搏器的部位,避免碰撞、受伤等。⑤避免强磁场和高电压场所,如核磁共振、变电站等;家庭生活中大部分电器不会影响起搏器的正常功能;使用手机放置在距离起搏器15cm的口袋内,拨打或接听电话时采用对侧;当接受检查和治疗前告知医生自己装有起搏器。⑥术后1、3、6个月以及1年来院随访,此后根据随访视情况半年至1年复查1

次。接近起搏器使用年限时缩短随访时间(3个月或更短),在电池耗竭前及时更换起搏器。

2.5 护理评价

PCI术后患者胸痛缓解。患者能主动参与制定活动计划并按要求进行活动。永久起搏器植入后第1天进行下床活动,活动后无不适反应。患者发生病情变化得到了及时处理。卧床期间便秘得到及时处理,病情允许后下床活动后未再发生便秘。患者能积极配合治疗和护理。患者及家属了解疾病相关知识。

2.6 随访

患者出院后1、3、6月、1年随访,患者生活质量恢复到发病前,治疗效果满意。

3 讨论

本文通过总结1例急性心肌梗死并发SSS的高龄患者的临床资料,认为该类型患者的需要重视造影剂肾病和心律失常并发症。1. 高龄患者在冠心病介入治疗后造影剂肾病的发生率较高^[4]。造影剂肾病的发病机制包括:肾缺血和肾脏内血流分布异常、造影剂对血管内皮及肾小管的直接毒性、肾小管内管型形成和肾小管堵塞、氧化/抗氧化失衡等^[5]。研究^[6]认为,高龄、糖尿病、慢性肾脏病是急性冠状动脉综合征的常见合并症,也是造影剂肾病的高危因素;此外,心力衰竭、心肌梗死、肾毒性药物的使用、造影剂的剂量以及贫血、低血压、心房颤动也是造影剂肾病的危险因素。高龄冠心病的患者存在生理性肾功能的下降,而且大多同时患有高血压病、2型糖尿病、肾功能不全等,从而导致PCI术后造影剂肾病的发病率增加^[7]。该患者补液后仍发生了造影剂肾病,需动态监测血肌酐,电解质至少3d以上,直至恢复正常范围,同时注意血钾的变化,记录24h尿量。由此可见PCI术后大量补液并不能完全预防造影剂肾病的发生,但水化治疗仍然被公认为预防PCI术后造影剂肾病的金标准。急性心肌梗死早期的并发症主要是心律失常^[8],心脏传导系统在缺血、缺氧及神经调节等因素的综合作用下可出现功能紊乱,导致各种类型的心律失常,其中缓慢性心律失常发生率约60%^[9-10],一部分进展为不可逆性传导障碍。本病例是1例高龄急性心肌梗死患者,入院时即伴有缓慢性心律失常,当时表现为房颤、三度房室传导阻滞,经过急诊介入治疗开通了“罪犯”血管,术后第3天动态

显示交界性心律,平均心室率为57次/min,有交界性早搏和室性早搏,SDNN 56 ms,SDANN 53 ms。本例患者入院后第9天出现心室停搏10d,并发生了阿斯综合征,严重危及患者生命。行临时起搏后仍旧呈起搏依赖状态,行永久起搏器置入术,术后顺利恢复。PCI术后的活动应进行个体化指导,患者术后持续的缓慢性心律失常,需以卧床休息为主,持续心电监测,便于及时发现异常情况并得到及时处理。安装永久起搏器后,心脏各项指标恢复或接近恢复正常,缓慢性心律失常的问题得到解决,患者恢复良好,术后第1天即在护士指导下进行床边活动,活动量应循序渐进,确保患者舒适度。

综上所述,对急性下壁心肌梗死合并缓慢性心律失常的高龄患者,在病情发展的各个阶段应给予相应的个性化、系统化的护理,重视术后可能发生的并发症,做好预见性护理,改善患者的预后,提高患者生活质量。

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] 袁伟,仲建军,李卫东,等. 冠状动脉痉挛致急性心肌梗死12例诊治分析[J]. 江苏大学学报(医学版), 2019, 29(6): 499-501.
YUAN W, ZHONG J J, LI W D, et al. Interventional treatment of 12 patients with acute myocardial infarction caused by coronary artery spasm[J]. J Jiangsu Univ Med Ed, 2019, 29(6): 499-501. (in Chinese)
- [2] 周晓茜,马晓辉,赵小红,等. 临时起搏器在急性下壁心肌梗死合并完全性房室传导阻滞患者中的应用探讨[J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2020, 13(2): 131-134.
ZHOU X (Q/X), MA X Y, ZHAO X H, et al. Application of temporary pacemaker in patients with acute inferior myocardial infarction complicated with complete atrioventricular block[J]. Chin J Crit Care Med Electron Ed, 2020, 13(2): 131-134. (in Chinese)
- [3] 中华医学会心电生理和起搏分会,中国医师协会心律学专业委员会. 心动过缓和传导异常患者的评估与管理中国专家共识2020[J]. 中华心律失常学杂志, 2021, 25(3): 185-211.
CARDIOELECTROPHYSIOLOGY AND PACING

- BRANCH OF THE CHINESE MEDICAL ASSOCIATION, PROFESSIONAL COMMITTEE OF CARDIOLOGY OF THE CHINESE MEDICAL ASSOCIATION. Chinese expert consensus on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay (2020)[J]. Chin J Cardiac Arrhythm, 2021, 25(3): 185-211. (in Chinese)
- [4] 李帅. 冠脉介入治疗患者单核细胞/淋巴细胞比值及胱抑素 C 对造影剂肾病的预测价值[D]. 济南: 山东大学, 2018.
- [5] 陈丽梅, 黄贝贝, 王婷婷, 等. 造影剂致急性肾损伤的研究进展[J]. 临床肾脏病杂志, 2021, 21(11): 956-962.
- CHEN L M, HUANG B B, WANG T T, et al. Research advances of contrast-induced acute kidney injury[J]. J Clin Nephrol, 2021, 21(11): 956-962. (in Chinese)
- [6] 余雅, 杨定平, 卢远航, 等. 经皮冠状动脉介入术后造影剂肾病的发生率及危险因素分析[J]. 医学综述, 2021, 27(18): 3706-3710.
- YU Y, YANG D P, LU Y H, et al. Incidence and risk factors of contrast induced nephropathy after percutaneous coronary intervention[J]. Med Recapitul, 2021, 27(18): 3706-3710. (in Chinese)
- [7] 王娜, 董慧, 佟彦庆, 等. 高龄冠心病合并慢性肾功能不全患者行冠状动脉介入治疗后预防造影剂肾病的护理[J]. 中国实用医药, 2017, 12(2): 155-157.
- WANG N, DONG H, TONG Y Q, et al. Nursing in prevention of contrast media induced nephropathy after percutaneous coronary artery intervention in senile coronary heart disease complicated with chronic renal insufficiency patients [J]. China Pract Med, 2017, 12(2): 155-157. (in Chinese)
- [8] 薛叶, 韩英, 裴丽峰. 胺碘酮治疗老年急性心肌梗死后室性心律失常患者的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(1): 9-11.
- XUE Y, HAN Y, PEI L F. Effects of Amiodarone in treatment of elderly patients with ventricular arrhythmia after acute myocardial infarction[J]. Med J Chin People's Health, 2021, 33(1): 9-11. (in Chinese)
- [9] 刘冠男. 经皮冠状动脉介入术后主要不良心脏事件与中医证候相关性研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2020.
- [10] 李志刚, 丁世芳, 陈志楠, 等. 临时起搏器在急性心肌梗死并缓慢性心律失常急诊 PCI 术中的应用[J]. 华南国防医学杂志, 2013, 27(6): 436-437.
- LI Z G, DING S F, CHEN Z N, et al. Application of temporary pacemaker in emergency PCI of acute myocardial infarction complicated with bradyarrhythmia [J]. Mil Med J South China, 2013, 27(6): 436-437. (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。