

急性 ST 段抬高型心肌梗死合并左房粘液瘤 1 例的术前护理

董芳红, 黄夏薇

(浙江大学医学院附属第一医院, 浙江杭州 310006)

摘要:总结 1 例急性 ST 段抬高型心肌梗死合并左房粘液瘤患者实施外科手术前的病情监测和护理。主要护理措施是做好心理护理、健康教育、静脉通路管理、体位管理和饮食护理, 严密观察病情, 加强心率、心律、血压、尿量监测, 合理使用血管活性药物, 随时做好急诊冠状动脉介入术的准备工作, 做好择期外科手术的术前准备。患者经术前治疗与护理, 于入院后 15 d 转外科在全麻体外循环下行冠状动脉搭桥加左房粘液瘤摘除手术, 术后 12 d 患者康复出院。

关键词:ST 段抬高; 心肌梗死; 左房粘液瘤; 护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.05.028

中图分类号:R473.54

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2019)05-0092-04

急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)是心内科常见的急危重症,除了冠状动脉缺血损伤导致心肌严重而持久的缺血并坏死外,还可导致乳头肌功能失调或断裂、心室破裂、室间隔穿孔、室壁瘤等多种严重并发症^[1]。左房粘液瘤是一种原发性的心脏良性肿瘤^[2],其临床症状与肿瘤的位置、大小等密切相关,其非特异性表现包括胸闷、气急、发热、疲劳、体质量及食欲下降等。瘤体组织生长快且瘤体松,活动度较大,易破碎脱落,可出现栓塞相关症状,发生左心衰竭和(或)右心衰竭等表现,如果瘤体堵塞左房室口,有晕厥甚至猝死可能^[3-4]。急性 ST 段抬高型心肌梗死急性期合并左房粘液瘤属罕见疾病,目前尚无相关指南,也无较多病例报道来指导临床医生决策。2017 年 9 月,本院心内科收治 1 例急性 ST 段抬高型心肌梗死合并左房粘液瘤的患者,经全麻体外循环下行外科冠状动脉搭桥加左房粘液瘤摘除手术治疗及护理后患者康复出院。现将术前护理报告如下。

1 病例简介

患者,女,67 岁,2017 年 9 月 27 日因“胸痛 3 d”,拟“前壁心肌梗死”收治本院心内科。患者于 3 d 前无明显诱因下开始出现胸痛症状,疼痛位于心前区,呈持续性,伴上半身酸痛,感乏力,恶心,呕吐出胃内容物,胸痛 17 h 后至本院急诊室就诊,查肌钙蛋白示 16.84 ng/ml,肌酸激酶同工酶(CK-MB)2 019 U/L、B 型钠尿肽(BNP)5 614 pg/ml;心

电图示“V2—V5 导联 ST 段弓背向上抬高”;心脏超声示左心偏大,心尖部运动减弱,左室收缩功能减退,左室射血分数(EF)42%。急诊予强化抗血小板、抗凝、降脂等支持治疗 2 d,拟“急性心肌梗死、2 型糖尿病”转入心内科病房。患者既往无高血压、心脏病史,无肾脏病史,无吸烟饮酒史,有糖尿病史,长期服用降糖药物,血糖控制较好,处于绝经期。入病房后次日晚上患者发生急性左心衰竭,快室率心房颤动,经过利尿、强心、减慢心率及升压治疗后病情好转,心电图示“急性广泛前壁心肌梗死”,心脏超声示“左房粘液瘤,附着于房间隔”,患者血压偏低,以多巴胺升压,根据血压调节维持,9 月 29 日行冠状动脉造影示“左前降支全闭,左回旋支重度狭窄,右冠轻度中度狭窄”,因患者存在左房粘液瘤、急性心肌梗死、急性左心衰竭、低血压等情况,病变严重且复杂,经心胸外科联合会诊建议药物保守治疗,病情稳定半月后可行左房粘液瘤摘除和冠状动脉搭桥联合手术治疗。患者于 10 月 10 日转心胸外科,并于 10 月 19 日在全麻体外循环下行外科冠状动脉搭桥加左房粘液瘤摘除手术,术后粘液瘤病理结果示左房心脏粘液瘤伴出血、钙化,手术顺利,术后回外科 ICU 治疗。术后 12 d 患者康复出院。

2 术前护理

2.1 一般护理

2.1.1 心理疏导与安抚 本例患者入院时诊断明确为急性 ST 段抬高型心肌梗死,病情急、发展快、疼痛剧烈,患者产生焦虑、恐惧等不良情绪,入院后心脏超声示左房粘液瘤,附着于房间隔,加重患者的不良情绪,对疾病及手术认识不够,产生抵

作者简介:董芳红(1974—),女,本科,主管护师,副护士长。

收稿日期:2019-01-26

触和怀疑心理,同时又急切希望能早日手术治疗而解除痛苦的复杂心理活动,情绪不稳定,以致影响饮食和睡眠,因而引起机体抵抗力降低,生活质量明显下降。护士主动关心患者,向患者及家属讲解手术治疗的必要性,手术前后的心理状态对手术的影响,告知手术前相关注意事项,如饮食,辅助检查等,讲解疾病的发病原理、治疗过程、作用以及注意事项,消除患者的不良情绪,最大限度地减轻患者的心理压力^[5]。经过医护人员的充分解释沟通和心理疏导,患者能积极有效地配合诊疗。

2.1.2 静脉通路的管理 急性 ST 段抬高型心肌梗死急性期病情危重,容易发生病情变化,需随时做好急诊抢救准备,因此,在左上肢建立有效的静脉通路,以便及时使用抢救药物。外周留置针使用期间,妥善固定留置针,保持管路通畅,每天用药前抽回血,如遇到阻力和/或不能抽到回血,禁止暴力冲管,避免导管破裂,用药前后用等渗盐水 2~3 ml 脉冲式冲管,输液结束进行正压封管。长期使用血管活性药物微量泵注射时,在留置针上方 2~3 cm 皮肤处用土豆片或 3M 水胶体敷料贴敷预防静脉炎。若管路有回血,不强行冲管,重新更换延长管后再使用。本例患者左上肢留有外周留置针,按常规做好外周留置针维护,使用多巴胺升压微量泵注射期间管路通畅,未发生肢体肿胀及静脉炎。

2.1.3 体位管理 心肌梗死急性期一般要求患者绝对卧床休息 1 周左右,患者自行采取舒适体位即可,但是由于本例患者同时合并左房粘液瘤,而左房粘液瘤可随体位改变而改变,可使症状加重或减轻,如瘤体堵塞房室口,可引起晕厥、猝死^[3-4],所以对患者的活动进行限制,帮助患者寻找最佳体位^[6],若患者出现晕厥症状,则对患者的体位进行改变。卧床期间加强基础护理,协助床上翻身和进行肢体的按摩活动,以避免压力性损伤及下肢静脉血栓的发生。本例患者从入院至外科行手术之前一直是卧床休息,半卧位与右侧位交替休息,未发生压力性损伤及下肢静脉血栓等并发症。

2.1.4 饮食管理 患者入院后给予流质饮食,2 d 后改为半流质饮食或软食,饮食以低热量、低脂、低胆固醇、高纤维素、优质蛋白、清淡为原则,避免刺激性食物,每餐不宜过饱,以免增加心脏负担,

可以维持正常体质量为度^[7]。本例患者有糖尿病史,心肌梗死急性期血糖应激性升高,入院后血糖控制欠佳,空腹血糖 11.3~13.8 mmol/L,餐后 2 h 血糖 15.2~23.7 mmol/L,主要以口服降糖药物为主,经内分泌科会诊后改诺和锐特充及甘精胰岛素降糖治疗,之后患者血糖逐渐稳定,空腹血糖控制在 8.4~9.3 mmol/L,餐后 2 h 血糖控制在 9.1~11.1 mmol/L,告知患者饮食上注意控制甜食,控制总热量摄入,定时定餐,保持血糖稳定。

2.2 病情监测

2.2.1 心率血压监测 急性 ST 段抬高型心肌梗死病情危重,随时都有发生恶性心律失常、心力衰竭及心源性休克等危险^[8],其主要表现为胸闷、胸痛不适。左房粘液瘤也可表现为胸闷、气急,若左房粘液瘤瘤体脱落堵塞左房室口,有急发胸痛、心力衰竭、晕厥甚至猝死的可能,同时还可能发生恶变,粘液瘤瘤体碎片脱落引起体循环栓塞,少数患者发生冠状动脉栓塞导致心肌梗死。因此,两种疾病因其类似的胸闷、胸痛症状,且患者入院后有急性发作症状表现,两种疾病进展均不能排除,更需要医护人员准确识别病因,妥善对症治疗。入科后将患者安置在重症抢救病房,持续心电监测、血压及血氧饱和度监测,调整各项监测指标的报警范围,责任护士加强病房巡视,按照特级护理要求完成各项护理工作,认真倾听患者的主诉,关注症状变化;严密动态观察心率、血压、血氧饱和度改变,完善心电图、血清心肌酶谱的动态监测,发现异常及时报告医生。本例患者入科后第 2 天晚上发生急性左心衰竭,快室率心房颤动,经过利尿、强心、减慢心率及升压治疗后病情好转。入科后第 3 天上午行冠状动脉造影术,报告为“左前降支全闭,左回旋支重度狭窄,右冠状动脉轻中度狭窄”,医生考虑其发生急性心肌梗死主要是由血管病变引起,而非粘液瘤引起的冠状动脉栓塞。患者至外科手术前一直在危重患者抢救室接受严密病情监测和特级护理,药物保守治疗期间未再发生明显胸闷及心力衰竭症状。

2.2.2 心律失常监测 术前患者持续心电监护,护士严密监测心率、心律的变化,观察有无心律失常的出现,严密监测血电解质尤其是血清钾浓度。正常血钾浓度为 3.5~5.5 mmol/L,如出现低血钾或高血钾均会导致心电图改变,临床上会出现窦性心动过速、房性或室性期前收缩、房室传导阻

滞,严重者会发生阵发性房性或室性心动过速,甚至心室纤颤。责任护士重视患者主诉、血心肌酶谱变化及肌钙蛋白的改变,密切观察心电图 ST 段是否抬高, T 波改变及异常 Q 波的出现,通过心电图改变可早期做出判断,做好抢救的准备及给予积极的抢救措施。本例患者入科后心电监护示窦性心律,次日晚上曾发生快速率心房颤动,心率最快 147 次/min,遵医嘱使用去乙酰毛花苷 0.4 mg 稀释后缓慢静脉注射,心率恢复为 84 次/min,之后患者心律一直为窦性心律,偶发室性期前收缩,未发生室性心动过速、心室颤动等严重心律失常,血清钾维持在 4.03~5.16 mmol/L。

2.2.3 尿量的监测 心肌梗死急性期由于左室收缩功能衰竭导致心功能异常的症状出现,尿量是衡量心功能的重要指标。准确记录患者 24 h 尿量。本例患者入院时心脏超声示左室 EF 为 42%,入科第 2 天晚上发生急性左心衰竭,经过抢救后病情好转,以后每日口服呋塞米 10 mg 利尿,患者 24 h 尿量在 1 000~1 500 ml/d,至外科手术前未再发生急性左心衰竭。

2.2.4 栓塞的观察 因粘液瘤多数质地疏松或较为脆弱,具有易组织输送特点,其表面碎片或者是血栓任何一种发生脱落,都有导致出现栓塞的可能。栓塞常见于中枢神经系统、眼循环系统和外周循环系统,严密观察患者的意识状态,并对患者的躯体活动、症状及体征等方面进行严密监测^[3],尤其注意是否有视物模糊、眩晕、头痛、活动后胸痛、腹痛及其他部位疼痛等。本例患者术前意识清楚,无头痛、胸痛等不适,卧床期间指导患者床上活动,术前一周使用低分子肝素抗凝,未发生体循环或肺循环栓塞和肢体栓塞情况。

2.3 血管活性药物使用管理 患有左房粘液瘤的患者由于患病时间较长,肿瘤逐渐变大,瓣口阻塞可导致患者心功能下降。本例患者心脏超声示“左房内混合回声占位,左房粘液瘤考虑,左室 EF 为 42%,心脏收缩功能下降,左室舒张功能减退”,提示心肌受损较严重,且伴有心肌缺血,并早期灌注导致受损加重。根据患者情况适当使用血管活性药物,严格根据医嘱用药,在心电监护下用微量泵匀速输注,准确掌握药物的剂量、浓度及输注速度^[1];密切注意患者心电图、心率、血压、尿量变化,使患者各项生命指标及尿量等均维持在正常的范围,若发现异常,及时报告医生,进行对症治疗。

本例患者因入病房后第 2 天曾发生急性左心衰竭、快速率心房颤动,使用去乙酰毛花苷后血压一直偏低,术前使用多巴胺升压维持治疗,根据血压调节,患者血压维持在 98~105/57~65 mmHg。

2.4 完善急诊冠状动脉介入术(PCI)准备 急性 ST 段抬高型心肌梗死目前最有效的治疗措施在于早期迅速、完全、持续地开通冠状动脉闭塞血管,恢复心肌血流再灌注^[5]。急诊 PCI 是目前救治急性心肌梗死非常有效的手段^[9]。本例患者行冠状动脉造影明确诊断后,患者选择药物保守治疗稳定半月后行外科手术的治疗方案,因此未急诊行 PCI。但在药物保守治疗期间存在随时发生再发心肌梗死、心力衰竭、心源性休克等风险,因此,完善急诊 PCI 术前准备工作,以备应对紧急情况。本例患者在等待外科手术期间未再发生急性心肌梗死情况。

2.5 完善外科手术的术前准备 本例患者选择择期行外科冠状动脉搭桥手术和左房粘液瘤摘除术,在外科手术中会对患者进行体外循环术,术后患者将住 ICU。术前做好患者的心理护理及各种宣教工作,指导患者如何在床上进行排便,指导腹式呼吸及咳嗽等;术前 1 周暂停双联抗血小板药物,使用低分子肝素 0.4 mg 皮下注射 1 次/12 h 进行桥接,密切观察出血等副作用。患者于 10 月 10 日转心胸外科择期外科手术。

3 小 结

急性 ST 段抬高型心肌梗死急性期同时合并左房粘液瘤,病情危重,易发生各种危急并发症如急性心力衰竭、心律失常、心源性休克、栓塞等,选择合适的治疗方案对患者更有益、更安全是最重要的。本例患者选择了择期行外科手术,护理上严密监测患者病情、症状及各项生命体征,做好用药护理,避免各种严重并发症的发生,同时,做好患者饮食、活动、心理护理及疾病健康教育,使患者顺利接受外科手术。

参考文献:

- [1] 王辰,王建安.内科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2015:296-340.
- [2] SINGHAL P, LUK A, RAO V, et al. Molecular basis of cardiac myxomas[J]. Int J Mol Sci, 2014, 15(1):1315-1337.
- [3] POOJA S, ADRIANA L, RAO V, et al. Molecular basis of cardiac myxomas[J]. International Journal of Molecular Sciences, 2014, 15(1):1315-1337.

- [4] 张迎菊. 浅谈左房粘液瘤的围术期护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(11): 225.
- [5] 刘俊丽, 卢荣荣, 王颖. PCI 治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死 120 例围手术期护理体会[J]. 保健医学研究与实践, 2017, 14(4): 97-99.
- [6] 王连竹, 董长青. 50 例左房黏液瘤围手术期的护理[J]. 中国医药指南, 2013, 11(3): 341-342.
- [7] 王飞, 张艳芹, 商克勇, 等. 急性广泛前壁心肌梗死合并心律失常患者的前位护理体会[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(10): 13-15.
- [8] 陈芝菊, 王颖, 易瑜, 等. 全程优化护理在 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊中的应用[J]. 昆明医科大学, 2016, 37(3): 104-106.
- [9] IBANEZ B, JAMES S, AGEWALL S, et al. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation[J]. European Heart Journal, 2018, 39(2): 119-177.

侵蚀性葡萄胎化疗间歇期并发子宫穿孔 1 例的护理

陈旭珍, 谢月丹, 蔡宇清

(温州医科大学附属第三医院, 浙江温州 325200)

摘要: 总结 1 例侵蚀性葡萄胎化疗间歇期并发子宫穿孔患者的护理。护理要点包括完善社会支持系统, 做好化疗期间护理, 早期识别子宫穿孔征象, 加强导管相关血栓护理、围手术期护理、出院延伸护理等。经过治疗和护理, 患者生命体征平稳, 人绒毛膜促性腺激素正常出院。

关键词: 葡萄胎; 子宫穿孔; 化疗; 护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.05.029

中图分类号: R473.71

文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2019)05-0095-03

侵蚀性葡萄胎指葡萄胎组织侵入子宫肌层或转移至子宫外, 经血液循环向远处器官转移, 引起局部组织破坏的滋养细胞疾病。其继发于葡萄胎之后, 具有恶性肿瘤行为, 但恶性程度不高, 大多造成局部侵犯, 仅 4% 患者发生远处转移^[1]。因对化疗敏感, 侵蚀性葡萄胎是目前唯一可以通过化疗治愈的妇科恶性肿瘤^[2]。侵蚀性葡萄胎具有较强的亲血管性, 因而肿瘤血管丰富, 一旦肿瘤破裂, 易发生大出血而难以控制, 需急诊行全子宫切除术^[3]。侵蚀性葡萄胎的水泡样组织侵入子宫肌层, 极少数可完全穿透子宫壁^[4]。2018 年 1 月, 本院妇科病区收治 1 例侵蚀性葡萄胎患者, 化疗间歇期并发子宫穿孔行全子宫切除术, 经治疗与护理, 术后病情稳定。现将护理报告如下。

1 病例简介

患者, 女, 45 岁, 因 1 月前 B 超检查示“宫腔内异常回声”于 2017 年 12 月 22 日在外院行“诊断性刮宫术”, 术后组织病理示“部分性水泡状胎块, 滋养细胞增生活跃”, 于 12 月 29 日再次行“宫腔镜检

查术+诊断性刮宫术”, 检查人绒毛膜促性腺激素 (human chorionic gonadotropin, β -HCG) 为 22 227 mIU/ml, 2018 年 1 月 22 日 β -HCG 检查报告 213 000 mIU/ml, B 超检查提示“宫腔内异常回声”, 拟“宫腔内团块: 侵蚀性葡萄胎?”于 1 月 25 日入院。入院后查血红蛋白 80 g/L, β -HCG 606 950.0 mIU/ml, 颅脑 MR 平扫及其他检查无异常。1 月 30 日予 PICC 置管行第 1 次 EMA-CO 方案化疗 (化疗药物包括依托泊苷、甲氨蝶呤、放线菌素-D、长春新碱、环磷酰胺)。1 月 31 日查 β -HCG 为 844 620.0 mIU/ml。2 月 1 日患者腹胀明显, 伴胸闷不适, 查阴道彩超示宫腔分离积血可能, 子宫肌层内团块, 团块向内突入宫腔, 向外侧突入附件区, 右侧壁及后壁正常肌层完全消失, 右侧宫底处浆膜层消失。当日行 B 超引导下清宫术。2 月 2 日患者右侧 PICC 置管肢体出现肿胀, 上肢静脉 B 超示右上肢贵要静脉血栓形成。查肺 CT 血管造影无异常, 医嘱予肝素钠 5 000 IU 抗凝治疗, 1 次/12 h。2 月 6 日完成第一个化疗疗程。2 月 8 日患者出现腹部胀痛难忍, 疼痛数字评分法 (NRS) 疼痛评分 5 分, 伴出汗, 见阴道流血, 量多于平素月经量, 心率 96 次/min, 呼吸 20 次/min,

作者简介: 陈旭珍 (1989-), 女, 本科, 护师。

收稿日期: 2018-12-19

通信作者: 蔡宇清, 614697683@qq.com