

一例急性心肌梗死术后膀胱大出血患者的个案护理

李振 段会会 陈丽辉 刘伟

中山大学附属第八医院 广东深圳 518000

摘要: 急性心肌梗死是由于冠状动脉突然闭塞导致血流中断造成心肌缺血缺氧坏死^[1], 临床症状主要表现为胸闷胸痛伴大汗淋漓恶心呕吐等^[2], 术后由于常规使用抗凝抗菌药物导致患者出血风险增加, 常见为口腔, 牙龈, 术口, 穿刺口等, 泌尿系统常见为尿色为淡红色, 消化系统表现为大便 OB (+)^[3-4]。膀胱大量出血极为少见! 2023 年 11 月我科收治一例急性心肌梗死患者, 术后第三天膀胱大量出血导致患者尿道堵塞夜间急行膀胱镜检查, 可见患者膀胱内大量血栓, 最大血栓可见约 73x35mm, 由于患者合并急性心肌梗死无法耐受输尿管镜下止血处理, 遂予留置三腔尿管行保守治疗, 患者大量血栓堵塞尿管如不能顺利清除血栓患者需要行膀胱造瘘治疗, 极大加重患者经济负担和影响患者生活质量, 在我科和泌尿外科通力合作下成功将患者膀胱内大量血栓清除, 拔出尿管后患者康复出院, 大大节约了患者经济成本, 提高生活质量, 维护患者自尊。通过本个案有望为此类患者提供解决方法和标准化护理流程

关键词: 急性心肌梗死; 膀胱出血; 碳酸氢钠冲洗; 脉冲式手法

1 病例介绍

患者年龄 49 岁, 性别男, 2023 年 11 月 21 日患者因突发意识丧失心跳呼吸骤停经急诊绿色通道入院, 入院后给予心肺复苏, 电除颤, 气管插管后恢复窦性心律, 查心电图 V2-V6, I, aVL 导联 ST 段压低, 肌钙蛋白阴性, CK-MB:10.99ng/ml Myo:61.52ng/ml。立即行冠脉造影介入术, 造影显示: 冠脉右优势型, 左主干未见明显狭窄, 前降支开口 50% 狭窄, 近段完全闭塞, 回旋支中段完全闭塞, 后降支 75% 弥漫性狭窄, 向前降支发出侧支。术后在呼吸机辅助通气下转入我科, 带入尿管, 胃管, 左桡动脉置管, 右锁骨下深静脉置管, 入科后查体: T: 36.5 度, P: 56 次 / 分, BP: 78/60mmHg, 昏迷状态, 听诊双肺呼吸音粗, 闻及明显干性啰音, 动脉血气 PH: 7.0 氧分压: 61mmHg, 二氧化碳分压: 43.8mmHg, BE: 2mmol/L, 血钾: 2.9mmol/L, 血常规白细胞: 15.15x10⁹/L, 中性粒细胞: 7.91x10⁹/L, 淋巴细胞: 6.52x10⁹/L, GLU: 10.82mmol/L, 二氧化碳结合力: 20mmol/L。入科后给予心电监护, 补液, 抗凝抗板, 护胃纠酸, 调脂, 稳定内环境电解质, 动态监测血气, 心损, 标志物, 心电图, 感染指标等演变。患者既往有高血压高血脂病史 20 余年未服用药物治疗。11 月 23 日 10:37 拔出气管插管, 神志清醒, 予膀胱功能锻炼后下午五点拔除尿管, 晚上 21:30 患者尿尿急, 触诊可见膀胱隆起, 予热敷及改变体位后让不能解出, 再次

使用超滑导尿管导尿未见尿液, 床边 B 超结果显示膀胱充盈, 膀胱可见大量血凝块。立即联系泌尿外科行输尿管镜探查+留置三腔尿管。输尿管镜显示: 膀胱内大量血块。患者无法耐受合并急性心肌梗死, 遂保守治疗。术后患者三腔尿管引流不畅, 持续冲洗状态下: 冲洗液速度大于引流速度, 未冲洗状态下间断引流出淡红色尿液, 使用 0.9% 氯化钠 50ml 注射器冲洗后, 回抽注射器回抽不动。如何解决患者膀胱内大量血凝块, 保持三腔尿管引流通畅成为护理重大问题, 否则患者将面临实行膀胱造瘘的风险, 严重加重患者经济负担影响患者生活质量给患者带来极大心理负担, 同时患者急性心肌梗死急性期血栓风险高, 抗凝药物无法停止, 同时有加重膀胱出血风险的矛盾。

2 治疗经过

2023-11-21 气管插管下行 PCI: 前降支近中段至开口处串联植入支架 2 枚, 前降支远端药物球囊扩张, 入院后心电监护, 抗凝抗斑, 护胃调脂, 稳定内环境电解质, 保持气道通畅, 预防 VAP, 补充营养

2023-11-23 10:37 拔除气管插管

2023-11-23 17 拔除尿管

2023-11-23 10:47 行输尿管镜+留置三腔尿管, 持续膀胱冲洗, 间断碳酸氢钠冲洗

2023-12-02 09:00 拔除三腔尿管, 床边活动, 可自行解

出小便

2023-12-04 患者顺利康复出院

3 气管插管拔管后护理问题

3.1 尿潴留

与膀胱大量出血形成血凝块单向瓣堵塞尿管有关^[5-7]。

3.1.1 护理措施:

①生理盐水持续膀胱冲洗,冲洗速度为冲洗管路最大速度,同时观察冲洗速度与引流速度,尿路通常冲洗速度与引流速度保持一致,冲洗速度大于引流速度则减慢冲洗速度。

②无尿道损伤情况下予0.9%氯化钠冲洗同时轻柔进行尿管旋转推进拉出动作,此项操作不超过1分钟,8小时执行一次,避免尿道损伤出血,观察患者生命体征及主诉。

③使用60ml鼻饲管抽吸尿管,回抽不动,则抽取5%碳酸氢钠进行冲洗。冲洗量:以病人主观感受为主,如果患者没有严重的腹胀尿急感,常规给予150—200ml,如果患者有严重腹胀腹痛及尿急感则减少碳酸氢钠冲洗量,冲洗后夹闭尿管。保持时间:以病人主观感受为主,没有尿急腹胀感,生命体征平稳,则保持30分钟—1小时。冲洗手法:冲洗速度快,可用脉冲式手法,回抽则慢且有利。可反复抽吸,以利于冲碎血凝块。间隔时间:每2小时冲洗一次,观察有无血凝块溢出,如果未见血凝块引出,则再持续全速冲洗(冲洗速度与引流速度一致)。见图1(a-d)



图 1a



图 1b



图 1d

图 1 (c-d) 膀胱冲洗操作

3.1.2 超声动态检查膀胱内血凝块大小有无变化。

3.1.3 护理结果

患者尿路通畅,血凝块消失,拔除尿管可自行解出小便,

顺利出院, 见图 2



图 2 患者预后良好出院

3.1.4 病情观察

操作过程严密观察患者血压、心率、血氧变化, 患者尿路通畅后大量液体流出导致容量急剧减少, 如果血压下降与适当补液, 如有必要与升压药, 心率如果骤降至 40—50 次 / 分则考虑迷走神经反射, 可考虑予阿托品静脉注射。

3.2 有心肌缺血加重的风险^[8]

3.2.1 护理目标

患者住院期间心肌缺血得到改善 及时识别心肌缺血加重征兆并正确处理。

3.2.2 护理措施

①严密观察患者生命体征、皮肤颜色、尿量有无变化、监测心率、心电图变化, 发现异常心电图及时报告医生。评估病人有无头晕心慌气短、胸痛等情况^[9]。

②告知病人卧床休息, 减少活动, 注意患者床上活动(如翻身 / 进食 / 咳嗽)时心率、血压的变化, 有无胸闷、气促等不适症状发生。当出现胸闷、气短等不适时采取高枕卧位, 加大吸氧浓度并立即汇报医生^[10]。

③遵医嘱给予强心利尿剂及扩血管药物, 注意观察药物的副作用。使用利尿剂时需防止低钾血症, 多食含钾食物如香蕉、红枣等, 必要时遵医嘱口服补钾^[11]。

④注意观察患者使用冠心病二级预防药物的效果, 同时关注药物的副作用: 如服用阿司匹林注意有无消化道出血, 服用美托洛尔片注意心率有无低于 60 次 / 分。

3.3 有心衰的风险

与患者急性心肌梗死, 心肌缺血等有关。

3.3.1 护理目标

减轻患者心脏负担, 避免发生心衰。

3.3.2 护理措施

①观察患者饮食情况, 限水 2400ml, 准确记录出入量, 每日正负平衡控制在 500ml 以内。

②观察患者是否有胸闷、气促等表现, 四肢有无湿冷, 全身有无水肿, 尤其双下肢有无水肿, 监测患者水电解质情况, 有异常及时处理。

③每日评估患者心功能情况, 评估患者心功能动态变化, 观察患者心率情况, 定期复查心衰指标^[12]。

④保持大便通畅, 观察患者大便次数、大便形状及大便量, 予揉腹、中药热奄包热敷及开塞露通便。

3.4 有生活自理能力降低的风险

与心肌梗死和心功能降低及卧床有关。

3.4.1 护理目标

患者日常生活可独立完成, BADL 评分 100 分

3.4.2 护理措施

①鼓励患者床上活动, 早晨独立完成洗脸刷牙等动作。

②电动起立床倾斜锻炼, 每日两次, 每次 10 分钟, 通过体位改变锻炼预防患者出现直立性低血压, 为下床活动做准备。

③有氧训练, 指导患者进行腹式呼吸, 缩唇呼吸, 每日两次, 每次 10—15 分钟, 观察患者生命体征, 记录 Borg 分数。

④关节松动训练, 指导患者进行指关节, 肘关节, 肩关节, 膝关节等关节部位活动, 每日 2 次, 每次 10—15 分钟, 记录 Borg 分数^[13-14]。

⑤床上脚踏车运动, 采取主动运动模式, 阻力根据患者主观感受进行调节, 每次 10—15 分钟, 提高患者肌力, 预防下床后肌无力导致跌倒。

4 讨论

急性心肌梗死是一种由于多种因素导致的冠状动脉供血不足, 进而出现急剧的心肌细胞缺血缺氧发生坏死的疾病, 该病发病急, 进展快, 猝死率高^[15]。术后由于运用抗凝抗菌药物导致术口, 及消化系统, 神经系统, 泌尿系统, 循环系统, 皮肤黏膜出血风险增加^[16]。增强护理人员风险

意识,责任意识,专业素养是重中之重,加强对出血风险评估,增加预防措施,有出血后对应流程是保证患者安全的重要前提。

结合相关研究^[17],由本案例可见,碳酸氢钠在血栓溶解中有非常好的效果,通过护理人员运用一定技术手法为患者避免了膀胱造瘘,针对膀胱出血导致尿液潴留积累了一定经验。

参考文献:

[1] 宋哲,郭欣君,杜佩蓉,等.急性心肌梗死后生长分化因子15对心血管系统保护作用的研究进展[J].中国医药,2023,18(12):1892-1896.

[2] 刘源远,陈峰,白玉,等.心绞痛联合替罗非班对急性心肌梗死PCI术患者心功能及心血管不良事件的影响[J].现代生物医学进展,2021,21(21):4158-4162.

[3] 虞潇丹,李丹丹,于亚妮,等.非ST段抬高型急性冠状动脉综合征患者接受择期经皮冠状动脉介入治疗术后抗凝治疗对预后的影响[J].中国心血管病研究,2023,21(12):1086~1093.

[4] 刘昌燕,严其高,徐刚锋,等.冠状动脉粥样硬化性心脏病经皮冠状动脉介入治疗术后患者出血事件发生风险模型及验证[J].中国药业,2023,32(11):81-85.

[5] 王世民.急性尿潴留导尿后血尿的处理[J].中国煤炭工业医学杂志,2012,15(7):1061.

[6] 王培迪,姜红菊,吴金乔,等.针灸防治冠脉介入治疗术后尿潴留研究进展[J].光明中医,2024,39(2):398-401.

[7] 马震,刘文光,武东.急性ST段抬高型心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入治疗后并发尿潴留的危险因素分析及其风险预测列线图模型研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(9):37-42.

[8] 王代旭,郑波,金保山,等.急性尿潴留致心跳骤停一例[J].中国循环杂志,2012,27(5):341.

[9] 尹莹杰.经皮冠状动脉介入治疗相关血管并发症的护理进展[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(4):190-194.

[10] 高小培,王昭君.急性心肌梗死患者PCI术后心血管不良事件的风险因素分析及护理方案构建[J].淮海医药,2024,42(1):80-83.

[11] 心肌梗死急诊患者PCI术后心血管事件的危险因素分析[J].贾淑娟,郭桂秀,《护理实践与研究》2020年17卷16期44-46

[12] 贺静洁,王樱.急性心肌梗死患者PCI围术期中采用人本位整体护理干预的效果[J].吉林医学,2023,44(1):213-216.

[13] 王丽玲.快速康复护理对经皮冠脉介入术后患者的心功能及生活质量的影响[J].黑龙江医学,2022,46(10):1234-1236.

[14] 付倩,文盼盼.渐进式康复护理对急性心肌梗死PCI术后患者康复效果的影响[J].护理实践与研究,2020,17(15):48-50.

[15] 孟凡伟,王坚,刘志平.心肌梗死后心肌细胞自噬的变化及其机制的研究进展[J].心肺血管病杂志,2022,41(8):932-936.

[16] 裘森.经皮冠状动脉介入治疗患者的风险评估及基于风险评估的抗血小板治疗策略管理研究[D].大连医科大学,2022

[17] 朱秀琪,王生超,朱莉,等.碳酸氢钠封管对中心静脉导管相关并发症的预防效果观察[J].中国乡村医药,2023,30(8):3-5.

作者简介:

李振(1990—),男,南方医科大学本科,现任中山大学附属第八医院ccu护理组长,从事危重症护理8年。