1 例急性心肌梗死后室间隔穿孔合并多系统功能障碍患者的综合护理报告

陈洁娥
（罗定市人民医院心血管内科，广东 云浮 527200）

【摘要】本文报告 1 例 70 岁女性患者，因“反复气促伴胸闷 12 d”入院，诊断为急性非 ST 段抬高型心肌梗死合并室间隔穿孔、心力衰竭、2 型糖尿病和高血压等。患者病情复杂，合并多系统功能障碍，治疗过程中出现急性荨麻疹等并发症。经 29 d 综合治疗与护理干预，患者部分症状有所缓解，但心功能仍严重受损（室间隔穿孔未愈合），预后较差，家属选择保守治疗后出院。本文分析该病例的护理难点与对策，为同类患者提供参考。

【关键词】急性心肌梗死；室间隔穿孔；心力衰竭；综合护理；多系统功能障碍

急性心肌梗死并发室间隔穿孔是心血管急危重症，可引发左向右分流、快速加重心力衰竭，成为导致患者急性期死亡的重要原因之一 [1]；该类患者常合并高血压、2 型糖尿病等基础疾病，易诱发多系统功能障碍，若叠加急性荨麻疹等相关性并发症，将大幅增加护理复杂性。目前，临床针对该类“心肌梗死 + 严重并发症 + 基础病 + 额外并发症”的复杂病例，相关综合干预经验的总结较有限 [1]。基于此，本文详细梳理 1 例 70 岁女性患者的诊疗与护理过程，旨在分享该类高危患者的综合管理策略，为临床处理类似病例提供实践参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

人口学信息：患者女性，70 岁，平日生活可自理，饮食习惯一般。

主诉与现病史：患者于 2025 年 7 月 24 日因“反复气促伴胸闷 12 d”入院。12 d 前无明显诱因出现气促，伴头晕、间有胸闷、咳嗽，无发热、胸痛等。曾于当地卫生站就诊，症状反复。曾于 7 月 15 日因急性非 ST 段抬高型心肌梗死在我科住院，行经皮冠状动脉介入（PCI）治疗后胸闷缓解；7 月 22 日转外院就诊，心脏彩超提示室间隔穿孔（家属拒绝手术）；后曾至省人民医院留观；7 月 24 日再次入院（本次入院）继续保守治疗。

既往史：患者有 2 型糖尿病、高血压病 1 级病史，长期服药控制（二甲双胍，1 次 /d），未规律监测血糖、血压。无药物过敏史，无手术外伤史。

1.2 查体与辅助检查

体征：体温 36.3 ℃，呼吸频率 20 次 /min，血压 101/58 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa）；神志清楚，双肺呼吸音粗，闻及少量湿啰音；心浊音界扩大，心尖区可闻及 5/6 级收缩期喷射样杂音；全身散在暗红色斑疹、风团，伴抓痕。

实验室 / 影像学结果

血常规：白细胞计数（WBC）10.29×10^9/L↑，中性粒细胞百分比（NEU）86.10%↑，血红蛋白（Hb）112 g/L；肝功能：谷丙转氨酶（ALT）135 U/L↑，谷草转氨酶（AST）25 U/L，白蛋白（ALB）29.4 g/L↓；电解质：钾离子（K^+）3.30 mmol/L↓，钠离子（Na^+）136.30 mmol/L；心脏彩超：提示室间隔穿孔，左向右分流，心功能严重受损。

1.3 诊断

左心室衰竭；急性非 ST 段抬高型心肌梗死；冠状动脉粥样硬化性心脏病；急性心肌梗死后室间隔穿孔；2 型糖尿病；高血压病 1 级（极高危）；急性荨麻疹（药物相关性可能）。

1.4 治疗经过

患者 7 月 24 日入院后因气促于 7 月 25 日予无创通气（模式为 S/T，吸气压力 10~12 cmH_2O，呼气压力 4~6 cmH_2O）；入院后每日监测空腹血糖（波动于 7.5~9.2 mmol/L）。

7 月 29 日改中流量鼻导管给氧（2~4 L/min），出现全身皮疹伴瘙痒后经皮肤科会诊予口服氯雷他定 10 mg、qd（上午 8 点）；酮替芬 1 mg、qn（晚上 8 点）；复方甘草酸苷胶囊 50 mg、tid（三餐后）；外用炉甘石

作者简介：陈洁娥，主管护师。

洗剂，3 次 /d；

7 月 31 日静脉滴注 10% 葡萄糖酸钙 1 g+5% 葡萄糖 100 mL、qd（上午 10 点）；同时按医嘱予呋塞米 20 mg、iv、bid（上午 8 点、下午 4 点）、依那普利 5 mg、po、qd（早餐后，每日监测血压）、美托洛尔 12.5 mg、po、bid（早晚餐后），同步医嘱口服氯化钾溶液 10 mL、po、tid（三餐后稀释，辅助补钾）。

8 月 5 日再次予无创通气，硝酸甘油 15 mg+0.9% 生理盐水 47 mL 微量泵泵入（泵速 2 mL/h）。

1.5 治疗效果

8 月 3 日皮疹范围较前缩小（受累体表面积较入院时减少约 40%），瘙痒视觉模拟量表（VAS）评分从 8 分降至 4 分；气促、胸闷、头晕稍缓解，睡眠改善；复查 ALT 从 135 U/L 降至 100 U/L，心肌酶维持正常；K^+ 从 3.30 mmol/L 升至 3.45 mmol/L（仍偏低），予补钾治疗；室间隔穿孔导致的心功能受损仍存在，心尖区仍闻及 5/6 级喷射样杂音。

2 护理评估

2.1 疾病状况评估

美国纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级：心功能Ⅳ级；压疮风险评估（Braden）评分：18 分（低风险）；跌倒风险评估（Morse）评分：45 分（中等风险）；营养风险筛查评估量表（NRS-2002）评分：5 分（高营养风险）；瘙痒视觉模拟评分量表（VAS）评分：8 分（重度瘙痒）；汉密尔顿焦虑量表（HAMA）评分：24 分（重度焦虑）。

3 护理方法

3.1 护理诊断

心功能严重不全：室间隔穿孔导致左向右分流，心输出量降低，组织灌注不足；多系统功能障碍：心、肺、肝、皮肤等多系统受累，护理复杂；电解质紊乱与营养不良：低钾、低蛋白血症，食欲极差；皮肤并发症：急性荨麻疹，瘙痒明显，影响睡眠质量与情绪状态；家属情绪与决策冲突：家属对病情理解充分但拒绝手术，护理需兼顾心理支持。

3.2 护理计划

心功能管理目标：维持心率 60~80 次 /min，血压 90~110/60~70 mmHg、血氧饱和度（SpO_2）92%~95%，24 h 出入量负平衡 500~1 000 mL。

皮肤护理目标：皮疹范围缩小，瘙痒 VAS 评分降至 5 分以下，无新发抓痕。

营养与电解质管理目标：血钾升至 3.5 mmol/L 以上，血清白蛋白趋于稳定，体质量无明显下降。

并发症预防目标：住院期间无压疮、肺部感染、深静脉血栓及口腔溃疡发生。

心理与家属支持目标：家属理解保守治疗方案，患者情绪平稳，HAMA 评分下降。

3.3 护理措施

⑴心功能管理与监测

①持续心电监护。每小时监测并记录心率（维持 60~80 次 /min）、血压（维持 90~110/60~70 mmHg）、SpO_2（≥92%），每 4 小时记录呼吸频率；记录时同步观察患者意识状态（如有无头晕加重）、肢端温度（如手足是否温暖）。②评估组织灌注。严格记录 24 h 出入量，每日液体入量控制在 1 500 mL 以内（包括饮食、输液），每 8 h 总结出入量差（目标负平衡 500~1 000 mL）；测量足背动脉搏动（双侧对比，记录搏动强度）、计算尿量（若每小时尿量 <30 mL，提示灌注不足，需排查液体负平衡是否过度）。③氧疗护理。无创通气期间：每 2 小时检查面罩贴合度（避免漏气致氧浓度不足），观察患者有无腹胀（若腹胀明显，协助顺时针按摩腹部 10 min/ 次，促进胃肠排气）。鼻导管给氧期间：每日更换鼻导管（双侧鼻孔交替使用，避免局部皮肤压红），湿化瓶蒸馏水每日更换（水温维持 37~38 ℃，避免干冷气体刺激气道）。持续监测 SpO_2 及呼吸频率。

⑵皮肤管理与荨麻疹护理

①药物干预。外用炉甘石洗剂，3 次 /d，涂抹前用温水清洁皮肤，避开破损处，用无菌棉签薄涂（厚度以覆盖皮疹为宜，避免过厚堵塞毛孔），涂抹后观察患者有无局部刺痛 [2]；②症状监测。每 4 小时观察皮疹范围，记录受累体表面积百分比、瘙痒 VAS 评分，剪短指甲至指端 0.5 cm，穿宽松棉质衣裤，每日更换，并使用温水洗涤；③血糖监测。每日监测空腹及三餐后 2 h 血糖（血糖目标：空腹 6~8 mmol/L，餐后 2 h 8~10 mmol/L），记录血糖波动趋势。

⑶营养与电解质管理

①补钾干预。将氯化钾溶液（10 mL/ 次）稀释于温水中，三餐后服用（避免刺激胃黏膜），服药后观察患者有无恶心、腹胀（若出现，改为少量多次服用），动态监测血钾（晨起空腹），直至 K^+≥3.5 mmol/L；②营养支持：提供高蛋白，每日蛋白摄入量为 1.2 g/kg、低盐（<3 g/d）、低脂流质饮食，如蛋花汤、鱼肉粥等，每次 50~100 mL，6~8 次 /d；③监测指标。

每周监测血清 ALB、前白蛋白 1 次，记录每日进食量及体质量变化，每周固定时间（如早餐前）、穿相同衣物称重，每周称重 2 次。

⑷并发症预防

①压疮预防。每 2 小时协助翻身（左侧 30°、右侧 30° 交替），保持皮肤清洁干燥，骨隆突处（如骶尾部、足跟）涂抹润肤剂保护皮肤，每日检查皮肤完整性；②肺部感染预防。每 2 小时翻身拍背（由下至上、由外向内，力度适中），指导有效咳嗽（深吸气后屏气 3 s，用力咳嗽 2~3 次，排出气道分泌物），必要时予雾化吸入（生理盐水 5 mL+ 布地奈德 1 mg，2 次 /d）；③深静脉血栓预防。双下肢被动活动（踝泵运动、屈膝屈髋，15 min/ 次，4 次 /d），穿医用弹力袜（白天穿戴，夜间脱下，每日检查下肢皮肤有无压痕）[3]；④口腔护理。2 次 /d（晨起、睡前）用生理盐水擦拭口腔，观察口腔黏膜有无溃疡。

⑸心理与家属支持

①家属沟通。每日下午 4 点与家属沟通病情，包括症状变化、检查结果、治疗调整，使用通俗语言解释“室间隔穿孔”“左向右分流”等术语；②情绪支持。鼓励家属表达顾虑，如治疗意义、照护压力等，联合心理科护士进行心理疏导，2 次 / 周；③患者安抚。每日上午、下午各 1 次陪伴患者，用轻柔语言解释治疗目的，如“吸氧能减轻气促”，播放舒缓音乐，30 min/ 次，改善情绪。

4 结果

患者于 2025 年 7 月 24 日入院，8 月 22 日出院（共 29 d）。经综合护理后：

皮肤症状：皮疹受累体表面积从约 65% 缩小至 9%，瘙痒 VAS 评分从 8 分降至 3 分，无新发抓痕。

心功能与氧合：气促、胸闷症状较前缓解，但需持续无创通气；心尖区 5/6 级收缩期喷射样杂音持续存在，床旁超声心动图（8 月 9 日）提示室间隔仍缺损，右室增大，室间隔与左室后壁运动逆向欠协调，二尖瓣中度反流、主动脉瓣轻度反流、三尖瓣重度反流，收缩功能指标正常，但整体心功能因分流持续受损。

生化指标：K^+ 水平从 3.30 mmol/L 升至 3.72 mmol/L，ALT 从 135 U/L 降至 100 U/L，ALB 从 29.4 g/L 升至 33.2 g/L。

经 8 次沟通后，家属对保守治疗目标为缓解症状、提高生活质量达成共识，HAMA 评分从入院时 24 分降至 12 分，于 8 月 22 日出院。

5 讨论

急性心肌梗死是冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死，而室间隔穿孔是其严重并发症之一，多发生于急性心肌梗死后 1~2 周，可导致左向右分流，加重心力衰竭，严重影响患者预后 [1]。本例患者在急性心肌梗死后出现室间隔穿孔，同时合并高血压、2 型糖尿病等基础疾病，进一步增加病情的复杂性和治疗难度。高血压和 2 型糖尿病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的重要危险因素，会加速冠状动脉病变的进展，影响心肌供血，不利于心肌梗死的恢复 [4]。在护理过程中，需密切监测血压、血糖变化，确保其控制在合适范围，以减少对心脏的进一步损害。

急性荨麻疹的出现可能与患者机体应激、药物反应等因素有关。荨麻疹导致的瘙痒症状会影响患者的睡眠和情绪，进而加重心脏负担，不利于心功能的恢复 [5]。因此，护理中通过药物抑制过敏反应、外用制剂缓解局部瘙痒，配合防护措施减少搔抓，既改善皮肤不适，又降低交感兴奋水平，同时避免瘙痒干扰睡眠引发的额外应激，间接减轻心脏负荷。

室间隔穿孔导致的心力衰竭使患者心输出量减少，组织灌注不足，易引发多器官功能障碍，如本例中出现的肝功能异常（ALT 升高）、电解质紊乱（低钾血症）等。护理中针对性纠正电解质异常、提供适配饮食，既保障心肌电生理稳定，又通过改善营养状态减轻水肿、辅助控制液体平衡，为肝功能等器官功能恢复提供必要支持。另外，室间隔穿孔引发的左向右分流是心衰加重的根源，护理中通过严格液体管理与实时循环监测，直接针对这一核心病理：液体负平衡可减少左心室前负荷，降低分流对右心及肺循环的压力，缓解气促与肺淤血；同步监测心率、血压并调整血管活性药物，既能保障心肌供血，又避免血压波动加重心脏负担，为心功能稳定创造基础条件。但本研究为单例保守治疗患者，护理经验的普适性仍需更多不同治疗方式（如手术）的病例进一步验证。

综上所述，对于急性心肌梗死后室间隔穿孔合并多系统功能障碍的患者，需以保护心功能为核心，联动皮肤护理、营养支持、并发症预防与心理干预等多个方面，最大程度改善患者病情，提高生活质量。

参考文献

[1] 刘永，赵彤，罗晓亮，等 . 甘油三酯葡萄糖指数与心肌梗死后

室间隔穿孔患者 30 天预后的相关性研究患者的临床特征及预后比 [J]. 中国心血管病研究 ,2024,22(8):730-734.

[2] 中华中医药学会皮肤科分会 . 瘾疹（荨麻疹）中医治疗专家共识 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志 ,2017,16(3):274-275.

[3] 吕丽琼 , 彭仁梅 , 刘化刚 , 等 . 深静脉血栓后综合征预防护理研究进展 [J]. 护理学杂志 ,2024,39(19):120-123.

[4] 中国医师协会中西医结合医师分会内分泌与代谢病学专业委员会 . 糖尿病心肌病病证结合诊疗指南 (2021-12-31)[J]. 世界中医药 ,2022,17(12):1641-1653.

[5] 上官桂珍 , 陈桥连 . 个性化干预服务在荨麻疹中的应用效果及对睡眠质量的影响 [J]. 世界睡眠医学杂志 ,2024,11(12):2824-2826,2830.

• 利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。
• 知情同意：已获患者知情同意。