

1 例急性下壁右室心梗 IABP 辅助 PCI 术后合并上消化道出血患者的分层中医护理体会

杨昱琦¹, 张芳芳¹, 亢丽娟¹

(1 首都医科大学附属北京中医医院 心血管科, 北京, 100010)

摘要: 本文总结 1 例急性下壁右室心梗 IABP 辅助 PCI 术后合并上消化道出血患者的分层中医护理实践。基于患者病情特点, 团队实施严密循环监护、出血监测与管控、抗凝止血平衡管理、多管路精细化维护及并发症预防; 针对卧床与出血双重禁忌, 采用分层中医特色护理干预, 经系统干预, 患者出血停止、循环稳定、心功能逐步恢复, 顺利康复出院。

关键词: 急性下壁右室心肌梗死; IABP; 急诊 PCI; 上消化道出血; 分层中医护理; 便秘预防

Hierarchical TCM Nursing Experience of a Patient with Acute Inferior and Right Ventricular Myocardial Infarction Complicated with Upper Gastrointestinal Bleeding after IABP-assisted PCI

Yang Yuqi¹, Zhang Fangfang¹, Kang Lijuan¹

(1. Department of Cardiology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China)

Abstract: This paper summarizes the clinical practice of hierarchical traditional Chinese medicine (TCM) characteristic nursing in one patient complicated with upper gastrointestinal bleeding after percutaneous coronary intervention (PCI) assisted by intra-aortic balloon pump (IABP) for acute inferior and right ventricular myocardial infarction. According to the patient's disease characteristics, the medical team carried out strict circulatory monitoring, bleeding monitoring and control, balanced management of anticoagulation and hemostasis, refined maintenance of various pipelines and prevention of complications. In view of the dual contraindications of bed rest and bleeding, hierarchical TCM characteristic nursing interventions were adopted. After systematic intervention, the patient achieved hemostasis, stable circulation and gradual recovery of cardiac function, and was discharged smoothly.

Keywords: Acute inferior and right ventricular myocardial infarction; IABP; Emergency PCI; Upper gastrointestinal bleeding; Hierarchical traditional Chinese medicine nursing; Constipation

prevention

急性下壁右室心肌梗死起病急、病情凶险，易合并多种危重并发症，临床常需 IABP 循环支持联合急诊 PCI 治疗，但其术后抗凝治疗易诱发上消化道出血，增加护理复杂性^[1]。此类患者兼具心系急危重症与脾胃血证双重病机，分层中医护理可有效规避护理禁忌、调和脏腑气血^[2]。本文报道 1 例 39 岁、有胃溃疡病史的急性下壁右室心肌梗死患者，该患者行 IABP 辅助 PCI 术后出现呕血、黑便等上消化道出血症状。护理过程中，护理团队重点落实循环监护、出血管控、抗凝止血平衡管理及多管路维护，同时结合病情分期实施分层中医特色护理，出血期予耳穴压豆、远端穴位点按，出血停止后采用中药膏膜摩腹预防便秘。经系统护理干预，患者出血停止、循环稳定、心功能恢复，顺利出院。现将该病例的护理过程及体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性，39 岁，主因“突发胸闷痛 1 h，加重伴晕厥 30 min”于 2023 年 9 月 12 日由急诊以“急性下壁右室心肌梗死”入院。急诊科查心电图提示窦性心律不齐，II、III、aVF、V3R-V5R 导联 ST 段抬高 0.1~0.2 mV。10:29 在局麻下行急诊 CAG + 血栓抽吸 + 支架植入术 + IABP 置入术。术后予抗血小板、抗凝、升压、抑酸、止血、调脂、补钾、肠外营养及参麦、参附注射液中西医结合治疗。患者出现呕血、胃液引流出鲜红色液体，便潜血阳性，予禁食、胃肠减压、22 ℃生理盐水 + 凝血酶胃管注入止血。经治疗护理，出血停止，循环稳定，IABP 及血管活性药物顺利撤离，于 2023 年 9 月 25 日 康复出院。

1.2 体格检查

入院时：T 36.9 ℃，P 85 次 /min，R 26 次 /min，BP 89/56 mmHg，SpO₂ 98%。神志清，精神弱，胸闷痛缓解，仍恶心呕吐；两肺呼吸音清，未闻及啰音；全身皮肤完整，既往胃溃疡病史 10 余年，10 年前胃穿孔修补术，未规律服药；吸烟 20 余年，20 支 /d，否认饮酒；否认药物及食物过敏史，否认家族遗传病史。

1.3 诊断

西医诊断：急性下壁右室心肌梗死；上消化道出血；肝功能异常

中医诊断：真心痛；辨证分型：气阴两虚证，痰瘀互结证。患者青年男性，发病急骤，心肌受损，耗气伤阴，心阴不足则濡养失职，心气亏虚则鼓动无力，故见胸闷、胸痛、心悸、气短乏力；气阴两虚，运化失常，水湿内停，聚而成痰，痰浊阻滞心脉，气机不畅，血行受阻，瘀血内生，痰瘀交织，进一步阻滞心脉，加重胸痛不适。舌淡红，舌苔薄腻，脉象细滑，为气阴两虚、痰瘀互结之征。故辨证为气阴两虚证、痰瘀互结证，病位在心，病性属虚实夹杂，以气阴亏虚为本，痰瘀阻滞为标。

1.4 治疗干预

2023年9月12日 10:29 在局麻下行急诊 CAG + 血栓抽吸 + 支架植入术 + IABP 置入术。西医治疗：抗血小板、抗凝：阿司匹林 0.1g 口服 qd；氯吡格雷 75mg 口服 qd；低分子肝素钠 3000iu 皮下注射 q12h；替罗非班注射液 6ml/h 持续泵入。升压：多巴胺，间羟胺持续泵入。抑酸：奥美拉唑 200mg 泵入 qd。止血：22℃ 0.9%NS500ml+凝血酶 10000iu 经胃管注入，100ml/2h^[3]。调脂：阿托伐他汀钙 40mg 口服 qn。肠外营养：5%18AA 复方氨基酸 500ml 静点，10%GS500ml 静点 qd。补钾：0.9%NS30ml+15%氯化钾 3g 泵入（根据具体血钾指标动态调节）。中医治疗参麦注射液 100ml 泵入 30ml/h，qd 益气回阳救逆。参附注射液 100ml 泵入 50ml/h，qn 益气固脱、温阳化瘀^[4]。经治疗护理，出血停止，循环稳定，IABP 及血管活性药物顺利撤离，于 2023 年 9 月 25 日康复出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活自理能力评估^[5]

采用日常生活能力评定 Barthel 指数量表进行评估，包括进食、洗澡、修饰、穿（脱）衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯方面，最高分为 100 分，分值越高，表明生活自理能力越好。本例患者 Barthel 指数量表评分为 15 分，属重度功能障碍。

2.1.2 压疮风险评估^[6]

采用 Braden 压疮风险评估量表进行评估，包括感知能力、活动能力、移动能力、皮肤潮湿程度、营养摄入能力及摩擦力 / 剪切力 6 个评估维度，总分范围为 6-23 分，分值越低，压疮发生风险越高。本例患者 Braden 压疮风险评估量

表 13 分，属于中度风险。

2.1.3 静脉血栓栓塞症的发生风险评估^[7]

采用 Caprini 风险评分量表进行评估，包括患者年龄、手术类型、卧床时间、基础疾病（如心血管疾病、肿瘤等）、凝血功能等多项危险因素进行评分，总分范围为 0-40 分，根据总分划分风险等级，分值越高，患者静脉血栓栓塞症的发生风险越高。本例患者 Caprini 风险评分量表 9 分，属于极高危风险。

2.2 主要护理问题

患者存在以下护理问题：①出血与应激性溃疡、消化道出血；②活动无耐力与心肌缺血、消化道出血有关；③营养失调-低于机体需要量与禁食水有关；④潜在并发症：心律失常、猝死、心衰、管路滑脱/堵管/感染、下肢缺血/血栓、便秘。

2.3 护理计划

针对患者存在的护理问题，制定以下护理计划：密切关注患者胃脘部不适，及时留取便标本、记录出入量，禁食水期间保证肠外营养供给并做好口腔护理；教会患者踝泵运动，结合病情分期实施分层中医特色护理预防便秘；做好各类置管的护理，预防脱管、堵管及导管相关血流感染；IABP 辅助期间保证置管通畅，每日行床边胸片确认置管及球囊位置，监测左下肢血运、双下肢静脉血栓及中心静脉压^[8]。

2.4 护理措施

2.4.1 上消化道出血护理

①严密监测：24 h 心电监护，监测 HR、BP、CVP、SpO₂、尿量，观察意识、面色、肢端温度；记录胃液颜色、量、性状，每 1~2 h 评估出血征象。②实验室监测：每日监测 Hb、Hct、BUN、电解质、凝血功能，动态判断出血与止血效果。③禁食与胃肠减压：严格禁食水，持续胃肠减压，保持引流通畅，准确记录 24 h 出入量。④止血护理：采用 22 ℃温生理盐水 + 凝血酶经胃管注入，避免冰盐水刺激心肌诱发缺血；遵医嘱使用 PPI 抑酸，保护胃黏膜^[9-10]。⑤口腔护理：每日 2 次，保持口腔清洁，预防口腔感染，提升舒适度。⑥再出血预警：出现心率加快、血压下降、尿量减少、胃液转红、呕血黑便立即报告医生。

2.4.2 IABP 与循环支持护理

①体位管理：IABP 期间绝对平卧位，床头 $\leq 30^\circ$ ，左下肢制动，避免屈膝、屈髋及双腿交叉。②反搏监测：保持 1:1 反搏，观察反搏压、波动形态，及时识别气囊异常、心律失常、导管移位。③肢体监护：每 2 h 观察左下肢皮温、颜色、足背动脉搏动，测量腿围，警惕下肢缺血。④冲管与维护：每 2 h 用肝素盐水冲管，禁止经 IABP 导管抽血、输液，保持动脉通路通畅。⑤撤离护理：循环稳定后逐步降低反搏比，观察 1 h 无异常再拔管，局部加压包扎。

2.4.3 抗凝与止血平衡护理

①严密监测凝血指标：ACT、APTT、PT、INR，指导抗凝药物剂量调整。②出血观察：观察皮肤瘀斑、穿刺点渗血、牙龈出血、血尿、黑便，及时预警。③药物管理：抗凝、抗血小板药物准时足量给药，与止血、抑酸药物分时段使用，避免配伍禁忌。④穿刺点护理：股动脉、颈内静脉穿刺处加强观察，观察渗血，预防血肿及假性动脉瘤。⑤安全采血：凝血功能监测统一采外周静脉血，避免动脉导管采血干扰结果。

2.4.4 多管路精细化护理

①颈内静脉导管：严格无菌，肝素盐水 q12 h 冲管，观察穿刺点红肿渗液，预防 CRBSI。②IABP 导管：双固定、标记刻度，三人协作翻身，避免牵拉、打折、脱出。③胃管：妥善固定，保持通畅，观察引流液，预防非计划性拔管。④标识与交接：挂防脱管标识，床旁交接深度、固定、通畅、局部情况。⑤感染防控：每日评估导管必要性，尽早拔除不必要管路。

2.4.5 心电与心律失常监护

①持续心电监护，关注 ST-T、QT 间期、室早、室速、房室传导阻滞。②纠正低钾、低镁，维持电解质稳定，减少恶性心律失常诱因。③床旁备除颤仪、抢救车、阿托品、多巴胺等急救药品。④出现室速、房室传导阻滞立即处理，配合医生抢救。

2.4.6 营养支持护理

①出血期：肠外营养支持，保证热量与氮平衡。②出血控制后：遵医嘱逐步过渡冷流食→流食→半流食→低盐低脂软食，少食多餐，忌生冷、粗糙、刺激性食物。③监测体重、白蛋白、进食量与胃肠道耐受。④饮食宣教：戒烟限酒，规律进食，避免暴饮暴食。

2.4.7 下肢血栓预防护理

①健侧肢体主动踝泵运动、屈伸膝关节。②术侧肢体被动活动、腓肠肌挤压，每日 3 次，每次 ≥ 10 min。③观察肢体肿胀、疼痛、皮温升高等血栓征象，必要时行下肢血管超声。④避免下肢静脉穿刺，减少血栓诱因。

2.4.8 中医特色护理—预防便秘

急性心肌梗死合并上消化道出血患者需绝对卧床，胃肠蠕动减弱易发生便秘，而用力排便可诱发心律失常、血压骤升甚至心脏破裂，需安全干预。急性上消化道出血活动性出血期为腹部按摩、中药膏摩、腹部推拿绝对禁忌证，腹压增高与胃肠道机械刺激可导致出血创面破裂，加重出血甚至休克，尤其在抗凝、抗血小板治疗下风险更为突出。因此，本例患者活动性出血期间禁止腹部操作，采用不升高腹压、不刺激胃肠道的中医特色技术预防便秘：

①耳穴压豆（首选，最安全）取穴：大肠、直肠、脾、胃、三焦、便秘点。方法：采用王不留行籽耳穴贴压，每日按揉 3~5 次，每次每穴 1 分钟，以局部酸胀微热为度。依据：耳穴压豆不接触腹部、不增加腹压，安全性高。

②远端穴位点按取穴：大肠俞、胃俞、脾俞、肺俞、足三里。方法：轻柔按揉，每穴 1~2 分钟，每日早餐前和睡前各 1 次，力度以患者耐受为宜，不深压、不震颤。依据：选取背部及下肢远端穴位，不刺激腹腔脏器，不诱发再出血。

③温和通便干预必要时予以大黄玄明粉温水保留灌肠，温和通便，避免强烈泻药刺激黏膜诱发出血。

④排便监测与宣教告知用力排便风险，指导床上排便，避免屏气用力；记录排便次数、性状，保持每日 1 次软便。

⑤出血停止后中药膏膜摩腹：患者出血完全停止、生命体征稳定后，在严密监护下实施中药膏膜摩腹：选用当归、白芍、陈皮、木香、火麻仁、蜂蜜等制成温和润肠理气中药膏膜；患者取平卧位，床头 $\leq 30^\circ$ ，将膏膜薄涂于脐周皮肤，以神阙穴为中心顺时针轻柔表层摩腹，只摩不按、不深压、不刺激腹腔，每次 10~15 分钟，每日 1 次。操作全程监测心率、血压及腹部反应，禁止使用峻猛泻下类中药及强力按压手法，确保安全促进胃肠蠕动恢复。

2.5 护理效果

患者经治疗护理，出血控制：9 月 16 日便潜血转阴，胃液转清，停止胃肠

减压与止血灌注。循环稳定：IABP、多巴胺、间羟胺顺利撤离，BP、HR、CVP 正常。实验室指标：肌钙蛋白、CK-MB 恢复正常，血钾、Hb 稳定。并发症为零：无严重心律失常、心衰、下肢缺血、血栓、导管感染、脱管堵管，住院期间未发生便秘及再出血。康复出院：Barthel 指数量表评分由 15 分上升至 80 分，可床边活动，饮食睡眠良好；Braden 压疮风险评估量表评分由 13 分下降至 22 分；Caprini 风险评分量表由 9 分下降至 3 分。

3 结果和随访

患者于 2023 年 9 月 25 日 9:00 出院。在患者出院第 14 天以电话随访方式对其身体情况进行随访，随访时告知患者严格遵医嘱按时、按量服药，不可自行增减药量、停药或更换药物，注意观察抗凝药物可能出现的出血倾向（如皮肤瘀斑、牙龈出血等）。遵循低盐、低脂、易消化饮食原则，避免辛辣、过烫、坚硬食物，减少胃黏膜刺激；规律少食多餐，控制饮食量，避免加重心脏负担，同时忌烟酒。避免长期卧床，适当进行温和活动（如慢走），避免剧烈运动、过度劳累；保持规律作息，避免熬夜，促进身体恢复。若出现胸闷、胸痛、头晕、乏力加重，或出现皮肤瘀斑、呕血、肢体麻木等情况，立即前往医院就诊。患者表示暂无胸闷胸痛症状且日常生活完全自理。

4 讨论

急性下壁右室心肌梗死易合并心动过缓、低血压、休克，IABP 是重要循环支持手段；急诊 PCI 术后需强化抗栓，但应激性溃疡、既往胃病易诱发上消化道出血，形成“抗凝-止血”核心护理矛盾。护理关键在于：严密监护循环与出血、平衡抗凝与止血、精细化管理 IABP 及多管路、预防便秘与血栓、中西医协同改善心功能与胃肠功能。

本例采用 22 ℃温盐水止血，避免冰盐水心肌刺激；便秘干预严格遵循中医外治安全原则，活动性出血期严禁腹部按摩、中药膏摩，采用耳穴压豆、远端穴位点按、温和通便等无腹部刺激方案，既有效预防便秘，又规避再出血风险。出血停止后，在监护下谨慎使用中药膏膜摩腹促进胃肠功能恢复，体现危重症中西医结合护理的安全性、个体化与连续性。中医益气回阳、穴位调理、温和通腑，显著提升救治效果与安全性。

5 结论

急性下壁右室心梗 IABP 辅助 PCI 术后合并上消化道出血病情危重、护理难度大。通过出血监测、循环支持、抗凝止血平衡、多管路护理、分层中医特色便秘预防（出血期耳穴压豆 + 远端穴位点按，恢复期中药膏膜摩腹），可有效控制并发症，促进患者康复。本个案可为同类危重症护理提供实践参考。

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. 中华医学会心血管病学分会，中国医师协会心血管内科医师分会. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2021 版)[J]. 中华心血管病杂志，2021, 49(3): 209-243.

Chinese Medical Association Cardiovascular Branch, Chinese Medical Doctor Association Cardiovascular Branch. 2021 Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of acute ST-segment elevation myocardial infarction[J]. Chinese Journal of Cardiology, 2021, 49(3): 209-243.

2. 董晓双，李婷，董晓婷. 中医辨证护理在冠心病中的价值 [J]. 实用中医内科杂志，2021, 37 (2):86-88.

Dong X S, Li T, Dong X T. Value of traditional Chinese medicine syndrome differentiation nursing in coronary heart disease[J]. Journal of Practical Traditional Chinese Internal Medicine, 2021, 37(2): 86-88.

3. 王仁花. 上消化道出血患者行全程护理的效果观察和随访价值 [J]. 现代消化及介入诊疗，2016, 21 (4):661-663.

Wang R H. Effect of whole course nursing and follow-up value in patients with upper gastrointestinal bleeding[J]. Modern Digestion & Intervention, 2016, 21(4): 661-663.

4. 肖坚. 参附注射液救治急性心肌梗死合并心源性休克临床体会 [J]. 内蒙古中医药，2011 (12):40.

Xiao J. Clinical experience of Shenfu Injection in treating acute myocardial infarction complicated with cardiogenic shock[J]. Inner Mongolia Journal of Traditional Chinese Medicine, 2011, (12): 40.

5. 张敏, 李娟, 王艳. 扩展 Barthel 指数与功能独立性量表在脑卒中患者 ADL 功能评定中的对比研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(7):605-609.
Zhang M, Li J, Wang Y. Comparative study of extended Barthel index and functional independence scale in the assessment of activities of daily living in stroke patients[J]. Chinese Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2021, 43(7): 605-609.
6. 宋思平, 汤雨佳, 蒋琪霞, 等. Braden 量表预测 ICU 患者压疮发生风险有效性的系统评价[J]. 东南国防医药, 2020, 22(4):420-424.
Song S P, Tang Y J, Jiang Q X, et al. Systematic review of the effectiveness of Braden scale in predicting pressure injury risk in ICU patients[J]. Medical Journal of National Defending Forces in Southeast China, 2020, 22(4): 420-424.
7. 陈央, 周海霞, 胡月红, 等. 老年和非老年肺栓塞的危险因素及 Caprini 血栓风险评估量表的预测价值 [J]. 中华医学杂志, 2017, 97 (10):755-760.
Chen Y, Zhou H X, Hu Y H, et al. Risk factors of pulmonary embolism and predictive value of Caprini thrombosis risk assessment scale in elderly and non-elderly patients[J]. National Medical Journal of China, 2017, 97(10): 755-760.
8. 张静, 李丽, 刘芳. IABP 辅助 PCI 术后患者的精细化护理研究[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(7): 1025-1029.
Zhang J, Li L, Liu F. Refined nursing for patients after PCI assisted by IABP[J]. Chinese Journal of Nursing, 2020, 55(7): 1025-1029.
9. 张雪. 冰盐水与常规盐水对提高消化道出血止血效果与舒适度的影响 [J]. 中国妇幼健康研究, 2017 (S4):334-335.
Zhang X. Effect of ice saline vs conventional saline on hemostatic effect and comfort in gastrointestinal bleeding[J]. Chinese Journal of Women and Children Health Research, 2017, (S4): 334-335.

10. 陈明, 李艳, 王静. 急性心梗PCI术后合并上消化道出血的中西医结合护理[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(5): 628-631.

Chen M, Li Y, Wang J. Integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for patients with upper gastrointestinal bleeding after PCI for acute myocardial infarction[J]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine, 2021, 41(5): 628-631.

ChinaXiv:202605.00154v1