

# 一例爆发性心肌炎合并心源性休克患者的护理

易 晶

中国人民解放军中部战区总医院心血管内科

【摘要】总结1例我科成功救治爆发性心肌炎合并心源性休克患者的护理经验。通过全面、专业的心内科重症护理，患者的心功能情况逐渐改善，住院第26天患者心功能恢复良好，康复出院。

【关键词】爆发性心肌炎；心源性休克；护理

## 引言

心肌炎指由各种原因引起的心肌炎性损伤所导致的心脏功能受损，包括收缩、舒张功能减低和心律失常，是急临床心血管内科的急症，有较高死亡风险<sup>[1]</sup>。病因包括感染、自身免疫疾病和毒素/药物毒性3类，其中感染是最主要的致病原因，病原体以病毒最为常见，包括肠道病毒（尤其是柯萨奇B病毒）、腺病毒、巨细胞病毒、EB病毒和流感病毒等，临床上可以分为急性期、亚急性期和慢性期<sup>[2]</sup>。普通急性心肌炎临床表现差异很大，多数表现为活动后轻微的胸闷心悸不适，重者也可出现急性左心功能衰竭甚至猝死，爆发性心肌炎是心肌炎最为严重和特殊的类型，主要特点是起病急骤，病情进展极其迅速，患者很快出现血液动力学异常（泵衰竭和循环衰竭）以及严重心律失常，并可伴有呼吸衰竭和肝功能衰竭，早期病死率极高<sup>[3-4]</sup>。2020年10月我科采用优质的护理和高超的医术，成功救治一例爆发性心肌炎合并心源性休克的年轻患者，效果满意，现报告如下。

## 1、病例资料

患者，性别男，19岁，因“突发胸痛、呕吐6小时”于2020-10-16入院。现病史：6小时前患者上体育课跑步时突发胸痛，位于胸前区，手掌大小，呈持续闷痛，无颈肩部放射痛，与呼吸或体位改变无明显关系，伴频发恶心、呕吐，为胃内容物，非喷射性，伴胸闷、气短、伴头晕，无黑朦、晕厥，无发热、咳嗽、咳痰，无腹痛、腹泻，后胸闷、气短逐渐加重，急送我院，入院时可见患者咳粉红色泡沫样痰，双肺可闻及大量湿性啰音，拍胸片示“两肺感染或肺水肿”，入院查体：T：36.2℃，P128次/分，R29次/分，辅助检查心电图：阵发性室性心动过速，房性心动过速，ST-T改变，血液检查提示心肌酶谱值为：CK9864U/LCK-MB689.4U/L，肌钙蛋白>50000pg/mL，肌钙蛋白T值为：9.19ng/MI，胸片考虑两肺感染或肺水肿，考虑“急性左心衰、心源性休克、爆发性心肌炎”收入我科治疗。

## 2、护理方法

2.1病情观察与护理：治疗期间密切关注患者病情变化，特别是血压、中心静脉压（CVP）、心律和心率、末梢循环、尿量等，帮助医生了解病情变化并安排进一步治疗。①血压：本例患者左桡动脉置入动脉导管监

测有创动脉血压，动脉血气分析1次/4h，维持水、电解质、酸碱平衡。

②CVP：中心静脉压（CVP）是体内容量和心脏功能状态的一个重要指标，一般维持目标数值8~12mmHg<sup>[5]</sup>。每次测量时保持患者原体位水平和标记固定零点，为医生提供准确的CVP值。③监测液体反应性：在1分钟内使用不多于100mL液体进行容量负荷试验，可判断容量反应性；用较少的液体进行容量负荷试验，降低了容量过负荷的风险<sup>[6]</sup>。本例患者根据血压、CVP监测结果，采用间断性迷你补液试验，根据液体反应性调整补液速度，避免低血容量或血容量过多。④尿量：液体补充，应尽量出入，匀速补充，切忌液体快进快出；密切观察患者尿量，留置导尿管准确测量并记录每小时尿量，目标尿量设置为 $\geq 0.5\text{mL}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ <sup>[7]</sup>。本例患者通过右颈内CVC静脉输液，补充血容量，入院6小时入量2000mL，出量1000mL，其中尿量800mL、汗液100mL、粪便100g。⑤末梢循环：由于病情的原因，患者入院后出现四肢湿冷，固应及时做好保暖措施，该病例患者4小时后四肢逐渐回暖，出汗减少，6小时后动脉血气分析值提示乳酸含量由最高7.7mmol/L降低到2.5mmol/L。⑥呼吸：欧洲的一项统计显示72%的患者发生呼吸困难，32%患者发生胸痛，而18%患者出现心律失常<sup>[8]</sup>。本例患者入院时有胸闷气短的症状，随机指导患者半卧位姿势进行休息，给予患者面罩吸氧，氧流量为5L/min，3d后改为鼻塞吸氧，氧流量为3L/min，一周后将氧流量调节为2L/min；听诊呼吸音1次/4h；本例患者治疗7天后呼吸恢复正常，肺部声音清晰，动脉血气分析指数等恢复正常。⑦饮食指导：在饮食方面，遵循少食多餐原则，以高蛋白、清淡、易消化而富含营养的饮食为主，保持大便通畅，必要时可采用缓泻剂。

2.2心理护理：本例患者为年轻人，在急诊科抢救期间意识一直处于清醒状态，持续性的胸闷加上病情危重，患者心理冲击很大，内心非常惶恐。这样的心理状态会导致患者心动过速、心肌耗氧量增大，反而加重病情，影响治疗效果。有研究指出<sup>[9]</sup>良好的社会支持系统可缓冲应激事件对患者情绪的影响，预防和降低抑郁的发生。心内科护士在积极配合抢救的同时，与患者耐心沟通交流，简要介绍医院在治疗爆发性心肌炎的医疗水平，帮助其树立信心，稳定情绪，使患者产生信任感。同时，患者的休息非常重要，应保持病房环境的安静与空气的清新，为患者提

供良好的休养环境,调低各项监护设备的报警声音,避免对患者的刺激,必要时让家属进入复苏室陪伴患者给予心理支持。

2.3 用药管理:暴发性心肌炎不仅只是心肌受损,病毒侵蚀、细胞因子释放、免疫反应还可导致全身多器官损伤,因此严格意义上是一个以心肌受累为主要表现的全身性疾病<sup>[10]</sup>。心脏损伤最为严重,并且是引起血液动力学障碍、导致患者死亡的主要原因。本病例患者由于出现了心肺功能改变,治疗期间应用了部分血管活性药物,如多巴胺及胺碘酮。血压的变化是衡量血管活性药物的使用是否恰当的尺度,是用药监护的重要内容之一。对于患者来说,血压持续过高易引起或加重左心衰竭等严重后果;而血压较低不能及时回升,又会影响到心、脑、肾等重要器官的灌注。因此保重血管活性药物的输注速度非常重要。配制血管活性药物均宜单独配制,现配现用,以避免搁置时间过久而加重毒、副反应,用药时应严密观察患者动脉血压及 CVP 的监测结果,如有异常,及时汇报医生处理。

2.4 抗病毒治疗:所有病毒性暴发性心肌炎患者均应尽早给予联合抗病毒治疗。理论上,病毒感染是引发病毒性心肌炎病理过程的始动因素,抗病毒治疗抑制病毒复制应该对疾病转归有所裨益,并且还有证据表明对于 H1N1 感染所致的病毒性心肌炎患者,早期使用抗病毒治疗较晚期使用降低病死率和改善预后的效果好<sup>[11]</sup>。值得注意的是,病毒侵犯、复制及其引发的心肌直接损伤均发生于疾病早期,故应尽早行抗病毒治疗。奥司他韦、帕拉米韦等药物可抑制流感病毒的神经氨酸酶,从而抑制新合成病毒颗粒从感染细胞中释放及病毒在人体内复制播散,对 A 型和 B 型流感病毒有作用。本病例患者遵医嘱予以磷酸奥司他韦胶囊:75mg 口服,2 次/d。帕拉米韦为静脉给药的神经氨酸酶抑制剂,遵医嘱予以 300~600mg 静脉滴注,1 次/d,连续使用 3~5d。

2.5 免疫调节治疗:有研究指出:所有暴发性心肌炎患者均应尽早给予糖皮质激素和丙种球蛋白进行免疫调节治疗。暴发性心肌炎时心肌损伤的病理生理机制包括病毒介导的直接损伤和免疫介导的间接损伤两方面。针对免疫反应介导的病理生理环节采用相应的免疫治疗,理论上具有阻断发病环节、减轻炎症、缓解临床症状、挽救濒死心肌、改善患者预后的作用<sup>[12]</sup>。目前虽然没有大规模多中心的临床研究结果,但已有的成果和临床实践提示其有效性及安全性良好,推荐使用,本研究病例也使用免疫调节治疗。

### 3、总结

暴发性心肌炎急性期一般持续 3~5d,主要以病毒侵袭、复制对心肌造成损害为主;亚急性期以免疫反应为主要病理生理改变;少数患者进入慢性期,表现为慢性持续性及突发加重的炎症活动,心肌收缩力减弱、心肌纤维化、心脏扩大<sup>[13]</sup>。因此,一旦怀疑或拟诊本病,需高度重视,尽早识别,快速反应,多学科合作,全力救治,帮助患者度过危险期。本例患者很快出现了心源性休克,需要应用正性肌力药物、血管活性药进

行治疗。作为心内科的重症疾病,如何为患者提供安全高效的护理,是临床工作的重中之重。全面、专业的监护为患者的病情康复提供了必要条件,但由于爆发性心肌炎伴心源性休克患者病例数较少,目前尚无规范的救治方案,鉴于其病死率极高和危害严重,迫切需要系统分析现有文献及结合系统的诊治经验,为临床医师提供推荐意见,为临床护理人员提供经验,仍需临床工作中,进一步摸索及提高,为患者提供最优质的护理。

### 参考文献:

- [1]中华医学会心血管病学分会精准医学学组,成人暴发性心肌炎工作组.成人暴发性心肌炎诊断与治疗中国专家共识[J].内科急危重症杂志,2017,23(6):443-453.
- [2]Maisch B, Ruppert V, Pankuweit S. Management of fulminant myocarditis: a diagnosis in search of its etiology but with therapeutic options[J]. Curr Heart Fail Rep, 2014, 11(2):166-177.
- [3]杨雪,宋洪勇.暴发性心肌炎合并心源性休克 1 例[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(3):375-376.
- [4]廖家楨,陈可冀,史载祥.心源性休克辨治[J].北京中医,1990(6):12-16.
- [5]陈小燕,陈芳,林娟.暴发性心肌炎伴心源性休克 1 例的急救护理[J].护理与康复 2012.03.05.
- [6]杨学青.1 例急性暴发性心肌炎病人的抢救与护理[J].护理研究,2013,27(23):2555-2556.
- [7]宁尚秋,尼玛,伊比然恨,等.成人急性暴发性心肌炎的临床特点分析[J].中国医药,2017,12(5):641-644.
- [8]Isogai T, Yasunaga H, Matsui H, et al. Effect of intravenous immunoglobulin for fulminant myocarditis on in-hospital mortality: propensity score analyses[J]. J Card Fail, 2015, 21(5):391-397.
- [9]Hu W, Liu C, Chen L, et al. Combined intraaortic balloon counterpulsation and extracorporeal membrane oxygenation in 2 patients with fulminant myocarditis[J]. Am J Emerg Med, 2015, 33(5):736.
- [10]吴海燕,陈薇,查婷.体外膜肺氧合技术治疗 6 例急性爆发性心肌炎患儿的护理.护理与康复,2015,14(3):231-233.
- [11]Ihdayhid AR, Chopra S, Rankin J. Intra-aortic balloon pump: indications, efficacy, guidelines and future directions[J]. Curr Opin Cardiol, 2014, 29(4):285-292.
- [12]Cheng R, Hachamovitch R, Kittleson M, et al. Clinical outcomes in fulminant myocarditis requiring extracorporeal membrane oxygenation: a weighted meta-analysis of 170 patients[J]. J Card Fail, 2014, 20(6):400-406.
- [13]周宁,左后娟,苏玉莹,等.老年暴发性心肌炎的临床特征[J].内科急危重症杂志,2017,23(6):456-458.