

产褥期围生期心肌病一例抢救护理个案分析

刘晓东 王雪梅 魏晋妍 王慧娟
甘肃省妇幼保健院·甘肃省中心医院 甘肃 兰州 730000

摘要：围生期心肌病（Peripartum Cardiomyopathy, PPCM）是一种罕见的心肌病，特征为心室扩张和收缩功能不全，通常发生在妊娠晚期或产后早期。针对我科1例产褥期围生期心肌病抢救成功的个案护理，加强对围生期心肌病的早期识别，提高救治成功率，保证患者生命安全，提升护理质量。

关键词：围生期心肌病；ECMO护理；重症专科护理；个案报道

围生期心肌病（PPCM），亦称妊娠期相关心肌病（Pregnancy-Associated Cardiomyopathy, PACM），是一种心肌病，通常影响既往无心脏病史的女性，在妊娠最后3个月或产后6个月内发病，以心肌受累为主^[1]。该病的发病率为1/1300至1/1500，死亡率介于18%~56%^[2]。临床表现包括心室收缩功能减退，左室射血分数下降，以及呼吸困难、咯血、肝肿大、水肿等心力衰竭症状，与扩张型心肌病相似。患者可能表现出心室扩大和附壁血栓。该病的一个显著特点是体循环或肺循环栓塞风险。

病例摘要

2023年2月我科成功救治一例产褥期的围生期心肌病，第一胎产后半月诊断“围生期心肌病”，治疗后好转；该次住院（第二胎产后20天）时已停药2年，因“围生期心肌病”引发HELLP综合征、多器官衰竭，经过ECMO心肺支持、血液净化治疗，在29d精心治疗、护理下，治愈出院，6个月后随访恢复良好，通过对其护理期间的体会、讨论总结，整理形成围生期心肌病患者个案护理。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者，马某某，女性，26岁，因产后胸闷、气短20

天，加重2天于2023年2月17日由市级医院转诊至我科，诊断为“围产期心肌病”。患者孕产史：G2P2，2017年患者顺产第一胎女婴，产后半月感胸闷气短、浮肿，诊断为“围产期心肌病”，射血分数EF：20%。治疗后复查心脏彩超：EF45%。患者日常生活可自理，能下地劳动。

1.2 阳性体征、检查、检验结果

（1）呼吸困难明显、全身浮肿、端坐呼吸SPO2 90%（面罩吸氧5L/min）；体温37.0℃，脉搏80次/分，呼吸30次/分，血压88/46mmHg（1mmHg=0.133kPa），（2）BNP 24531pg/ml，肌酐131umol/L，K⁺ 6.26mmol/L，血小板80*10⁹/L，D-二聚体 > 10mg/L；血气分析：PH 7.42，PCO2 19mmHg，PO2 67mmHg，Ca²⁺ 0.78mmol/l，Lac 8.2mmol/l，HCO3⁻12.3mmol/l，BE-12.2，钾离子：6.9mmol/l。（3）胸部CT：左肺炎炎；（4）心脏彩超：全心扩大，肺动脉高压，三尖瓣大量反流，左室收缩功能减低，LVEF26%，二尖瓣大量反流；（5）腹部彩超：肝大，双肾弥漫性病变，（6）心电图：T波倒置，Q-T/c间期延长。

入院诊断：围生期心肌病；心源性休克；HELLP综合征；多脏器功能衰竭；

1.3 住院期间各检查

项目/时间		2.17	2.18	2.20	2.21	3.15
心脏彩超	LVEF（ECMO流量减半）	20%	26%	29%	30%	35%
	肺动脉压（mmHg）	48	=	=	45	-
	BNP（pg/ml）	> 25000	14800	2141	1250	-
检验结果	肌酐（umol/L）	240	204	118	-	-
	AST（U/L）	10452	7897.1	1229.9	-	-
	ALT（U/L）	2983.8	2356	1443.5	-	-
	LDH（U/L）	9814	8694	671	-	--
	总胆红素（umol/L）	78.4	-	121.6	137.2	-
	直接胆红素（umol/L）	34.1	-	44.4	55.7	-
	间接胆红素（umol/L）	44.3	-	77.2	81.5	-

注：-表示正常或数据无需监测。

1.4 治疗经过

该患者治疗中多学科MDT会诊后确诊患者合并HELLP综合征,该病以转氨酶增高、出现溶血和血小板下降为特征,发病率为0.5%~0.9%^[3]。这是一种妊娠期高血压疾病最严重的并发症,易引发其他并发症,如肺水肿、DIC、肝肾衰竭等^[4,5]。而产后出现围生期心肌病合并HELLP综合征,在产科危重症领域极为罕见。治疗经过如下:

(1)呼吸、循环支持:持续呼吸机辅助;持续V-A ECMO支持心、肺循环;

(2)血液净化治疗:持续持续CRRT治疗积极纠正酸中毒,维持水电解质平衡;;HELLP综合征引起急性肝衰竭,择期进行血浆置换联合胆红素吸附(PEA治疗)+DPMAS双重分子吸附技术降胆红素,保肝、降胆酸、清除血氨治疗;

(3)围生期心肌病诱发的DIC,间断输注红细胞、血浆、血小板提高组织携氧能力、补充凝血因子;

(4)药物治疗:左西孟旦强心、溴隐亭抑制催乳素释放、螺内酯拮抗醛固酮受体;奥美拉唑等预防消化道应激性溃疡、出血;美罗培南+利奈唑胺抗感染;

2 护理

2.1 ECMO护理

2.1.1 严密监测出血:需要每2小时严密监测ACT凝血指标,观察穿刺点皮肤。确保导管固定稳妥,以防止患者躁动时穿刺处出血。一旦发生渗血,应使用沙袋压迫、冰敷或肾上腺素棉球进行8-12小时的压迫止血^[6]。

2.1.2 预防肢体缺血:1)密切监测导管穿刺侧肢体的皮温、颜色和动脉搏动,每日定时、定部位测量臂围或腿围。观察是否有花斑、肿胀、出血等并记录。2)由于治疗,置管侧肢体可能发生缺血,注意保持肢体温热。每日进行床边B超检查,并根据需要调整ECMO水箱温度或减少血管活性药物的使用,并积极进行液体复苏以保护末梢循环。如有必要,开放侧支循环。

2.1.3 栓塞监测:确保管道妥善固定并紧密连接^[7],定期检查ECMO管路是否有异响、异常抖动,每4-6小时使用听诊器、手电检查管路,必要时更换ECMO管路^[7]。

2.1.4 感染控制措施:1)预防ECMO治疗期间的感染,进行保护性隔离;限制访客,严格执行手卫生。定期监测体温变化(注意ECMO水箱体温)。2)ECMO管路预冲和置管过程中应严格遵循无菌操作规程,穿刺部位每2-3日使用碘伏贴膜进行一次换药。

2.2 专科护理

2.2.1 产科护理

(1)会阴及尿路护理:每日进行2-3次的严格无菌护理,确保尿道口清洁,预防逆行感染。严密监测产后20天患者的阴道出血情况,观察出血的量、颜色和性状。每班次按摩子宫,评估宫底。

(2)乳房护理:对于围生期心肌病患者,应避免母乳喂养。及时采取措施退奶,可使用维生素B6肌注或口服溴隐亭来抑制催乳素的释放;或使用生麦芽口服和芒硝外敷乳房进行退奶治疗。退奶治疗期间应保持乳房清洁干燥,以确保治疗效果并预防乳房感染^[9],限制液体摄入,避免食用可能促进乳汁分泌的食物,如鸽子汤、甲鱼和鲫鱼汤等。

(3)皮肤和巩膜颜色监测:监测皮肤水肿的程度,并及时处理受影响区域,密切监测巩膜和皮肤是否有黄染,并评估肝功能损害的程度。

2.2.2 重症护理

(1)镇静镇痛护理:保证适当的镇静,RASS评分维持在-2至-3分,避免镇静过浅患者躁、增加氧耗;镇静过度,引起镇静药物蓄积,延长治疗周期。针对镇静可能出现的谵妄,制定前瞻护理方案:①谵妄监测:对谵妄的危险因素进行管理、监测,早期预警、防治。②改善环境:减少刺激。③早期运动:早期运动、锻炼,提高呼吸肌恢复,避免或减少镇静药物蓄积,防止诱发谵妄。④认知训练:加强患者对ICU环境和人物的认知。⑤执行ABCDE集束化策略^[7]。

(2)眼部护理:为减少眼部受损与感染风险,制定前瞻预控护理方案:①及时观察评估;②及早预防结膜性水肿:合理设置IMV参数;③眼部清洁:时刻保持眼部清洁,操作时轻柔、细致。④眼睑闭合不全的患者:给予红霉素眼膏外涂角膜,必要时将无菌贴膜平整贴敷于眼部。

(3)机械通气管理:制定集束化流程。①体位护理:抬高床头30°,避免口咽部分泌物误吸,有效预防VAP。②气管插管管理:评估插管距门齿深度,固定带松紧适宜,防止导管移位,躁动患者及时给予保护性约束。③气囊管理:对声门下分泌物进行评估吸引,每隔6-8小时进行气囊上滞留物的清除,定时检查囊压,保持在25-30cmH₂O。④气道湿化管理:合理运用呼吸机加温装置,使装置维持32°C-37°C的温度、95%-100%的相对湿度。⑤分泌物管理:根据痰液的颜色、量和性质。选择胸部物理治疗、体位引流等方法促进痰液排出。吸痰前2分钟给予纯氧,避免操作低氧。吸痰时先气管插管-口腔-鼻腔。⑥口腔护理:对于长期机械通气患者,选择氯己定含漱液,采用刷牙+冲洗+咽部深吸方法每6h-8h进行一

次口腔护理；破溃口腔，使用0.9%NS进行口腔护理，保证溃疡处干燥，减少溃烂增大，必要配置制霉菌素+碳酸氢钠溶液进行口腔护理。⑥ECMO辅助期间，尽早使用低水平PSV/CAPA模式撤机准备。

（4）饮食护理：根据患者的情况，为患者尽可能选取合适的胃管、空肠置管。①ECMO上机初期，遵医嘱给予肠外营养。ECMO治疗期间，禁止给予脂肪乳等乳状液体，避免诱发栓塞。②空肠管每6-8h用20-30ml温开水冲管，保证通畅。遵医嘱尽早进行肠内喂养，每2-4h抽吸一次，评估胃残余量，可通过加温装置将营养液温度维持在38-39℃左右，可常规加量至60ml/h，最高不超过90ml/h；如胃残余量 ≥ 100 ml，报告医生，暂停喂养或严格观察下减慢速度继续喂养^[10]。③减轻对患者的刺激。吸痰、翻身时，应停止鼻饲，鼻饲时使患者上半身体位保持在30~40°。④通常一次鼻饲量约200ml，鼻饲应间隔约2h以上，以避免胃过度充盈而易致反流误吸。

（5）心理护理：根据疾病进展，心理护理分为2个阶段：救治期心理护理、恢复期心理护理，围绕美国恩格尔教授提出的生物—心理—社会的医学模式，关注患者及家属心理、情绪变化，及时、适时为患者及家属提供心理护理。

（6）皮肤护理：该患者治疗过程复杂，病情危重。入院时BMI为17.5（偏低），Braden评分为8分（提示极高压疮风险），为预防压疮，特制定以下前瞻性护理方案：1）确保床单平整干净，保持患者皮肤清洁与干燥，以预防压疮并减少皮肤定植菌。2）保持适宜的治疗体位，预防压疮。3）严格预防由各类管道造成的损伤。4）针对特殊药物引起的皮肤护理，注意局部保暖。5）特殊治疗可能导致肢端缺血，需严密监测，

（7）预防血栓形成：由于长期卧床导致下肢血流淤滞及血管损伤，患者易形成下肢深静脉血栓，进而引发肺栓塞。通过床上主动或被动的踝关节泵运动或下肢气压治疗来预防血栓。根据病情，按医嘱进行抗凝治疗，预防血栓形成及其栓塞并发症。

3 健康教育

健康教育对PPCM患者的疾病复发预防和康复至关重要，包括规律用药、饮食管理、休息、锻炼、规范治疗、定期随访和正确避孕指导等方面。指导患者保持心情愉快、劳逸结合。指导患者遵循医嘱长期规范用药、定期随访，出院6个月内复查心脏彩超，6-18个月内每3个月复查一次超声心动图，以了解心脏恢复情况。对于预后不良、已发展为慢性心力衰竭或病情迁延的患者，建议每年复查一次。

对于PPCM患者，无论心功能是否恢复，再次妊娠都存在复发风险，可能导致心功能突然下降，严重时危及生命。因此，指导孕产妇正确避孕对其生命安全至关重要。要求在妇产科和心内科医生指导下选择适当的避孕方法（如宫内节育器或输卵管结扎）。因口服避孕药可能增加血栓栓塞的风险，因此需避免使用口服避孕药。如果意外怀孕，应在孕早期选择有能力提供紧急救治的医院进行人工流产。不推荐药物流产，因为可能对脏器功能造成损害。

4 讨论

围生期心肌病，产前和产后的临床表现和临床救治方法存在显著差异，但护理要点和难点大体相同。规范的健康教育能够提高患者及家属的依从性，预防病情恶化。

产前围生期心肌病患者需接受心内外科、产科、麻醉科、ICU和新生儿科等多学科团队（MDT）的会诊，以确定最佳的分娩时机和方式。在此阶段，患者应在ICU或孕产妇重症监护室进行专门监护，严密监测生命体征和胎心率。需关注患者的营养状况，警惕心力衰竭，严格控制出入量。同时，也需警惕其他产科并发症，如妊娠期高血压疾病、HELLP综合征等，并进行鉴别。

产后围生期心肌病患者需特别关注镇静镇痛，以降低心脏负荷，严格管理容量。特别注意产后24-72小时内，产后激素水平波动，需关注患者的心功能状况。提供正确的饮食指导，以减少病情诱发因素。根据患者的心功能状况，提供相应的活动指导，对于心功能不佳的患者，应指导床上活动以预防血栓形成。防止感染，控制接触人数，减少不必要的探视。教育孕产妇及其家属注意个人卫生。

总之，无论产前、产后，因时因地，结合具体临床表现，综合应用生活护理、临床护理护理措施，结合文化程度、宗教信仰、社会关系等制定正确的健康教育，

制定宣传小视频、漫画、宣传册、不同社会习俗治疗册等将为临床护理增添助力，对于围生期心肌病的救治、康复具有十分重要的意义。

参考文献

- [1]徐欣然,崔洪艳.围生期心肌病的病因、诊断与治疗[J].国际妇产科学杂志,2014,12(41):650-651.
- [2]刘映.高危妊娠监护治疗学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,2014:10-12.
- [3]黄春艳,程秋蓉,周双.抢救1例HELLP综合征并发肝包膜下血肿、破裂出血休克的报道[J].中国当代医药,2020,27(18):209-212.
- [4]季燕雯,陈先侠,王海霞,等.早发型子痫前期不良

妊娠结局的影响因素分析[J].实用医学杂志,2020,36(12):1590-1594.

[5]段兴平,王燕,黄常友,等.妊娠期肝病的临床特征及研究进展[J].临床肝胆病杂志,2020,36(6):1407—1411.

[6]龙村.胡盛寿,刘晋平,等.体外膜肺氧合支持治疗39例心肺功能衰竭病人的临床经验[J].中国循环杂志,2007,22(5):373-376.

[7]张春艳,王淑芹,权京玉等.5例应用体外膜肺氧合治疗重症急性呼吸窘迫综合征的护理[J].中华护理杂志,2011,46(1):46-48.

[8]赵英娜,刘华平.ABCDE镇静镇痛集束预防ICU机械通气患者谵妄和乏力的研究进展[J].中国护理管理,2015,15(7):876-880.

[9]陈金华.生麦芽联合芒硝用于引产后患者回奶的疗效观察及护理[J].海峡药学,2016,28(10):216-217.

[10]中华医学会肠外肠内营养学分会,中国医药教育协会加速康复外科专业委员会.加速康复外科围术期营养支持中国专家共识(2019版)[J].中华消化外科杂志,2019,18(10):897-902.