1 例急性心梗合并上消化道出血的护理案例

龙晶晶　庄明燕（通讯作者）
上海市第四人民医院 上海 200434

【摘　要】：急性心肌梗死是一种由冠脉急性堵塞引发心肌缺血性坏死的危重急症，通常起病突然、恶化迅速，且致死风险较高，属于中老年群体常见的心血管疾病[1]。但由于急性心肌梗死首发症状不具有典型性，容易被忽视漏诊，导致病情延误。上消化道出血指的是十二指肠悬韧带以上的食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰管和胆管的出血，极易诱发失血性休克，危及患者生命安全[2]。以上两种疾病并存时，会显著增加临床诊疗难度。急性心肌梗死需扩冠、抗栓，而上消化道出血需止血，稍有不慎就可能会出现抗栓药物加重出血的情况，给临床治疗和护理带来诸多挑战。老年患者因血管脆性增加、脏器储备下降，一旦合并发生急性心肌梗死和上消化道出血，其出血和心肌缺血互相影响，处理难度极大[3]。临床护理通过加强生命体征、内循环、心功能等关键指标监测，并规范予以患者饮食、并发症预防、用药指导等护理干预，对保障治疗效果、促进机体康复具有重要作用，已成为当前多病共存老年患者不可或缺的诊疗环节。本次针对我院 2026 年 7 月收治的一例老年急性心梗合并上消化道出血患者的临床护理过程展开回顾性分析，探究护理干预价值，报告内容如下。

【关键词】：急性心肌梗死；上消化道；急性冠脉综合征；术后禁食

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.042

1 病史摘要

患者性别男，年龄 96 岁，入院时间 2026 年 07 月 29 日。主诉：呕吐咖啡样胃内容物伴黑便 1 天。现病史：患者 1 天前无明显诱因下出现恶心、呕吐，呕吐物为咖啡样胃内容物，量约 1000ml，柏油样黑便两次，有乏力，无发热、咳嗽咳痰，无头晕、腹痛、心慌等不适，就诊于我院急诊，予以补液、抗感染、吸氧等对症支持治疗后好转，现患者仍有乏力，黑便，家属为求进一步诊治，拟“上消化道出血”收住我科，病程中患者精神状态较差，睡眠尚可，有黑便，小便正常，体重近期无明显变化。

诊断结果：上消化道出血；急性冠脉综合征。

辅助检查：急查 07-29 粪常规+隐血：隐血试验阳性，粪便转铁蛋白阳性，呕吐物隐血:阳性;血常规:白细胞 11.73*10^9/L，血红蛋白 123g/L，血小板 181*10^9/L，淋巴细胞数 1.09*10^9/L，中性粒细胞数 10.09*10^9/L，C-反应蛋白 0.33mg/L，血压 80/50mmHg。

诊疗经过：入院后立即建立静脉通路，快速补液纠正低血容量状态，血压从 80/50mmHg 回升至 143/59mmHg，艾司奥美拉唑持续泵入抑酸护胃。7 月 30 日行电子胃镜：十二指肠球部畸形，溃疡灶 1.0*1.0cm，内镜下止血。术后继续艾司奥美拉唑抑酸护胃。手术顺利，术后禁食 48 小时术后患者无活动性呕血，黑便次数减少，血红蛋白稳定在 103g/L，初步判断出血得到控制，逐步恢复流质饮食。7 月 30 日遵医嘱留置尿管。8 月 4 日危急值：肌钙蛋白 I 6.050ng/mL，12:04 复查升至 7.687ng/mL，肌红蛋白 191.80ng/mL 同步升高，提示急性心肌损伤，予硝酸异山梨酯扩冠，比索洛尔改善心肌重构，呋塞米，螺内酯利尿，减轻心脏负荷。HB 下降，铁剂纠正贫血。8 月 5 日危急值：肌钙蛋白 I 7.880ng/mL；患者仍有黑便，无呕血，便隐血阳性，血红蛋白 77g/L。普通胃镜检查：未见明显活动性出血。术后禁食 2 小时，冷流质饮食。消化科会诊：黑便考虑铁剂相关；暂停胃管；继续静脉 PPI；停口服铁剂，静脉补铁。8 月 5 日在局麻下行 cvc 穿刺术。8 月 6 日患者解少量糊状咖啡样便，危急值：肌钙蛋白 I5.331ng/mL。8 月 7 日大便转为糊状，颜色较前变浅，无呕血。肌钙蛋白 I 5.331ng/mL。8 月 8 日解黑便 3 次，呈深绿色，无呕血。肌钙蛋白 I 2.265ng/mL。8 月 9 日解黄色大便，无呕血。8 月 10 日肌钙蛋白 I 降至 0.683ng/mL，停病危出院。

2 护理评估

既往史:高血压 3 级；糖尿病、消化性溃疡病史，其余无特殊。

病情危险评估：患者入院血压 80/50mmHg，为失血性休克前期；实验室指标提示活动性出血，属极高危人群。

风险评估：自理能力评估 40 分，重度依赖；深静脉血栓风险 7 分，高危；压疮评估 14 分，中危；导管评估 0 分；跌倒高危评估 15 分，低风险；营养风险筛查 1 分，中危。

3 护理问题

（1）心输出量减少，与心输出量下降、心肌缺血缺氧、机体供氧不足有关；

（2）组织灌注量不足，与失血、循环血量减少有关；

（3）体温过高，与机体应激反应、潜在感染有关；

（4）活动无耐力，与失血、贫血、心肌损伤、高龄有关；

（5）营养失调，与禁食禁饮、消耗增加有关；

（6）潜在风险问题，管道滑脱、自行拔管、并发症。

4 护理目标

（1）维持患者心率、血压稳定，改善心肌供血供氧；

（2）改善组织灌注，保障尿量正常；

（3）持体温平稳，减轻应激反应；

（4）持病情稳定，提高患者活动耐力；

（5）改善患者营养状态，促进关键指标回升；

（6）加强潜在风险问题，预防管道滑脱、窒息、再出血等事件[4]。

5 护理措施

（1）严密监测患者住院期间的心率、血压、尿量等关键指标，观察并记录有无呼吸困难、双下肢水肿等心衰征象，及时报告异常问题。叮嘱患者保持卧床休息，尽可能由家属协助完成各项日常生活活动，降低心脏负荷。遵医嘱给予患者持续氧疗，结合患者血氧饱和度数值合理调节氧流量，确保血氧饱和度不低于 95%。根据医嘱指导患者规范用药，予以硝酸异山梨酯扩管、比索洛尔改善心肌重构，并予以利尿等药物，留意用药后的病情变化，尤其加强药物不良反应监测。同时，提醒患者保持情绪稳定，避免情绪过于激动、悲伤，并叮嘱患者避免用力咳嗽、用力排便，以免增加心脏负担。严格控制输液速度和剂量，防止诱发心衰。

（2）定时监测患者四肢的末梢温度，记录皮肤颜色、脉搏及尿量变化，并评估外周、肾、脑灌注情况。协助患者保持休克体位，保证重要脏器供血稳定。加强观察患者的意识状态，询问患者有无头晕、湿冷等异常，警惕脑灌注不足发生[5]。合理调节室内温度，加强保暖护理，以免肢体受凉加重外周血管收缩。动态记录患者的出入量，确保补液速度、补液量和尿量维持平衡。将患者病情变化及药物服用后的反应进行记录，并及时反馈给医生，以便合理优化治疗方案。追踪患者实验室指标变化情况，警惕循环波动。同时，向患者及家属讲解失血性休克的早期征象，使其掌握观察要点，以便发现异常时能够及时报告医护人员。

（3）加强体温监测，每 4 小时监测一次，做好体温数据记录并生成体温曲线。若患者体温升高，增加体温监测频率，并借助温水擦浴等非药物手段进行降温，同时监测患者的出汗状况，防止大量出汗导致循环不足加重。确保患者液体摄入充足，及时补充水分防止脱水，并加强对患者尿量及皮肤弹性的观察。强调卧床休息的重要性，尤其避免单独下床活。病房环境保持温湿度适宜、通风良好，提醒患者穿着宽松舒适的衣物，并及时更换汗湿衣物，保持干净干燥。遵医嘱用药后，加强患者体温变化情况的观察，了解有无寒战、末梢循环不良等异常迹象。定期采集患者血液、痰液标本送检，明确发热原因。加强患者口腔护理，每天至少进行两次口腔清洁，保持口腔环境湿润，预防继发感染。加强对患者及家属的宣教，一旦出现不适症状，要及时告知医护人员。

（4）在病情急性期，患者以卧床休息为主。待患者病情稳定后，指导并帮助患者在床上进行适量主动、被动活动，再逐步尝试床边坐起、床边站立以及室内散步。活动过程中，确保全程陪伴患者，做好跌倒防护。在每次活动期间和活动后，观察患者的心率、呼吸、血压等情况，一旦出现心悸、气促等不适应立即休息。根据患者机体耐力、病情，合理调整每天的活动量和活动强度，防止一次性活动量过大。同时，加强健康宣教和心理护理，提高患者的配合度。

（5）在出血时，反复叮嘱必须禁食禁饮，防止食物刺激诱发或加重出血。待出血停止，由医生进行评估、确认后，可从少量温凉流质饮食开始摄入，若未见不适，再慢慢改为半流质和软烂食物，尤其规避辛辣、粗糙、坚硬、生冷、油腻类食物。食物种类以高维生素、高蛋白质、低盐低脂为主，保持少食多餐的习惯，避免过饱过饥。遵医嘱静脉补充白蛋白及铁剂，尽快纠正营养状态。动态评估患者营养状况是否改善，并留意患者每天的食欲以及对食物的耐受情况，及时对食物类别及摄入量进行调整。

（6）严格执行无菌要求和手卫生，及时更换敷料，避免污染。妥善固定导尿管、胃管等各种管道，确标识管道名称和日期。详细向患者及家属讲解管道留置的作用以及日常管理要点，并及时安抚患者情绪，防止管道滑脱、自行拔管等意外事件发生。交接班、翻身、活动后，需认真检查导管固定情况，确保固定妥当。严密监测患者的呕吐情况，落实误吸窒息预防。观察患者腹部体征，记录黑便情况，警惕穿孔、活动出血迹象。确保静脉通路畅通、抢救物品处于备用状态，预防再出血。指导患者练习踝泵运动，促进血液回流，并每天记录患者下肢有无肿胀、疼痛或色温变化等情况。

6 护理评价

本次报告所选患者为 96 岁高龄患者，合并急性心肌梗死与上消化道出血，具有病情危重、治疗矛盾突出的特点。患者因上消化道出血入院接受治疗，临床予以补液复苏、内镜下止血等干预，后患者突发急性冠脉综合征，对护理干预的针对性和专业性要求更高。通过对患者的综合情况进行综合分析和评估，识别患者在住院治疗期间的主要护理问题，再为患者提供个性化的护理干预，确保能够满足患者住院期间的护理需求，为临床治疗和患者康复提供保障[6]。在护理期间，严密监测患者生命体征、尿量、心功能等指标的变化情况，为临床治疗方案调整提供客观依据，可为抗栓与止血提供安全保障。同时，加强患者病情变化观察、不良事件预防，并结合患者自理能力差、营养状态不佳、合并基础疾病等特殊情况，加强活动指导、导管管理、营养支持、并发症预防等措施，保障了患者的住院安全。通过对患者实施综合监测、评估和预防为一体的护理干预措施，患者最终顺利脱离危险期，顺利出院。

综合以上分析可知，针对急性心梗合并上消化道出血的老年患者，临床应加强对患者的综合性护理干预，动态监测患者的出血情况、心功能等关键指标，为治疗提供客观准确的依据，并兼顾患者活动、营养、并发症预防等多方面护理，可有效解决此类患者治疗过程中存在的矛盾问题，为患者顺利度过急性期提供保障。将本次护理干预用于其他三例相似病例患者的住院治疗过程中，所选患者的病情均得到良好控制，未见严重不良风险事件发生，可知该护理干预可积极进行推广应用。

参考文献：

[1] 王蕾.多学科协作模式在下消化道出血患者诊疗护理一体化中的应用进展[J].当代医药论丛,2026,24(22):4-7.

[2] 张思思,郭孝坤.优化急诊护理对危险性上消化道出血救治及预后的影响[J].中国医药指南,2026,24(18):177-179.

[3] 许小艳.急诊护理对肿瘤合并急性上消化道出血患者的效果分析[J/OL].中国典型病例大全,1-7[2026-09-30].

[4] 陈海珍.层级链式护理对上消化道出血合并高血压患者止血效果的影响[J].当代医药论丛,2025,23(25):178-181.

[5] 黄玮香,黄燕英,肖小妃.消化道出血患者的急性护理应对策略与临床实践[J].黑龙江中医药,2025,54(4):284-285.

[6] 吴小玲,郭小艳,吕云侠.心理护理联合急诊护理在急性肝炎合并上消化道出血患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(3):133-135.