

主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术患者围手术期护理

盘瑞兰,詹福儿,王晓秋,何惠卿,黎晓芳,肖秋香

(东莞市人民医院 心胸外科,广东 东莞 523018)

[摘要] 笔者报道主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术患者的围手术期护理。术前严密观察患者的心理、血压、疼痛等情况,维持患者的心理、血压在稳定情况下行腔内隔绝术;术中在全麻后进行动、静脉穿刺,避免血压波动。术后准确用药,加强用药护理,对患者的疼痛表示理解、同情,使用止痛剂使其安静。认为对主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术患者提供良好的护理,有利于促进患者康复。

[关键词] 主动脉夹层动脉瘤; 腔内隔绝术; 护理

[中图分类号] 473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-9969(2005)02-0035-02

The peri-operative nursing of patients undergoing intracavitary separation of dissecting aortic aneurysm

PAN Ruilan, ZHAN Fuer, WANG Xiaochu, HE Huiqing, LI Xiaofang, XIAO Qiuxiang

(Dept. of Cardiothoracic Surgery, Dongguan People's Hospital, Dongguan 523018, China)

Abstract: The authors reported their experience in caring patients undergoing intracavitary separation of dissecting aortic aneurysm during the peri-operative period. The nursing strategies included preoperative close monitoring of mentality, blood pressure, pains in patients for the preparation for intracavitary separation; care under general anesthesia, care at venipuncture and avoidance of blood pressure instability during operation; postoperative appropriate administration, enhancement of medication care, expression of nurse's sympathy to the patients and easing them by using analgesic. They held that providence of better care for patients undergoing intracavitary separation of dissecting aortic aneurysm is beneficial to speed up the patient's recovery.

Key words: dissecting aortic aneurysm; intracavitary separation; nursing

主动脉夹层动脉瘤是指主动脉壁中层内裂开,并且在这裂开间隙有流动或凝固的血液,是一种常见的、最复杂和最危险的主动脉疾病之一,发病率文献报道为每年50~100人/10万^[1]。未经治疗的主动脉夹层动脉瘤预后很差,急性患者50%在夹层发生后48h内死亡,75%的患者在2周内死亡。慢性患者5年生存率低于50%。绝大多数患者死于主动脉破裂^[2]。因此,主动脉夹层动脉瘤需积极治疗,加强护理。近年来,外科引进了腔内隔绝术,使病死率大大降低^[3]。2003年4月~2004年2月我科应用主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术治疗5例胸腹主动脉夹层动脉瘤患者,现将护理报道如下。

1 临床资料

共5例患者,男4例,女1例,年龄40~72岁,平均59岁。其中4例伴有胸痛,5例均伴有高血压,收缩压28.0 kPa(210 mmHg),舒张压13.3 kPa(100 mmHg)。经CT、MRI、心脏彩超检查,均明确诊断。5例均应用硝普钠维持理想血压即收缩压为16.0~18.7 kPa(120~140 mmHg)后,行胸腹主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术,术后加强各项监护、健康教育,10~20 d后康复出院。

2 术前护理

2.1 心理疏通 主动脉夹层动脉瘤患者往往起病急,疼痛剧烈,血压升高,激动的情绪更使疼痛加剧、血压升高。因此,给予患者安慰及心理支持,嘱其绝对卧床休息,介绍病房环境、主治医生、责任护士,讲解此病的发生原因、治疗用药的目的、各项检查的意义及注意事项。介绍腔内隔绝术的手术方式及国内外成功例子。使其认识到行手术是该病唯一有效的治疗方法,说明有一定的风险,但不应背上包袱。分析情绪对疼痛、血压、病情的影响。

2.2 血压的监测与用药护理 大量临床资料表明,主动脉夹层动脉瘤患者不管是内科或手术治疗后,如未控制血压,其5年生存率均为60%,而血压得到控制的患者则5年生存率高达95%^[2]。目前临床常用的药物有3类:血管扩张剂、 β -肾上腺素受体阻断剂和钙离子阻断剂。在确诊为“主动脉夹层动脉瘤”后,我科开始主要应用的是静脉注射泵泵入硝普钠,其次为硝酸甘油。开始硝普钠用量为0.3~0.5 $\mu\text{g}(\text{kg}\cdot\text{min})$ 泵入,根据患者实际血压情况调节,测血压1次/30 min,血压稳定,收缩压为16.0~19.0 kPa(120.0~142.5 mmHg),测血压1次/2~4 h。用药期间严密观察血压、疼痛、外周静脉情况,准确记录24 h出入量。维持血压在13.0~16.0 kPa(97.5~120.0 mmHg),尿量至少30 ml/h。血压变化大,有升高现象,马上报告医生,逐渐加大药物泵入量,一般每次调节增加剂

[收稿日期] 2004-08-24

[作者简介] 盘瑞兰(1971-),女,广东阳江人,1998年毕业于中山大学成人高教自考护理大专,大专学历,主管护师,护士长。

量为 0.1~0.2 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。本组 5 例患者术前硝普钠最大用量为 1.2~2.4 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$, 血压控制在 13~16/8~9 kPa(100~120/60~68 mmHg)。有胸部疼痛症状患者在用药后疼痛明显减轻, 心率 68~86 次/min。5 例患者均在用药 5 d 后行夹层动脉瘤腔内隔绝术。

2.3 疼痛护理 急性期主要症状是突发性前胸、后背或/和腹部剧烈疼痛, 多刺痛, 撕裂或刀割样痛, 难以忍受, 常表现痛苦、恐慌的面容。向患者表示理解、同情, 尽量使患者安静, 嘱绝对卧床休息, 保持病房安静, 指导放松疗法, 允许家人陪伴。疼痛难以忍受时, 按医嘱给予止痛剂, 注意护理操作轻柔。疼痛剧烈时, 严密观察血压的变化, 血压过高可能引起瘤体破裂致死亡, 若发现血压大幅度下降考虑动脉瘤破裂, 立即报告医生, 随时做好抢救、急诊手术准备。本组患者无发生动脉瘤破裂。

3 术中护理

3.1 全麻时护理 配合麻醉医生做好麻醉工作, 一切刺激性操作如桡动脉穿刺、颈内静脉穿刺等待麻醉后进行。

3.2 造影配合护理 经左肱动脉将造影剂送至主动脉根部, 进行造影检查, 确定漏口位置, 造影时密切观察心率、血压、血氧饱和度变化。

3.3 置入支架护理 经右股动脉置入带膜支架, 至裂口处置入支架时, 收缩压降至 9~11 kPa (67.5~82.5 mmHg), 注意观察血压变化。

4 术后护理

4.1 患者回病房途中护理 推病床到介入室接患者, 避免因过多搬动患者引起血压波动。患者带气管插管人工辅助呼吸回病房监护室, 途中通过桡动脉穿刺有创动脉压观察血压变化。持续使用硝普钠维持血压。

4.2 病情观察 术后 24 h 内严密观察意识、生命体征、心电图、血氧饱和度、出凝血时间等, 定时抽查血常规、肾功能、血气分析, 准确调节呼吸机各参数。记录 24 h 出入量, 如尿量少, 及时报告医生, 给予对症处理。观察足背动脉、桡动脉搏动情况; 行穿刺的肢体禁止测血压、抽血、注射等操作。

4.3 用药护理 本组 5 例患者术后均用硝普钠维持理想血压。1 例患者术后收缩压为 21 kPa(160 mmHg), 且波动范围大, 开始予硝普钠 2.2 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$, 测

血压 1 次/30 min, 并给予镇静、利尿处理, 收缩压维持在 15~18 kPa (112~135 mmHg)。2 例患者血压 16~17/7~9 kPa (120~130/56~65 mmHg), 予硝普钠 1.9~2.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。均实行特级护理, 观察病情变化, 术后血压均控制较理想, 无并发症发生。因术中需全身肝素化, 术后观察出凝血时间, 观察患者皮肤、黏膜、牙龈有无出血点, 注射、穿刺伤口有无渗血。本组 1 例患者术后 6 d 出现舌面麻木, 进食刺痛, 右颊黏膜有白色膜样物, 予复方硼酸溶液漱口及中医调理, 效果好。

4.4 疼痛观察 腔内隔绝术术后可能出现疼痛, 术后做好心理护理, 向患者讲述疼痛的原因, 手术已取得成功, 尽量放松。本组 1 例患者术后腋下、胸部疼痛, 遵医嘱给予止痛等对症处理后缓解。如果疼痛持续、冒汗、血压突然升高、心慌乏力等, 提示为动脉瘤破裂, 立即报告医生, 采取紧急处理措施。

4.5 呼吸道护理 全麻、气管插管者易造成喉头水肿, 呼吸道分泌物增多, 由于疾病致疼痛, 患者常拒绝咯痰。有辅助呼吸者随时吸痰, 定时雾化、湿化气道。本组 5 例患者术后痰量多、黏稠, 予做好各项措施, 治疗护理效果均满意。

4.6 术后并发症的观察护理

4.6.1 内漏 主动脉夹层瘤腔内治疗的最严重并发症, 术中内漏立即处理, 术后密切观察患者有无发生内漏, 观察有无疼痛和血压升高, 支架置入 2 周后复查 MRI 了解是否有内漏产生。本组患者无发生内漏。

4.6.2 截瘫 主动脉夹层瘤传统手术和新手术方式治疗时常见的并发症之一, 为脊髓缺血性损伤所致, 术后注意观察患者四肢活动、感觉情况。

4.7 出院指导 按时服用降压药物等, 避免剧烈运动, 增加心脏负担, 以感觉适合为准。进食易消化食物, 保持大便通畅, 根据医生处方适量应用缓泻剂。定期回院复查血常规、凝血时间、心脏彩超等及介绍手术后的注意事项。

[参考文献]

- [1] 沈宗林, 姬高义. 主动脉外科[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001:218.
- [2] 郭加强, 吴清玉. 心脏外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002:819-835.
- [3] 王利丽, 赵继军, 叶文琴. 腹主动脉腔内隔绝术与传统手术后的护理特点比较[J]. 解放军医学杂志, 2001, 26(9):662.

[本文编辑:杨玩华]