doi:10.3969/j.issn.1007-9688.2016.02.28

·护 理·

DeBaKeyⅢ型主动脉夹层腔内隔绝术60例护理体会

陈丽文,古 良,申铁梅
[广东省心血管病研究所 广东省人民医院(广东省医学科学院),广州 510100]

摘要:目的 探讨 DeBaKeyⅢ型主动脉夹层腔内隔绝术患者的护理方法。**方法** 对 60 例 DeBaKeyⅢ型主动脉夹层行主动脉腔内支架隔绝术的患者进行术前、术后病情的观察及护理。术前护理重点是严密监测生命体征,及时镇静止痛,有效降压及控制心率;术后重点要注意观察患者意识、血压、血流情况及尿量变化,及时发现手术并发症;同时术前、后加强患者身心护理及健康宣教。**结果** 所有患者均顺利完成手术,经积极术前及术后观察及护理等处理后顺利出院。**结论** 在术前对患者疼痛的准确评估及细致的观察,进行有效的止痛,尤其控制好血压,降低其心率,能为手术的顺利进行提供了很好的保障,术后予抗感染等积极的预防与生命体征的观察,以及手术前后心理护理,健康宣教是手术成功的关键。

关键词:主动脉夹层;动脉瘤;腔内隔绝术;护理
中图分类号:R543.1+6 **文献标志码:**A **文章编号:**1007-9688(2016)02-0221-02

主动脉夹层(aortic dissection,AD)是多种原因导致的主动脉内膜撕裂,血液通过夹层开口进入内膜与中外层之间层面纵行剥离而形成夹层假腔,并向远端延伸的一种严重的心血管急症。AD 起病较急,病情进展快,若不及时诊断治疗处理,早期病死率高,倘若发病初期能够得到全方位及时正确的就诊和护理,可以协助患者渡过危险期,为接下来的手术赢得宝贵时间。现将我们诊治护理的该类患者的术前、术后护理经验总结如下,以便指导临床护理实践。

1 资料和方法

1.1 一般资料

自 2010 年 6 月 1 日至 2013 年 6 月 1 日在广东省人民医院均经主动脉全程计算机断层扫描或核磁共振检查确诊为 DeBaKeyⅢ型主动脉夹层,并行主动脉夹层腔内隔绝术的 60 例患者,其中男 40 例,女 20 例,年龄 57(30~78)岁。有原发性高血压(高血压)病史 40 例,外伤病史 2例,几乎在所有患者中,均存在着不同程度的突发性心前区、腰背部或腹部的剧烈疼痛,症状呈撕裂样或刀割样或烧灼感等不同程度的疼痛性质。

1.2 手术方法

患者平卧,常规消毒铺巾,局部麻醉下以 Seldinger 法穿刺桡动脉,引入 6F 猪尾巴管置入主动脉根部并行主动脉多角度造影,确认近端主动脉的内径口及夹层裂口的位置和大小,必要时测量夹层的撕裂口与左锁骨下动脉开口的距离,然后再次测量夹层各部位的各项参数,以确定选用适当的口径和长度的覆腹支架。穿刺股动脉,置入 6 F 鞘管,预置 Proglide 缝合器,更换为 9F 鞘。常规方法建立从股动脉至升主动脉通道,用 JR4 指引导管造影显示指引管在夹层真腔,交换相应的加硬导丝,沿此导丝扩张条扩张后,置入合适的主动脉带膜支架,复查造影支架覆盖情况,确保左、右锁骨下动脉,颈总动脉血流无影响,同时也要显示支架贴壁良好。术毕拔管,血管吻合器缝合穿刺股动脉,桡动脉用止血器压迫止血。送患者入病房监测病情变化。

2 结 果

所有 60 例 DeBaKeyⅢ型主动脉夹层患者均能成功的置入了覆膜支架,所有患者的夹层破口均封堵良好,在手术过程中及术后无发生严重并发症,术后住院 3~15 d,均能全部痊愈出院。随访至今的 60 例患者情况稳定良好,复查主动脉全程计算机断层扫描或核磁共振检查显示覆膜支架无移位、无内瘘及无血栓形成。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 主动脉夹层患者多突发剧烈的撕裂样疼痛,表现出烦躁不安、精神紧张、大汗、濒死感,同时可有面色苍白、四肢冰冷、脉搏细数等休克表现,护士针对患者的病情、教育水平、文化层次、社会背景等采取针对性的宣教措施,详细地向患者及其家属解释此手术的必要性、可行性,并予以成功的病例给予患者信心,同时需简单介绍手术的大致过程[1],需用心倾听,以语言、手势、身体语言等沟通的技巧与患者进行细致的交流,耐心解答患者的疑问,必要时可分散其注意力,客观说明手术的各种可能性,让患者以科学的态度去了解疾病,遵医执嘱,积极接受治疗。

3.1.2 血压心率控制 研究显示,80%以上的主动脉夹层患者均患有高血压,血压高及心率快都可能导致主动脉夹

作者简介:陈丽文(1975-),女,主管护师,研究方向为心血管内科护理。
通信作者:申铁梅,E-mail:75259389@qq.com

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

层形成血肿或延伸或动脉瘤破裂，因此，迅速予降低血压和控制心率是治疗的关键[2]。血压的波动是夹层形成的原因之一，而本组 66.7%的患者有高血压病史，因此，有效快速地控制血压及心率是控制夹层进展的关键。控制血压多采用硝普钠，我科常以硝普钠 50 mg+5%葡萄糖 50 mL，根据血压情况逐渐调整剂量，绝对使用微量泵给药，避免使血压波动过大，开始用药应每 5~10 min 测量血压 1 次，每次以 0.6 mL/h 的剂量调整，每调整一次剂量均应在 10 min 左右测量血压 1 次，稳定后可以隔 30 min 测 1 次，同时注意有无药液渗出。由于硝普钠半衰期短，见光易分解，对肾脏有毒性反应，所以一定要做好避光，以泵输入，以防降低药物疗效，同时硝普钠容易发生耐药性，所以一般避免连续使用超过 24 h。对于控制心率多采用美托洛尔，根据心率情况可给予 100~200 mg，每天两次，争取在 30 min 内使收缩压降至 100 mm Hg(90~110/60~70 mm Hg，1 mm Hg=0.133 kPa)，心率在 60~75 次/min 为宜，同时可给予低剂量的口服降压药物，如苯磺酸氨氯地平片(络活喜)等过渡，以减少硝普钠的使用时间，上述范围内的血压及心率可有效地延缓或终止夹层继续延伸，减轻患者疼痛，为手术赢得时间[3]。

3.1.3　*疼痛观察护理*　因疼痛为夹层最常见表现，且多为撕裂样，疼痛剧烈，在临床上应严密观察患者疼痛的部位、性质、持续时间及程度[4]。可采取与患者多交流以转移患者的注意力，间中减轻患者疼痛，必要时可给予镇痛剂，但需严格掌握用药剂量，用止痛药后严密观察患者呼吸、神志，防止发生呼吸抑制，同时观察用药后疼痛是否有所改善。当疼痛性质发生变化或部位改变时，更应密切观察患者病情，以免夹层恶化，及时告知主管医生，以免贻误病情。

3.1.4　*一般护理*　入院后立即进行心电及血压监护，告知患者卧床休息，减少患者家属探视，协助患者生活护理，必要时予以气垫床防压疮，做检查应有专人陪护。饮食方面予指导进食低盐、低脂清淡且易消化的饮食，可予富含维生素的水果，并少量多餐。嘱其保持大便通畅，绝对避免用力排便，予使用缓泻剂，同时避免剧烈咳嗽。病房应保持安静，舒适，保证患者良好的睡眠，必要时可以给予安眠药[5]。

3.1.5　*术前准备*　按医嘱完善术前各项实验室生化、血常规、降钙素原等炎症指标检验及心电图，超声心动图，主动脉全程计算机断层扫描等检查；根据患者肾功能情况，必要时给予水化处理。

3.2　术后护理

3.2.1　*生命体征观察*　术后常规检查生命体征，心电监护，血压控制在 120/80 mm Hg 左右，心率在 60~75 次/min 为宜，给予低流量吸氧，并作床边心电图，抽血生化，血常规及炎症指标与术前对比是否变化；术后平卧并确保穿刺大腿伸直 24 h，第 2 天可在床上或床边少许活动，但穿刺肢体不可弯曲或过度用力，以免伤口裂开出血；术后患者要保持大便通畅，避免用力大便；术后可常规饮食，但宜少食多餐，避免情绪激动和血压波动；做好跌倒、坠床、压疮、穿刺部位伤口预防感染等护理安全风险评估，落实各项预防措施，保障患者安全[6]。

3.2.2　*并发症观察护理*　(1)感染：术后患者出现发热，寒战等感染症状，应加强测量体温，一般每 4 h 测量一次，根据情况嘱患者适量多饮水，或物理降温，必要时给予抗生素治疗；同时告知患者保暖防凉，加强口腔及会阴部护理，防止交叉感染减少并发症的发生。(2)因手术穿刺股动脉及桡动脉，术后多加压止血，若加压过紧，可出现不同的动脉搏动征，肢体远端出现缺血症状，如神经受压，可出现相应神经体征，如压迫过松，可见穿刺部位出血或渗血等，或出现近端血肿，此时可以调整止血器松紧度，必要时可以弹力绷带包扎。若股动脉穿刺处渗出过多，可压迫膀胱及周围神经，引起膀胱胀感或无尿、血尿等情况，因此，应加强对患者尿液性质的询问，早期发现问题，及时处理，同时，若出现其他任何异常，也应及时向医生反映。对术肢搏动的观察也尤为重要，防止血栓形成[7]，若形成血栓，血栓脱落可随血液进入脑部，引起相应的神志改变。(3)疼痛的观察：多巡视患者，详细记录疼痛的发作时间、部位、性质、强度、持续时间长短及伴随症状等。根据术后患者疼痛发生的情况，需及时地应用镇静、镇痛的药物。术后疼痛可能为手术刺激引起，也可能为支架发生内漏、移位，或出现新的小夹层病变，抑或根据疼痛部位、性质、伴随情况，可能为其他疾病，根据具体情况，必要时可行全程计算机断层扫描、超声心动图、胸腹部平片、心电图等检查明确病变部位，给予对症处理，防止并发症的进展，以免遗漏病情。

3.2.3　*出院教育*　改掉术前吸烟、嗜酒等不良生活习惯，保持良好的心态，避免情绪激动而引起血压波动；低盐、低脂，少量多餐；可适度体力活动，不可激烈运动，以每周至少 5 次，根据康复科要求每次有氧运动至少 30 min，或每周活动总量不少于 150 min；保持大小便通畅；坚持规律服药，监测血压心率，每天至少晨起和睡前二次测量血压，并记录下来，根据血压心率情况咨询医生，不可随意自行调整药物或中断服用药物；定期复诊，术后的 1、3、6、12 个月复查超声，6、12 个月复查主动脉全程计算机断层扫描，出现胸、腹、腰痛时随时来院就诊[8]。

4　小　结

DeBaKey Ⅲ型主动脉夹层是心血管科较为常见的疾病，予带覆膜支架植入治疗是目前来说该病最先进、创伤性最小的方法。但是大多数的患者由于对疾病的认识不够，更因缺乏对相应的手术知识而顾虑较多，因此，术前需要护理人员运用良好的沟通能力及熟练的护理技巧和扎实的护理知识来解除患者的疑惑和各种顾虑，以缓解患者精神上的压力和心理负担，以确保手术的顺利进行。在此同时，在术后康复护理中，护理人员更需要有扎实的临床护理知识，密切观察病情的变化，及时发现问题，最大限度地减少患者并发症的发生。但目前由于这项技术仍未大规模开展，较多的医院在这方面相对缺乏经验，所以要求护

(下转第 236 页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

Transplant, 2014, 33(10): 1083-1092.

[34] SHENG C C, ZHOU L, HAO J. Current stem cell delivery methods for myocardial repair[J]. Biomed Res Int, 2013, 2013: 547902.

[35] LE VISAGE C, GOURNAY O, BENGUIRAT N, et al. Mesenchymal stem cell delivery into rat infarcted myocardium using a porous polysaccharide-based scaffold: a quantitative comparison with endocardial injection[J]. Tissue Eng Part A, 2012, 18(1-2): 35-44.

[36] KEAN T J, LIN P, CAPLAN A I, et al. MSCs: delivery routes and engraftment, cell-targeting strategies, and immune modulation[J]. Stem Cells Int, 2013, 2013: 73274.

[37] SUI R, LIAO X, ZHOU X, et al. The current status of engineering myocardial tissue[J]. Stem Cell Reviews and Reports, 2011, 7(1):172-180.

[38] VASSALLI G, MOCCETTI T. Cardiac repair with allogeneic mesenchymal stem cells after myocardial infarction[J]. Swiss Med Wkly, 2011, 141: w13209.

[39] LEE J M, JUNG J, LEE H J, et al. Comparison of immunomodulatory effects of placenta mesenchymal stem cells with bone marrow and adipose mesenchymal stem cells[J]. Int Immunopharmacol, 2012, 13(2): 219-224.

[40] ZHU S F, ZHONG Z N, FU X F, et al. Comparison of cell proliferation, apoptosis, cellular morphology and ultrastructure between human umbilical cord and placenta-derived mesenchymal stem cells[J]. Neurosci Lett, 2013, 541: 77-82.

[41] RIGOL M, SOLANES N, ROURA S, et al. Allogeneic adipose stem cell therapy in acute myocardial infarction[J]. Eur J Clin Invest, 2014, 44(1): 83-89.

[42] JIANG C Y, GUI C, HE A N, et al. Optimal time for mesenchymal stem cell transplantation in rats with myocardial infarction[J]. J Zhejiang Univ Sci B, 2008, 9(8): 630-637.

[43] GAO L R, PEI X T, DING Q A, et al. A critical challenge: dosage-related efficacy and acute complication intracoronary injection of autologous bone marrow mesenchymal stem cells in acute myocardial infarction[J]. Int J Cardiol, 2013, 168(4): 3191-3199.

[44] LIU B, DUAN C Y, LUO C F, et al. Effectiveness and safety of selected bone marrow stem cells on left ventricular function in patients with acute myocardial infarction: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Int J Cardiol, 2014, 177(3): 764-770.

[45] NAEEM N, HANEEF K, KABIR N, et al. DNA methylation inhibitors, 5-azacytidine and zebularine potentiate the transdifferentiation of rat bone marrow mesenchymal stem cells into cardiomyocytes[J]. Cardiovasc Ther, 2013, 31(4): 201-209.

(收稿日期:2015-09-28)

(上接第 222 页)

理人员需及时总结经验,互相进行讨论学习,不断探索,不断提高护理的水平[9],为临床护理实践工作提供参考学习。

参考文献:

[1] 刘英丽, 岳秀平. Ⅲ型主动脉夹层支架植入术 15 例围术期健康教育[J]. 中国医学工程, 2012, 11:117.

[2] 范丽琦. 主动脉夹层动脉瘤的护理[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(19): 37-39.

[3] 中国医师协会急诊医师分会. 中国急诊高血压诊疗专家共识[J]. 中国急救医学, 2010, 30(10): 865-876.

[4] 梁邦翼, 盘满华, 刘孝柏. 以"呕吐、腹痛、腹泻"为主诉的主动脉夹层动脉瘤破裂 1 例[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(23):3852-3852.

[5] 秦懿, 刘瑱雨. 主动脉夹层介入治疗 19 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(36): 74-76.

[6] 周云勤, 周伟清. 52 例主动脉夹层瘤的临床护理体会[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(6): 796-797.

[7] 刘文霞. 1 例 De Bakey Ⅲ型主动脉夹层行大血管覆膜支架植入术的护理[J]. 当代护士(学术版), 2013, 1: 155-156.

[8] 耿素萍, 王福安, 蔡明玉, 等. 主动脉夹层动脉瘤支架植入的手术配合及护理[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(2): 14-15, 18.

[9] 封华, 丁海燕. 10 例主动脉夹层动脉瘤支架植入术的护理[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(8): 608-610.

(收稿日期:2014-02-25)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net