

主动脉夹层覆膜支架置入常规护理及术后并发症观察

张 惠* 张 静 刘锦屏 赵敏霞

(江苏省连云港市第一人民医院心血管外科, 连云港 222002)

【内容提要】 本文总结 2009 年 1 月~2012 年 2 月 66 例 DeBakey III 型主动脉夹层覆膜支架植入术护理经验, 并发症 5 例 (7.6%), 包括术后支架近端逆行性夹层而导致冠脉严重缺血死亡 1 例、脑梗死 1 例、截瘫 1 例、左上肢缺血 1 例、内漏 1 例。死亡率 1.5% (1/66)。65 例随访 6 个月~1 年, 支架无移位, 无严重心脑血管并发症。

【关键词】 主动脉夹层; 支架置入术; 护理; 并发症

中图分类号: R473.6

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2015)09-0859-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2015.09.028

Nursing Experience of Percutaneous Stent Implantation for Aortic Dissection and Observation of Postoperative Complications

Zhang Hui, Zhang Jing, Liu Jinping, et al. Department of Cardiovascular Surgery, Lianyungang First People's Hospital, Lianyungang 222002, China

Corresponding author: Zhang Hui, E-mail: 2401139032@qq.com

【Summary】 In this paper, we summarized the nursing experience of 66 cases of DeBakey type III aortic dissection receiving operation of percutaneous stent implantation from January 2009 to February 2012. Complications occurred in 5 cases (7.6%), including 1 case of progressed aortic dissection leading to death, 1 case of cerebral infarction, 1 case of paraplegia, 1 case of left upper limb ischemia and 1 case of internal leakage. The mortality rate was 1.5%. All of the 65 cases were followed up for six months to a year, without stent displacement and serious cardiovascular complications.

【Key Words】 Aortic dissection; Stent implantation; Nursing; Complication

随着我国高血压病人的增加, 主动脉夹层发病率呈逐渐上升趋势。主动脉夹层是主动脉内膜撕裂, 循环中的血液通过裂口进入主动脉壁内, 使中膜与外膜分离, 部分外膜扩张膨出形成动脉瘤。该病起病急骤, 为临床常见的急危重症。近年来, 随着覆膜支架置入术在临床上的应用, 病死率明显降低, 但新技术的应用给护理工作带来了新的挑战, 主动脉夹层常规护理的制定及术后并发症观察、护理为手术顺利进行及减少并发症发挥了显著作用。2009 年 1 月~2012 年 2 月, 我院采用覆膜支架置入术治疗 66 例主动脉夹层, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 66 例, 男 45 例, 女 21 例。年龄 42~75 岁, 平均 58 岁。均因突发性胸背部撕裂样疼痛, 伴大汗淋漓甚至濒死感入院。既往有高血压病史 64 例, 入院时血压 150~190/90~110 mm Hg。术前行

CTA 检查, 明确主动脉夹层破口位置及病变范围, 本组均为 DeBakey III 型。

1.2 手术方法

均在杂交手术室全麻下切开一侧股动脉行主动脉覆膜支架置入术。平卧位, 留置尿管, 消毒。经左肱动脉穿刺行主动脉造影, 明确破口位置、主动脉直径及主动脉主要分支情况。选择合适的覆膜支架, 在一侧腹股沟部做纵行切口, 暴露股总动脉。送入加硬导丝至升主动脉, 降低收缩压至 90 mm Hg, 心率 ≤ 60 次/min 后释放覆膜支架封堵破口, 退出输送器再次行主动脉造影明确支架位置, 观察有无内漏以及主动脉主要分支情况以判断治疗效果。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 开通绿色通道, 启动应急常规 我科自 2008 年 5 月开通主动脉夹层绿色通道, 对医护人员进行专门培训, 实行一体化全程救护。急、重患者由现场送到急诊室后迅速实施相关检查、急救。CTA

* 通讯作者, E-mail: 2401139032@qq.com

检查确诊后直接入监护病房,常规吸氧→心电监护→绝对卧床→开通 2 条以上静脉通路→严格控制血压→告知病危。主动脉夹层有 21% 死于入院前^[1],因此,绿色通道的建立,缩短患者从就诊到入院的时间,为成功抢救患者赢得了时间。

1.3.1.2 基础护理 入住监护室,患者绝对卧床休息,心电监护,氧气吸入 2~4 L/min,室内安静、整洁,指导平卧位,保持情绪稳定。饮食少量多餐,勿饱餐,进食低盐低脂易消化的富有纤维素食物,保持大便通畅。因排使用力可使血压骤升而诱发动脉夹层扩大或破裂,应避免一切突然加大腹压的动作,所有活动由护士协助完成,应床上大小便,排便时密切观察生命体征的变化,必要时给予开塞露、缓泻剂。

1.3.1.3 镇痛 严密观察疼痛的部位、性质、强度、放射性及放射范围等,以此判断血肿部位、剥离情况及治疗效果^[2]。如果疼痛减轻后再次加重,提示动脉夹层继续扩展;疼痛突然加剧提示血肿有破裂可能;如血肿破入血管腔,疼痛可突然减轻。疼痛剧烈时应使用强效镇痛剂(肌内注射吗啡 5~10 mg)。

1.3.1.4 控制血压及心率 主动脉夹层有可能累及左锁骨下动脉,导致左上肢血压不准确,临床上应以右侧上肢血压为准。最短时间内将收缩压降至 100~120 mm Hg,硝普纳可作为降血压的首选药物^[3],本组在心电、血压、血氧饱和度监测下用硝普纳 50 mg 加生理盐水 50 ml 微泵注入,根据血压情况随时调整硝普纳的剂量。注意不要随意停药,更换药物要迅速、准确,现用现配,注意避光。长期使用应观察有无恶心、呕吐、头痛、震颤、嗜睡、昏迷等症状。控制心率在 60~80 次/min,口服美托洛尔 50 mg,每日 3 次,其用量是一般高血压病人用量的 3~4 倍。一旦出现血压突然急剧升高、疼痛加剧、面色苍白、出冷汗、脉速等症状,怀疑动脉瘤破裂,应立即报告医生,紧急处理。

1.3.1.5 心理护理 患者多表现为恐惧、紧张、焦虑心理,不良的心理状况不利于血压和心率的控制,护士应耐心倾听,态度和蔼可亲,多与患者沟通,建立良好的护患关系。疼痛时给予亲切的安慰,疼痛缓解后,讲解疾病的相关知识及覆膜支架术的优点、术后的配合等内容。做好健康宣教,为手术做准备。

1.3.1.6 术前准备 备皮,备血,术前 6 h 禁食水,测体重(为术中抗凝药的用量提供依据),高血压患者遵医嘱服用降压药。

1.3.2 术中护理 入手术室后,护士热情接待,消除患者恐惧感,倾听患者主诉,如患者出现胸闷、气喘、疼痛剧烈等及时汇报医生。覆膜支架置入术对血流动力学干扰大,有动脉夹层破裂和心脏不堪重负而产生心脏意外事件的潜在危险。医护人员要紧

密配合,给予心电监护,密切注意心率、心律、血压的变化。保持留置导尿管通畅,准确观察尿量、尿色。术中严格无菌技术操作,各种仪器、抢救药品及物品处于完好备用状态、定点放置,熟练使用。

1.3.3 术后护理及并发症的观察

1.3.3.1 脉搏、血压的观察 持续心电监护及血压监测,在保证心、脑、肾等重要脏器血供的前提下,应用硝普纳将收缩压控制在 100~120 mm Hg,心率 70~80 次/min,这种指标下夹层相对稳定。有 36% 患者两侧血压、脉搏不一致^[4],可能术中释放覆膜支架封堵左锁骨下动脉,导致左上肢缺血改变,因此术后应以右上肢血压为准,并观察桡动脉搏动是否对称、有力,肢端是否温暖,感觉有无异常。如有左上肢缺血症状(无力、肢冷、麻木等),应积极抗凝治疗,如症状严重需行左锁骨下动脉重建术。

1.3.3.2 疼痛的观察及护理 术后可有不同程度胀、钝痛等症状,应及时给予疼痛评分,根据具体情况给予止痛药物。护理要密切观察患者疼痛的部位、性质、程度。如突发胸前区撕裂样疼痛伴血压升高、面色苍白,血心肌酶谱、肌钙蛋白明显增高,应急查 CTA,如考虑术后支架近端逆行性夹层致冠状动脉受累,应急诊手术。

1.3.3.3 神经系统的观察及护理 ①因术中需要控制性低血压以及导丝、导管下主动脉腔内操作可能导致斑块脱落形成栓子,术后可能并发脑梗死^[5],因此护理要密切观察神志、瞳孔的变化。主动脉夹层患者往往合并高血压、动脉硬化,容易发生脑血管意外。②覆膜支架置入时胸腰段脊髓的供血动脉根最大动脉术中可能被覆膜支架覆盖^[6],影响部分脊髓的血液供应,加上围手术期低灌注,导致脊髓的血供减少;同时,部分患者由于锚定区不足而封堵左锁骨下动脉,同样术后可能并发截瘫。因此护理上密切观察四肢的运动和感觉,肢体有无肿胀、麻木、疼痛及双下肢肌力等情况。

1.3.3.4 尿量的观察及肾功能不全的护理 术中造影剂的使用加上术中低血压都是导致肾衰竭的因素,因此要保持尿管引流通畅,准确记录 24 h 尿量、颜色、性状。定期复查肾功能、尿常规、电解质。指导患者多饮水(2000~2500 ml/d),并适当补液,促进造影剂排出;避免使用对肝、肾功能有损害的药物;维持血流动力学稳定,保证肾脏血液灌注良好。如尿量 < 800 ml/24 h,应及时报告医生,考虑肾功能损害,严重的肾功能不全可行透析治疗。

1.3.3.5 体温观察及股动脉伤口护理 ①由于本院覆膜支架置入术采用股动脉切开方法,术后体温会有所升高,应每日监测体温 4 次,并定期查血常规。护理上严格执行无菌操作原则,保持伤口敷料

清洁,无渗血渗液。②腹股沟伤口加压包扎,术侧肢体制动 24 小时,沙袋压迫 6 小时,密切观察穿刺点渗血、出血情况,患肢的温度、颜色,有无肿胀及动脉搏动情况。

1.3.3.6 抗凝药物相关的观察及护理 术中肝素化,可能导致凝血时间延长引起出血症状。护理上应严密观察伤口渗血情况,定期复查凝血酶原时间,必要时可用鱼精蛋白对抗。观察皮肤有无出血点,有无牙龈出血及皮肤紫癜、尿血、便血以及头痛等脑出血症状,女性患者有无月经过多,随时监测凝血指标,调整用药,如有异常立即处理。

1.3.3.7 饮食护理 病人清醒后开始进食低盐低脂的高蛋白饮食,以保证营养充足,促进伤口愈合。食物中应富有纤维素,以保持大便通畅。

1.3.4 出院指导 向患者讲解出院后控制血压稳定的重要性,指导患者自测血压和心率,按时服药,不要擅自停药。改变易怒的性格,保持情绪稳定,避免劳累。少食多餐,进食清淡、易消化、低盐、低脂、含有纤维素的食物,按时大便,保持大便通畅。交待术后 3 个月、6 个月、1 年复查 CTA,以后每年 1 次,观察支架的形态、位置,假腔形成情况。

2 结果

66 例从就诊到住院的时间 1~4.5 h,平均 1.6 h。住院时间 15~20 d,平均 16.2 d。并发症 5 例(7.6%),其中 1 例(1.5%)死亡:术后支架近端逆行性夹层死亡 1 例,术后第 3 天突然心前区撕裂样疼痛与术前相似伴血压升高、面色苍白,急查 CTA 考虑支架近端逆行性夹层,血心肌酶谱、肌钙蛋白明显增高,考虑夹层致冠状动脉受累,但该病人年龄大、全身情况差不能耐受手术,经保守治疗抢救无效死亡;脑梗死 1 例,术中封堵左锁骨下动脉,术后第 2 天神志模糊,肢体活动受限,头颅 MRI 显示梗死部位为右侧小脑,考虑为术中主动脉斑块脱落并发脑梗死,经保守治疗及康复锻炼后恢复部分功能;截瘫 1 例,主动脉夹层破口位置低,术中未封堵左锁骨下动脉,覆膜支架远端覆盖在腹腔干动脉上缘水平,可能导致根最大动脉缺血,术后第 2 天出现双下肢肌力下降,运动、感觉障碍,考虑脊髓有部分损伤,并发截瘫,请神经内科会诊指导治疗,及时行脑脊液引流、营养神经、激素冲击治疗,辅以功能锻炼等措施,于术后第 12 天左右肌力逐渐恢复,出院时运动功能已恢复;左上肢缺血 1 例,术后 18 h 出现左上肢缺血症状,表现为无力、肢冷、麻木症状,经积极抗凝治疗后症状缓解;术中严重 I 型内漏 1 例,锚定区足够,故向大支架前方置入限制性支架一枚,再行造影检查内漏消失。65 例随访 6 个月~1 年,支架无移

位,无严重心脑血管并发症,无肾衰竭发生。

3 讨论

主动脉夹层是血管外科最凶险的疾病之一,病死率高。覆膜支架置入术是近年来新开展的一种治疗手段,疗效确实可靠,术后伤口小,恢复快。但是覆膜支架置入术存在严重并发症,需要医护人员紧密配合,其中血压的控制以及围绕血压控制的一系列护理非常关键。我们术前建立急救绿色通道,优化急救程序,绝对卧床,镇静止痛,健康宣教,有效控制血压、心率;术中医护紧密配合,严格无菌操作;术后高质量监护,减少并发症的发生。本组 1 例术后第 3 天突然心前区撕裂样疼痛,急查 CTA 考虑支架近端逆行性夹层致冠状动脉受累而死亡。分析可能因支架置入导致血管支撑力和张力发生改变,加上该患者脾气暴躁,术后血压波动大,虽然静脉、口服药物同时使用,血压控制仍不理想。对于此类患者,做好患者心理护理,使其情绪稳定的同时给予适当的镇定、镇静加上降压药物的应用,可能有一定效果。因紧张、焦虑等负性情绪与血压的波动有直接关系,护士应给予耐心、细致的护理和心理指导。该患者健康教育可能没有结合病人的性格特点,患者比较敏感,应适当少讲疾病的严重性。病人疼痛剧烈时,给予安慰和精神关怀,但是不要过度,这要求护士具有超前的预见力和敏锐的观察力,防止过分安慰增加病人不安全感 and 恐惧感。另外,及时有效地解除疼痛是控制血压积极而有效的措施。护士需要掌握主动脉夹层这一疾病的常规护理方法,才能有目的地观察病情,更早发现并发症的症状和体征。这需要我们工作中不断地认真总结临床护理经验,广泛阅读补充新的护理知识,制定完善的常规护理方法,有效降低并发症的发生。

参考文献

- 1 张 潇. 主动脉夹层覆膜支架植入术 10 例的护理. 中国误诊学杂志, 2011, 11(23): 5779-5779.
- 2 张 喆, 杨碧波. 覆膜血管支架治疗 Debakey III 型主动脉夹层. 中国微创外科杂志, 2008, 8(1): 70-71.
- 3 肖明第, 肖亦敏. 胸主动脉瘤微创外科治疗——腔内隔绝术. 中国微创外科杂志, 2009, 9(5): 385-387.
- 4 蒋仲英, 赵荣华, 万筱春, 等. 主动脉夹层腔内隔绝术的围手术期护理. 实用临床医药杂志(护理版), 2012, 10(1): 51-53.
- 5 蔡丽生, 蔡铭智, 陈秋贤, 等. Stanford B 型主动脉夹层 52 例报告. 中国微创外科杂志, 2013, 13(10): 899-902.
- 6 于 晋, 黄保堂, 董 然, 等. 覆膜支架血管内植入术治疗 Stanford B 型主动脉夹层的临床体会. 微创医学, 2009, 4(2): 112-114.

(收稿日期: 2015-01-18)

(修回日期: 2015-05-04)

(责任编辑: 王惠群)