

22 例 Stanford B 型主动脉夹层腔内隔绝术的围手术期护理

柯丽燕, 申屠敏姣, 白瑾
(浙江省人民医院, 浙江杭州, 310014)

[摘要] 目的 探讨 Stanford B 型主动脉夹层腔内隔绝术的围手术期护理要点。方法 回顾性分析 22 例行胸主动脉腔内修复术的 Stanford B 型主动脉夹层患者的临床资料, 总结护理经验。结果 22 例患者手术经过顺利, 术后出现 1 例逆行性 A 型夹层, 15 例体温过高, 予对症治疗后恢复。患者均治愈出院, 术后 3 个月随访, 均未出现 I 型内漏。结论 术前做好心理护理, 控制血压, 术后继续控制血压, 做好并发症护理, 加强饮食及活动指导, 是促进患者早期康复出院的关键。

[关键词] 主动脉夹层; 腔内隔绝; 围手术期; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)04-0047-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.04.16

Perioperative nursing of 22 patients with Stanford B type aortic dissections treated with endovascular graft exclusion

Ke Liyan, Shentu Minjiao, Bai Jin // Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (4):47.

[Abstract] **Objective** To investigate the perioperative nursing of patients with Stanford type B aortic dissections treated with endovascular graft exclusion. **Method** The clinical data of 22 cases undergoing thoracic endovascular aortic repair from February 2011 to August 2013 were retrospectively analyzed to summarize the nursing experience. **Results** Twenty-two patients survived successfully through operation. One case had retrograde type A dissection after operation, another 15 had hyperthermia, and all of them were cured and discharged due to symptomatic treatment. The postoperative 3 months follow-up showed no type I endoleak. **Conclusion** Preoperative psychological nursing, postoperative blood pressure control, nursing of complications, strengthening instruction of diet and physical activity, are critical for the promotion of early rehabilitation of patients after discharge.

[Key words] aortic dissection; endovascular isolation; perioperative; nursing

主动脉夹层(aortic dissection, AD)是各种原因造成的主动脉内膜破裂,血液沿内膜与中外层之间层面纵行剥离而形成夹层血肿,并向远端延伸,是最重要的心血管急症之一^[1]。依据其病变范围,AD可分为Stanford A型和Stanford B型。近年来,胸主动脉腔内修复术(thoracic endovascular aortic repair, TEVAR)在一定范围内替代了传统的外科开胸手术,具有创伤小、恢复快、平均住院时间短、围手术期死亡率及并发症率低的优点^[2]。本科室自2011年2月~2013年8月对22例Stanford B型AD患者均行TEVAR,取得较好的效果,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

[收稿日期] 2014-01-16

[作者简介] 柯丽燕(1980-),女,浙江杭州人,主管护士,本科,主要从事外科临床护理。

选择2011年2月~2013年8月在本科室住院治疗的22例Stanford B型AD患者22例,所有患者均经主动脉CT确诊,明确内膜撕裂口的位置,其中男18例,女4例;年龄34~82岁,平均 (57.95 ± 13.21) 岁;发病情况:18例因突发胸背部疼痛2h到2周入院,3例因体检发现入院,1例因其他原因住院时CT发现;并发症:16例并发高血压。

1.2 手术方法

患者入院后生命体征监测,控制血压后10~14d,待其胸痛症状缓解复查CT,明确病变无进展,在全麻下行TEVAR。手术均在DSA引导下完成,选用长度为15~20cm的美敦力公司支架,根据患者主动脉直径选择具体尺寸。气管插管全身麻醉后,在一侧腹股沟做一3~5cm的纵形切口,游离股总动脉、股浅动脉及股深动脉。穿刺股总动脉,置入造影导管及蚯蚓导丝至主动脉,造影确认处于真腔,观察主动脉血管腔形态、血流及其主要分支血管及破口位置。全身肝素化后,沿置

入的导丝将内支架移植物输送系统送至主动脉,释放人造血管支架,使其覆盖主动脉破裂口,达到隔绝封堵的目的,再次造影左、右颈总动脉均显影良好。撤去输送鞘及蚯蚓导丝,缝合动脉、皮肤后加压包扎。

2 结果

22 例均封堵左锁骨下动脉以远胸主动脉破口,各植入 1 个支架,手术时间为 43 ~ 96 min,平均 (57.53 ± 15.07) min。术后 1 例出现逆行性 A 型夹层,经保守治疗 2 周后出院;15 例术后 3 ~ 7 d 出现体温过高,予对症治疗后体温恢复正常,治愈出院。术后 3 个月随访均未出现 I 型内漏、支架移位等。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 患者多由突发胸背部疼痛入院,由于对病情不了解,普遍存在恐惧心理,恐惧情绪可导致交感神经过度兴奋及血浆儿茶酚胺水平升高,致使血压波动加大,增加血压控制难度^[3],所以做好心理护理至关重要。我们做法是:热情接待患者,向患者介绍疾病基本知识、手术方式和特点,稳定患者情绪,让患者适应环境和患者角色。邀请已行 TEVAR 的患者现身说法,或者向患者介绍已出院患者的随访结果,取得良好效果。本组患者均以良好的心态接受治疗。

3.1.2 疼痛护理 90% 以上的 AD 患者可出现疼痛^[4],主要特点为心前区、腰背部或腹部剧烈疼痛,大多呈刀割样或烧灼感;另一特点是转移性,通常与夹层延伸的途径一致。22 例患者中 18 例因突发胸背部疼痛 2 h 到 2 周入院。评估患者疼痛的部位、时间、性质及疼痛的缓解效果是急性期观察的重点,它的变化直接反应病情的进展情况。本组患者采用 0 ~ 10 分数字评分法,< 4 分者予心理安慰、听音乐等分散注意力的方法;4 ~ 6 分者,予索密痛(非那西丁等)或氨酚羟考酮片口服,影响睡眠者睡前加服地西洋片;> 6 分者予曲马多 0.1 g 或盐酸哌替啶 50 ~ 75 mg 肌注,必要时肌注地西洋针,取得良好的效果。本组患者疼痛均得到缓解,经处理后疼痛评分均 < 4 分,保证了患者的良好睡眠。

3.1.3 血压观察及护理 夹层血肿破裂导致出血性休克死亡是 AD 患者的致命因素,高血压是夹层分离破裂的主要原因,而导致夹层撕裂和血肿形成的主要因素是收缩压和左室射血速率的大小^[2]。胸主动脉结构与功能的改变是 AD 发生发展的病理基础,而高血压则是发生上述病理改变的始动因素^[5]。因此在治疗过程中积极控制血压,尤其是血压的波动具有重要的临床意义。Standford B 型 AD 患者可累及左锁骨下动脉,测量血压时应测右上肢血压。本组 22 例患者 16 例有高血压病史,入院时血压高达 160 ~ 220/90 ~ 110 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),予硝苯地平控释片口服加盐酸乌拉地尔注射液静脉给药,血压控制在 90 ~ 120/60 ~ 80 mmHg,效果不理想者加用硝酸甘油静脉给药;顽固性血压高者,用硝普钠静脉给药。硝普钠为强有力的血管扩张剂,遇光易分解,水溶液不稳定,故使用中应闭光。用药时间一般不超过 72 h,期间观察患者有无头痛、恶心、呕吐、出汗、皮疹、发热、肌肉痉挛等不适,一旦出项上述症状应立即停药。本组患者均未出现上述症状,且血压控制情况良好。

3.2 术后护理

3.2.1 体位与活动 患者麻醉清醒后予平卧位,绝对卧床 24 h,腹股沟穿刺处沙袋压迫 4 ~ 6 h,观察有无出血情况,若有出血及时通知医生处理。穿刺下肢制动 24 h,多做双脚的屈伸运动,观察足背动脉搏动情况。术后 6 h 可进食易消化、清淡饮食,多饮水。术后第 2 d,若血压控制稳定,可适当下床活动。本组除 1 例出现逆行性 A 型夹层患者术后绝对卧床休息外,其余 24 h 后均下床活动。

3.2.2 血压监测 高血压的控制对于 AD 的预防、治疗、预后有着全面的影响,是最基本和最不能忽视的治疗和预防手段。AD 患者如未控制血压,不管是内科或手术治疗后,其 5 年生存率为 60%,而血压得到控制的患者 5 年生存率高达 95%^[6]。术后严密监测生命体征,由静脉降压药逐渐过渡到口服降压药,控制血压在 90 ~ 120/60 ~ 80 mmHg。本组 22 例血压均控制在上述范围。

3.2.3 并发症观察与护理

3.2.3.1 逆行性 A 型夹层 TEVAR 术后升主动脉继发夹层(B 型夹层转变为 A 型夹层),破口位

于覆膜支架近端,内膜片逆行剥离累及至升主动脉^[7],可发生于术中、术后或随访期。术后除严密监测血压变化外,观察患者有无突发胸痛、头晕、视物模糊等症状。本组1例术后3d出现胸痛加剧,血压从90~120/60~80 mmHg上升到180~200/100~110 mmHg,CT诊断出现逆行性A型夹层,患者家属拒绝再次手术,经亚硝基铁氰化钠加盐酸乌拉地尔注射液联合用药后,血压控制平稳,治疗2周后出院,现仍在随访期。

3.2.3.2 带膜支架腔内修复后综合征 带膜支架腔内修复术后短期内患者会出现一过性发热,表现为体温 $\leq 39.0^{\circ}\text{C}$,心率增快,白细胞、红细胞、血小板轻度下降等表现。可能原因为带膜支架的异物反应,瘤腔内血栓形成后吸收、带膜支架对红细胞的机械破坏及造影剂的影响等^[8]。术后监测患者体温连续3d,每天3次,体温超过 38.0°C 时及时通知医生处理。术后第1、3、7d分别抽血常规及生化送检,观察患者动态变化。本组22例中有15例不同程度的出现体温过高,最高不超过 38.5°C ,体温过高持续时间2~5d,均予地塞米松及抗生素静脉滴注加物理降温后,体温下降至正常水平。

3.2.3.3 内漏 内漏是TEVAR最常见的并发症,是指由于各种原因导致假腔未被完全隔绝,仍有血流灌注^[7]。内漏发生后,假腔难以完全血栓化,可导致假腔瘤样扩张、夹层破裂等并发症。参照腹主动脉瘤腔内修复术后内漏的分型可分成I-IV型。绝大多数内漏是I型内漏,即支架近、远端内漏,主要原因是主动脉近端锚定区不够^[2],可予球囊扩张术修补。本组患者术中及术后随访中再次造影,均无I型内漏出现。

3.2.3.4 急性缺血性脑卒中及截瘫 急性缺血性脑卒中系术中操作导致粥样斑块脱落,血栓形成并脱落、气栓等引起,或由于术中血压降得过低、低血压时间过长等原因引起。术中肝素化、操作轻柔,有利于减少该并发症。截瘫是主动脉手术后灾难性并发症,其产生原因主要与支架覆盖了部分肋间动脉开口,造成根大动脉急性缺血有关。

术前选择适合长度的支架,建议不超过20 cm,截瘫发生率低。本组患者术后观察肢体麻木、乏力,痛觉减弱、大小便失禁等症状,均无发生神经系统并发症发生。

3.2.4 出院指导 指导患者保持情绪稳定,告知家属避免患者情绪激动;进食高蛋白、低脂肪、低盐饮食,多食新鲜的蔬菜水果,多饮水,保持大便通畅,必要时使用缓泻剂;避免剧烈运动及重体力活动,适当做些如散步、打太极等运动,注意劳逸结合。严格按医嘱服药,积极控制血压、心率;出院后3、6、12个月时及时复查,不适随访。

4 小结

AD是最重要的心血管急症之一,发病急、死亡率高,Stanford B型AD行TEVAR术具有创伤小、恢复快、并发症率低等优点。护理的重点为术前做好心理护理及疼痛管理,围手术期控制好血压,预防血压波动过快过低,术后加强并发症的观察与护理,做好出院指导,这是提高患者生活质量的保证。

参考文献:

- [1] 罗琦,陈红梅,翟跃军.支架象鼻术治疗主动脉夹层的围术期护理[J].护士进修杂志,2011,26(8):717.
- [2] 常光其,李晓曦,伍淑文,等. Stanford B型主动脉夹层121例血管腔内修复短中期结果分析[J/CD]. 中华普通外科学文献:电子版,2009,3(5):387-391.
- [3] 王红月.急性StanfordB型主动脉夹层腔内治疗围手术护理[J].当代医学,2011,17(28):129.
- [4] 姚旭.主动脉夹层12例的急救护理[J].现代中西医结合杂志,2011,20(9):1146-1147.
- [5] 钟明,苏衡,岳欣,等.高血压与主动脉夹层的关系[J].中国动脉硬化杂志,2005,13(4):491-492.
- [6] 江涛,韩童利,曹小兰.主动脉夹层腔内隔绝术患者围手术期护理[J].护士进修杂志,2012,27(6):523-524.
- [7] 孙立忠.主动脉外科学[M].北京:人民卫生出版社,2012:380-394.
- [8] 禹记红,黄连军,蒋世良,等.主动脉夹层带膜支架腔内修复术后并发症[J].当代医学,2009,15(29):532-535.

[本文编辑:郑志惠]