

外伤性主动脉夹层行腔内隔绝术的效果观察及护理

杨华, 苏征, 徐宝玲, 苏洁, 陈静, 李彩虹

(空军军医大学第一附属医院心血管内科, 陕西西安, 710032)

[摘要] **目的** 探讨外伤性主动脉夹层患者实施腔内隔绝术的护理要点。**方法** 对 34 例由本院急诊科转入本科室行腔内隔绝术的外伤性主动脉夹层患者, 实施包括疼痛护理、血压的观察、心理护理、胸部合并伤及骨折的护理、穿刺口出血和感染及并发症发生的预防等护理措施。**结果** 34 例患者均顺利实施腔内隔绝手术, 术后穿刺部位无渗血、无血肿等发生, 胸部及肋骨骨折固定良好, 住院 3~8d 后均康复出院。**结论** 做好疼痛护理、有效控制血压、心理护理是腔内隔绝术顺利完成的基础; 穿刺口出血和感染及并发症发生的预防是促进患者早日康复的有力保障。

[关键词] 外伤; 主动脉夹层; 腔内隔绝手术; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2019)02-0036-05 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.02.007

Nursing care to patients with endovascular exclusion for traumatic aortic dissection aneurysm

Yang Hua, Su Zheng, Xu Baoling, Su Jie, Chen Jing, Li Caihong//Modern Clinical Nursing, -2019, 18(2):36.

(Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Air Force Military Medical University, Xi'an, 710032, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the nursing measures of endovascular exclusion for traumatic aortic dissection aneurysm. **Methods** Thirty-four patients with aortic dissection aneurysm because of car accident or falls from elevations admitted to our hospital from January 2016 to November 2018 were enrolled in the study. Nursing measures for effective analgesia, blood pressure control, thoracic injury, limb fracture and postoperative nursing were retrospectively analyzed. **Results** The 34 patients were successfully treated with endovascular exclusion. There was no bleeding, hematoma or displacement at the puncture site after the operation. All patients with chest and rib fractures were well fixed without fracture complications. **Conclusion** Accurate identification of the nature of pain, good control of blood pressure, combined injury care and postoperative care of intracavitary isolation are the strong guarantee to promote early recovery of patients.

[Key words] trauma; aortic dissection aneurysm; endovascular exclusion; nursing

[收稿日期] 2018-12-15

[作者简介] 杨华(1975-), 女, 陕西彬县人, 主管护士, 本科, 主要从事临床护理工作。

[通信作者] 苏洁, 副主任护师, 硕士, E-mail: 15809281217@163.com。

外伤性主动脉夹层是由于车祸撞击或高空坠落时主动脉弓部惯性前移产生的剪切力导致主动脉峡部撕裂所致^[1], 同时在外力和血流的巨大冲击下主动脉壁撕裂而出现内膜破口, 继而血流从撕裂口涌入主动脉中层, 引起血管壁撕裂形成主动

37(4):319-320.

[5] 刘明. 护理质性研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 23-26, 100-118.

[6] COLAIZZI P. Psychological research as the phenomenologist views[M]. New York: Oxford University Press, 1978: 48-71.

[7] 李心天. 医学心理学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 1998: 297-396.

[8] 王先令, 窦京涛, 巴建明, 等. 真两性畸形的临床应对[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30(8):720-722.

[9] 李良燕, 赵静, 陈乃华, 等. 艾滋病患者家属心理活动状态的质性研究[J]. 现代临床护理, 2013, 12(9):16-19.

[10] 郑净. 艾滋病患者患病心理体验的质性研究[J]. 现代临床护理, 2017, 16(1):23-26.

[11] 赵变歌, 顾浩. 心理护理干预对宫颈癌患者围手术期负性情绪及 T 细胞亚群的影响[J]. 中国民康医学, 2015, 27(18):115-116.

[12] 姜乾金. 医学心理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 89-92.

[本文编辑: 刘晓华]

脉夹层。主动脉夹层一旦破裂出现失血性休克,抢救希望十分渺茫。因此,迅速的临床诊断及治疗和有效的护理措施是挽救外伤性主动脉夹层患者生命的关键。传统的手术治疗方法,其创伤性大,手术死亡率较高。腔内隔绝术不需要解剖和切开主动脉,具有出血少、创伤小等的优点,已成为降主动脉病变首选的手术方法^[2]。2016年1月至2018年11月本科室共收治由本院急诊科转入的34例因车祸/高处坠落意外导致的外伤性主动脉夹层患者,并对其实施腔内隔绝术,术后患者均康复出院,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2016年1月至2018年8月本科室共收治外伤性主动脉夹层患者34例,男23例,女11例,年龄18~68岁,平均 (30.61 ± 4.24) 岁。致伤原因:车祸伤22例,高坠伤12例;合并胸骨骨折9例,合并单纯多根肋骨骨折16例,合并血气胸3例。有高血压病史且平时血压控制不良者12例。所有患者均在本院急诊科行主动脉CT增强扫描+血管三维重建或核磁共振成像确诊为Ⅲ型主动脉夹层;均经骨科、胸外科等相关科室对骨折部位进行包扎固定;血气胸患者行胸腔闭式引流术后由急诊转入本科室。

1.2 主要治疗方法和手术方法

剧烈疼痛患者遵医嘱给予盐酸哌替啶注射液50mg肌肉注射;给予氟比洛酚酯注射液200mg和地佐辛注射液30mg,或氟比洛酚酯注射液200mg和右美托咪定注射液0.4mg微量泵静脉注射。12例血压控制不良患者,按医嘱给予5%葡萄糖注射液50mL+注射用硝普钠微量泵静脉注射,将血压控制在100~120/60~80mmHg。患者均行腔内隔绝术,局麻后经左肱动脉置入多侧孔测量导管于升主动脉内,暴露分离切开一侧股总动脉并阻断血流,沿切口引入导丝及导管,依病变特点和造影测量数据,置入相应口径和长度覆膜支架透视下定位并释放支架于预定位置,记忆合金支架自动张开,主动脉血流全部经移植物流入夹层真腔,内膜破口和假腔被完全封闭,再次造影复查了解真、假

腔及主动脉弓诸分支显影情况,撤出支架输送系统,股动脉切开处常规缝合。

2 结果

本组患者手术时间1.2~3.3h,中位数2.0h;术中出血量40~120mL,中位数80.0mL。手术后行数字减影血管造影术显示,所有患者夹层裂口完全封闭且恢复真腔血流。本组患者术后的疼痛情况均缓解或消失,穿刺部位无渗血、无血肿、无感染等并发症,胸部外伤固定良好,无骨折并发症发生,患者住院3~8d后均康复出院。

3 讨论

3.1 腔内隔绝术治疗外伤性主动脉夹层的效果

外伤性主动脉夹层形成主要为胸部突然遭受巨大的外力作用致胸腔及主动脉内压力、管壁压力急剧升高,由于主动脉相对固定段的牵拉,导致内膜撕裂,血液进入中层,最终发展为主动脉夹层;另外,高血压使主动脉部分管壁钙化,是主动脉夹层形成的辅助因素^[3]。由于主动脉夹层病情凶险,病情进展快,一旦发生破裂将危及患者的生命。手术治疗是目前治疗主动脉夹层的主要方法。传统外科开胸手术创伤大、风险高、术后恢复慢、并发症多,而腔内隔绝术是一种安全、有效、微创的治疗主动脉夹层的方法^[2]。本科室共对34例外伤性主动脉夹层患者行腔内隔绝术,手术过程顺利,手术时间约2.0h,术中出血量约80.0mL。术后所有患者夹层裂口完全封闭且恢复真腔血流,并且无1例发生严重的并发症;患者住院3~8d后均康复出院。结果提示,腔内隔绝术治疗外伤性主动脉夹层是安全和有效的。

3.2 护理

3.2.1 术前护理

3.2.1.1 患者的转运 本组患者经由急诊科转入本科室。在急诊科均对骨折部位进行包扎固定;血气胸患者行胸腔闭式引流术,患者病情较重并且管道较多,因此患者转运过程是一项安全隐患多、风险系数高的临床活动。转运前,本科室主管医生到急诊室了解患者的情况,评估患者在转运途中可能发生的病情变化,并做好充分的转运急救准

备。转运过程由具有丰富临床工作经验的医护人员共同护送,保证急救用品齐全。在患者方面,做好心理安慰,保持患者血流动力学的稳定,严密监护患者生命体征。

3.2.1.2 疼痛护理 突发的、剧烈的、撕裂样胸背部疼痛是急性主动脉夹层最典型的临床表现^[4],严重者常伴有烦躁不安、面色苍白、四肢厥冷、大汗淋漓等,患者常因不能耐受而产生濒死感。疼痛刺激引起交感神经兴奋、血管收缩、血压升高,有可能导致主动脉夹层破裂的危险^[5]。由于外伤性主动脉夹层患者常常合并严重的胸腹部外伤,导致主动脉夹层的胸痛缺乏特异性^[6],病情常被创伤症状所掩盖,有可能影响医护人员对患者病情的判断。我们的经验是:当患者主诉胸痛时,仔细询问疼痛部位、性质、程度并与胸部损伤导致的胸痛加以鉴别,胸部损伤患者的疼痛会因患者体位改变、咳嗽、深呼吸而加重,存在压痛。本组 8 例患者入院后 5~12 h 突发胸部疼痛,疼痛发作时伴窒息感,经过观察及评估,发现患者的疼痛与胸部损伤及骨折部位疼痛性质不一样,考虑为外伤性主动脉夹层引起的疼痛,立即报告医生,遵医嘱给予盐酸哌替啶 50mg 肌内注射达到快速镇痛效果;采用视觉模拟评分表(Visual Analogue Scale/Score, VAS)^[7]进行疼痛评分,本组 10 例患者 VAS>4 分均遵医嘱给予生理盐水 50mL+氟比洛酚酯注射液 200mg 或/和生理盐水 50mL+地佐辛注射液 30mg;或生理盐水 50mL+氟比洛酚酯注射液 200mg 和生理盐水 50mL+右美托咪定注射液 0.4mg 微量泵静脉注射,以上药物组合起始量均以 2mL/h 输注,每 30min~1h 评估疼痛程度 1 次,疼痛不缓解者缓慢加量,本组最大剂量为 5mL/h,在用药 30min~2h 后疼痛评分<2 分,为了避免止痛药物成瘾,在患者主诉疼痛不影响其正常休息时即减量或停用。

3.2.1.3 有效控制血压 血压升高是导致血肿扩展和胸痛加剧的重要因素,在保证重要脏器循环灌注的情况下,降低动脉压可有效降低左室收缩力,减少血流对主动脉壁的急速冲击,降低夹层破裂的风险。患者入院后绝对卧床休息,尽量减少搬动,床旁心电监护,监测心率、血压,由于夹层血肿压迫造成一侧血压降低或上肢血压高于下肢,或

者形成四肢血压不对称^[9],影响了医护人员对患者血压水平的判断。我们的经验是:当一侧肢体血压明显高于另一侧时,以测得血压高的肢体为准并作为用药标准。术前将血压、心率降到能维持心、肾、脑功能最低供血水平,是手术和治疗成功的关键^[8]。术前将患者目标血压控制在 100~120/60~80mmHg 左右。本组 12 例患者有高血压病史,且从未接受正规治疗,平时血压控制不良,血压最高达 185/94mmHg,遵医嘱静脉应用微量泵静脉注射硝普钠,从小剂量开始,根据血压监测结果间隔 15min 增加剂量,避免降压过度,缓慢将血压控制在目标范围内。本组患者采用微量泵静脉注射 5%葡萄糖注射液 50mL+注射用硝普钠 50mg,起始剂量 0.3 μ m/kg/min,15min 后复测,根据监测结果调整用量,每次增加 0.1 μ m/kg/min 将血压控制在目标范围,经处理本组 12 例高血压患者术前血压控制在 115~118/65~78mmHg。

3.2.1.4 胸部合并伤及骨折的护理 骨折部位的良好固定,保持血气胸引流管的良好巩固及畅通对保证手术顺利进行至关重要。对胸部合并伤及骨折的患者采取如下的护理措施,①胸骨骨折护理。强大的外力对胸骨直接作用或间接作用,对其产生了挤压,致使胸骨出现骨折。胸骨骨折受到的外力一般都会对主动脉或小气管产生严重的损坏。本组 9 例患者合并胸骨骨折,但无移位及连枷胸等发生,且未影响患者呼吸,给予半坐卧位,对胸部进行外固定,用枕头将肩部垫起,防止其胸骨骨折处产生移位;观察患者胸部是否存在畸形或皮下气肿等。本组患者胸部固定良好,无其他并发症发生,入院后 24h 内顺利实施腔内隔绝手术。②多根肋骨骨折护理。肋骨骨折可引发患者胸痛、呼吸困难等症状,常表现出较为明显的疼痛症状,严重时会出现休克。血压与疼痛两者相互影响,血压增高将进一步扩大夹层撕裂范围,导致疼痛加剧。本组 16 例患者发生多根肋骨骨折,入院前在急诊科实施外固定措施;入院后每班检查固定带的松紧度,防止过紧造成皮肤损伤,过松起不到固定作用,为保护患者皮肤,在患者两侧腋下外固定带贴合皮肤处加用棉垫,每班进行皮肤情况的交接,患者夜间休息时适当放松外固定带,搬动患者

时采取平移法,避免骨折端错位。本组患者均无皮肤损伤及骨折端错位情况发生。③血气胸护理。胸部外伤患者常因剧烈撞击,直接或间接导致胸骨骨折、肋骨骨折及肺挫伤等,引发血气胸^[10]。本组3例患者合并血气胸,入院前在急诊科行胸腔闭式引流术;入院后给予半坐卧位,床头抬高15~30°;妥善固定引流管及引流瓶,位置低于胸腔,翻身和更换体位时避免引流管打折或脱落,每30min挤压引流管1次,防止血块堵塞。本组患者实施腔内隔绝术后3d,胸部X线显示肺膨胀良好,胸腔闭式引流量50mL,听诊患侧呼吸音清晰,拔除引流管。

3.2.2 术后护理

3.2.2.1 穿刺口及发热护理 ①穿刺部位的护理。手术24h后指导患者在床上进行下肢伸曲活动;穿刺点加压按压8h,沙袋加压包扎16h,肢体制动24h;每班严密观察穿刺伤口有无渗血、血肿,皮肤周围有无瘀斑。拆除绷带后,消毒穿刺点及周围皮肤,无菌纱布覆盖伤口并每天换药。本组患者穿刺点均未出现渗血及血肿情况。②发热护理。由于腔内隔绝术为有创手术,术中侵入性置管及股动脉切口,术后患者有不同程度的体温升高。本组5例患者于术后12h出现体温升高,2例体温最高达39.2℃,采用温水擦浴物理降温,术后72h体温逐渐恢复至正常。

3.2.2.2 并发症的观察及护理 ①预防深静脉血栓形成。术前责任护士触摸患者足背动脉搏动情况,并做好记录;术后返回病房在同样部位触摸患者足背动脉搏动情况,以后每2h触摸患者足背动脉搏动情况,如有异常立即报告医生;每2h按摩制动的肢体。②急性肾功能衰竭是腔内隔绝术最常见的并发症之一,常见于术后48h内发生^[11]。腔内隔绝术中应用造影剂,造影剂的使用会加重肾脏损害。因此,术后督促患者多饮水,24h饮水量1000~2000mL,根据医嘱24h内静脉输注0.9%生理盐水1000~1500mL,以60~80mL/h速度水化治疗,以利造影剂排出。密切观察尿量、尿色的变化,当24h尿量<800mL时,及时报告医生。本组无1例发生深静脉血栓和急性肾功能衰竭等严重并发症。

3.2.3 心理护理 患者遭受车祸或高处坠落等意外伤害后再确诊为主动脉夹层对于患者来说无疑

是雪上加霜,尤其主动脉夹层急性发作期患者有濒死感,产生恐惧、焦虑等不良情绪;得知需行手术治疗,对手术效果的不了解,使患者对疾病的不确定感增强;术后被迫卧位、疼痛等使患者产生躁动不安等情绪。本组患者中有8例在术前疼痛发作时出现焦虑等情绪并拔除静脉留置针、对护理人员进行言语攻击,按医嘱进行镇静和镇痛治疗;对患者的言语攻击,我们表示理解,采用和蔼的语言进行安慰,并嘱其放松,采用心理转移的方法,降低疼痛的程度。对疾病产生不确定感的患者,告知其腔内隔绝手术是微创手术,风险低、预后良好,同时请患者家属协同对患者做好思想工作,使患者消除后顾之忧,以积极的态度对待手术治疗。对术后因强迫制动卧位导致腰背部疼痛出现躁动的患者,除了保持病房安静、提供舒适的住院环境、各种护理操作集中进行以减少对患者的打扰和刺激外,还告知疾病发病原因、治疗原则、卧床的必要性等,鼓励患者树立战胜疾病的信心。

4 小结

通过对34例外伤性主动脉夹层患者行腔内隔绝术护理经验的总结分析,认为做好疼痛护理、有效控制血压、心理护理是腔内隔绝术顺利完成的基础;穿刺口出血和感染及并发症发生的预防是促进患者早日康复的有力保障。

参考文献:

- [1] 王利新,符伟国.胸主动脉挫裂伤和外伤性主动脉夹层的诊断及处理[J].中国实用外科杂志,2014,34(12):1143-1145.
- [2] 赵强,陈魁,姜正明,等.腔内隔绝术治疗De Bakey III型主动脉夹层效果分析[J].河南医学研究,2014,23(4):61-63.
- [3] 顾晓峰.由外伤后主动脉夹层形成的伤病关系鉴定之探析[J].医学与法学,2018,10(2):59-62.
- [4] 徐昶,贺行巍,李柱锡,等.主动脉夹层症状与原发破口位置、撕裂范围关系的探讨[J].内科急重症杂志,2015,21(4):266-268.
- [5] 顾志莉,章杰.舒适护理对主动脉夹层患者急性期疼痛的影响[J].国际护理学杂志,2011,30(4):521-523.
- [6] 徐伟.外伤性主动脉夹层7例临床分析[J].浙江创伤外科,2015,20(3):541-542.
- [7] SEHTT J, HUSLISSON E C. Graphic representation of