

主动脉瘤腔内修复术的围术期护理

陶刚梅

[摘要]目的:总结腔内修复术治疗主动脉瘤的护理经验。方法:根据主动脉瘤及腔内修复术的特点,对6例行此手术的患者进行基础护理、心理护理、心肺脑监护、血压控制、发热护理、器官供血状况及下肢动脉栓塞的观察和出院指导。结果:手术均获成功,无内漏,无手术死亡,未发生肾功能衰竭及截瘫。6例术后均有不同程度的发热,经及时治疗和护理恢复良好。结论:腔内修复术术前严密观察生命体征变化、耐心细致的心理护理以及术后意识的观察、血压的监控和下肢肌力、感觉的护理观察是手术顺利进行的保证。

[关键词] 主动脉瘤;腔内修复术;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 543.16 [文献标识码] A

主动脉夹层动脉瘤是血管外科最为凶险的疾病,发病 24 h内死亡率达 40%,无论保守治疗还是手术治疗,病死率都很高。腹主动脉瘤(abdominal aortic aneurysm)是最常见的动脉瘤,90%的腹主动脉瘤是动脉粥样硬化所致,多发病于 40岁以上,其最终结局是破裂,如为前壁破裂病死率高达 90%^[1]。Parod等^[2]首先开展腔内修复术治疗腹主动脉瘤并在后来推广应用于主动脉夹层动脉瘤的治疗,其创伤小,手术病死率低,术后恢复快。2003年 4月~2005年 3月,我科运用该技术共治疗 6例患者,现将有关护理体会作一报道。

1 临床资料

6例中 4例为胸主动脉夹层动脉瘤(DeBakey III b型),2例为腹主动脉瘤患者,男 5例,女 1例;年龄 42~78岁。6例均有原发性高血压,但有 2例就诊前不知有高血压病史。胸主动脉夹层动脉瘤 4例病程为 0.5~7天,腹主动脉瘤 2例病程为 2年。均行 CT及 CTA(CT血管造影)检查,4例另行 MRA检查以明确诊断。在硬膜外麻醉或全身麻醉下,经腹股沟小切口(腹主动脉瘤 1例作双侧腹股沟切口),游离股总动脉,在数字减影血管造影(DSA)监测下,经股总动脉植入带膜支架人工血管,其中进口支架人工血管 4枚(Talent 3枚, Zenith 1枚),国产支架人工血管 2枚(均为上海微创公司产)。手术均获成功,无内漏,无手术死亡。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 加强基础护理和生命体征的观察 为防止主动脉夹层动脉瘤进一步撕裂和腹主动脉瘤破裂,

应嘱患者严格卧床休息,避免用力过猛,如用力排便、剧烈咳嗽。协助患者进餐、床上排便、翻身;指导患者多吃水果、蔬菜及粗纤维食物;排便困难者给予缓泻剂,保持大便通畅。注意观察生命体征,心电监护仪持续监测心率、心律、呼吸和血压,常规观察颈、股动脉搏动变化,若动脉搏动消失或两侧强弱不等则提示阻塞可能。此外还需严密观察患者意识及有无头痛、头晕等征象。同时还需注意观察尿量,保持出入量的平衡。注意防止动脉瘤破裂,外伤、血压升高、腹压增高和情绪变化等均为引起动脉瘤破裂的诱因。如出现突发胸部、腹部或腰背部疼痛以及搏动性肿物压痛,均是动脉瘤破裂的前兆,应及时报告医师。经常询问是否有腹部不适或腰背部疼痛,告诉患者避免使腹压突然增加的行为,防止因情绪波动等原因引起的血压骤升^[3]。

2.1.2 疼痛的观察 主动脉夹层动脉瘤最典型的临床表现就是疼痛,疼痛的加重和缓解能直接反映病情的进展,即主动脉内膜是否继续剥离或停止剥离。腹主动脉瘤患者出现剧烈腹部疼痛则是瘤体破裂先兆,应通知医师及时处理。

2.1.3 心理护理 主动脉夹层动脉瘤起病突然,疼痛剧烈,且大部分患者缺乏对本病的认识,常处于烦躁不安、焦虑状态。应向患者及家属耐心地介绍手术过程及术后注意事项,强调此术式创伤小、痛苦小、恢复快的特点,努力争取家属的合作,使患者减轻对疾病及手术的恐惧,以乐观、轻松的心态接受手术。

2.2 术后护理

2.2.1 胸主动脉夹层支架植入术后护理 (1)意识的观察。胸主动脉支架植入术中,当支架释放时,有可能会封堵左颈总动脉及左锁骨下动脉,此时可引起脑缺血缺氧以及左上肢无力。本组未发生意识障碍,有 1例术后左侧桡动脉搏动减弱,肌力无明显改变。(2)加强基础护理。主动脉支架植入术后患者应绝对卧床 5天,避免翻身叩背,可行雾化吸入,

预防肺部感染;给予缓泻剂软化大便,减低腹压;严格控制血压,避免主动脉支架移位。(3)下肢肌力、感觉的护理观察。术后需密切注意患者下肢的感觉和肌力,一旦发现异常,应及时报告医师。本组未发生此并发症。(4)腹部体征和尿量的护理观察。有时腹腔干开口于假腔,降主动脉内膜撕裂口放置支架封堵后会导致腹腔干缺血。因此,术后应注意观察腹部体征,有无腹胀、腹痛,经常听诊肠鸣音,若明显减弱及时通知医师。降主动脉放置支架后引起夹层血栓形成有时可压迫肾动脉,注意观察尿量能及时发现肾功能不全。(5)血压的控制。6例均有高血压病史,也是引起主动脉夹层和腹主动脉瘤破裂的主要病因之一。我们常规给予硝酸甘油 10 mg 加入 5% 葡萄糖注射液中缓慢静脉滴注。硝酸甘油既可降压又可改善冠状动脉供血。在输液过程中注意调整滴速,每 30~60 min 测血压 1 次,将血压维持在 100~120/60~80 mmHg,过高易引发心脑血管意外,过低则加重心脏负担。若血压过低时要,观察是否有内出血、入量不足或降压药滴速过快。(6)发热护理。与传统手术不同,50%以上腔内手术患者术后发热持续 7~10 天。本组 6 例术后均有不同程度的发热,持续 7~15 天,其中 1 例术后第 2 天体温高达 39℃,可能与手术创伤、移植物植入及瘤腔内血栓形成等原因有关。根据发热程度不同采取不同的护理措施,体温 < 38.5℃ 者给予物理降温,经常更换衣裤,保持床单清洁舒适;体温 > 38.5℃ 者给予吲哚美辛 12.5 mg 每天 1~2 次。术后发热时间长者影响食欲,饮食注意给予清淡、营养丰富、易消化的食物,保证每日所需热量的供给。

2.2.2 腹主动脉瘤支架植入术后护理 基本同降主动脉夹层支架植入术后,但应观察以下两点。(1)下肢动脉栓塞:腹主动脉瘤常合并动脉粥样硬化及附壁血栓,手术操作可能会导致肢体动脉栓塞,因此术后每 2 h 观察 1 次双侧足背动脉搏动,双下肢皮温、感觉、色泽并记录。应在术前了解患者的足背动脉搏动情况,以便术后对比观察^[4]。本组有 1 例术前足背动脉搏动极其微弱,术后搏动仍然微弱,我们便根据其他指标进行判断,如其他指标正常则仍视其下肢供血良好。(2)肠坏死:腹主动脉瘤腔内治疗术后可能并发肠坏死,原因是移植物造成结肠供血障碍。腹痛、腹膜炎、便血等均是肠坏死的临床表现,若发生难以逆转的肠坏死则需手术治疗,而如果患者结肠供血必须依赖肠系膜下动脉,则为该技术的手术禁忌证^[5]。我们对所有患者术后常规观察大便情况及腹部体征。本组未发生肠坏死。

2.3 出院指导 嘱患者保持良好心态,避免高脂饮

食,适当运动,继续服用抗血小板及降压药物。指导患者学会自我检查方法,定期复查 CTA 或 MRA 以了解动脉瘤情况和支架人工血管是否移位或脱落。

3 讨论

腔内修复术是目前治疗胸主动脉夹层动脉瘤、腹主动脉瘤最先进、创伤最小的术式,其发展前景非常广阔。但患者因缺乏手术相关知识而顾虑重重,因而要求护士要适应新技术的发展,了解诊断和治疗中的先进仪器和设备,做好患者的术前术后护理。术前注意观察生命体征,心电监护仪持续监测心率、心律、呼吸和血压。因主动脉内膜撕裂可致外周动脉阻塞征象,应常规观察颈、股和桡动脉搏动情况;还应了解肾动脉是否受到内膜撕裂的影响,因有些患者可从降主动脉一直撕裂到双侧髂总动脉,其中有些可导致肾动脉开口阻塞而致急性肾功能不全。

由于夹层撕裂的部位不同,疼痛部位及放射方向亦不同。疼痛一般是沿着血管夹层分离的走向可放射至头颈、腹部、背部,累及肾动脉时还可引起腰痛。如果疼痛减轻后反复出现,提示夹层分离继续扩展;疼痛突然加重则提示主动脉夹层动脉瘤有破裂趋势,若其远端重新破入血管腔,疼痛可骤然减轻。因此,对疼痛的观察有助于了解疾病的进程。

主动脉夹层动脉瘤、腹主动脉瘤是一种严重威胁患者生命的疾患,患者及家属往往疑虑重重。常见病因为高血压,如何控制血压是治疗本病的关键,而精神紧张可导致血压升高。这就需要我们给予患者精神安慰及心理支持。良好的心理护理、术前准备是手术顺利进行的保证。

在降主动脉放置支架,术后最常见的并发症就是截瘫^[6],它可在支架放置后不久即出现,也可因术后夹层血栓形成压迫脊髓动脉而致延迟出现,因而术后需密切注意患者下肢的感觉和肌力,防止术后并发症的发生。

[参 考 文 献]

- [1] 周为民,高涌,符伟国.腔内修复术治疗腹主动脉瘤[J].蚌埠医学院学报,2005,30(1):22-24
- [2] Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD, et al. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms[J]. Ann Vasc Surg, 1991, 5(6): 491-499.
- [3] 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
- [4] 李春梅.老年腹主动脉瘤患者腔内治疗术后护理[J].中华护理杂志,2002,37(7):518-520
- [5] 符伟国,王玉琦,陈福真,等.腔内人造血管内支撑治疗腹主动脉瘤[J].中华放射学杂志,2000,34(5):338-341
- [6] 景在平,冯翔,包俊敏,等.腔内隔绝术治疗 Stanford B型主动脉夹层动脉瘤 146例临床分析[J].中华外科杂志,2003,41(7):483-486