

主动脉夹层动脉瘤患者的临床观察和护理

邵素云, 徐 静, 周 静

[摘要]目的:探讨主动脉夹层动脉瘤患者的护理效果。方法:对 8例主动脉夹层动脉瘤患者进行心理护理,及时缓解疼痛,密切观察血压变化,并做好相应的出院指导。结果:治愈 2例,好转 2例,自动出院 1例,病死 3例。结论:加强对主动脉夹层动脉瘤患者的心理护理,提高患者对主动脉夹层动脉瘤的认知水平,缓解疼痛,严密监测血压,可促进其早日康复。

[关键词] 动脉瘤; 夹层; 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 (aortic dissecting aneurysm, ADA)系指各种原因造成的主动脉壁内膜撕裂,在内膜与外层之间形成假腔,由于血液动力学的压力沿此层面纵行剥离而形成的壁内血肿^[1]。本病起病急,病情复杂,等待手术期间,如果瘤体继续扩大会引起破裂出血,一旦动脉瘤破裂,抢救非常困难,病死率极高。护士在工作中,及时缓解疼痛,并密切观察血压变化,对控制动脉瘤体扩张和预防动脉瘤破裂起重要作用。2003年 12月~2005年 6月,我科收治 ADA患者 8例,现将护理体会作一报道。

1 临床资料

8例患者中,男 6例,女 2例;年龄 41~78岁。均经 CT和 MR检查确诊为 ADA,按 DeBakey分型, I型 1例, II型 7例。8例入院时血压明显升高 7例,休克 1例;急性期持续性胸背部剧烈疼痛 7例,剧烈腹痛 1例;心悸、气促或呼吸困难 7例,并发左心衰竭 1例。择期手术 2例,非手术治疗 6例。对 ADA患者进行心理护理,注意及时缓解疼痛,严密监测血压、心率变化,加强健康教育,提高患者对 ADA的认知水平。本组 8例经治疗及精心护理,治愈 2例,好转 2例,自动出院 1例,病死 3例。

2 护理

2.1 心理护理 由于 ADA病例非常少见,患者对本病的认识不足,常常产生恐惧心理。本病发病突然,90%在急性期突发前胸、后背或腹部剧烈疼痛,出现精神紧张,焦虑不安,以致失眠等^[2]。不良的心理状态不利于血压及心率的控制,严重影响病情。因此,应创造安静舒适的环境,做好安慰解释工作,根据不同的个体给予心理疏导,利用语言及非语言信息给予患者心理支持。本组 8例中有 2例经过心

理护理后减轻顾虑,情绪稳定,以良好的状态接受手术治疗。

2.2 疼痛的观察及护理 疼痛是 ADA患者最突出的首发症状,具有如下特点:(1)骤然发作而止痛剂又不能完全缓解,疼痛呈撕裂样或刀割样;(2)即使出现休克的表现而血压仍高,即血压与休克不平行现象;(3)疼痛多位于后背及胸腹中线。急性期多表现为胸或腹部剧烈疼痛,呈持续性,患者往往烦躁不安,大汗淋漓,有濒死感,疼痛放射范围广泛,可向腰部或下腹部传导,甚至可达大腿部,累及肾动脉可引起腰痛。如果疼痛减轻后再次出现提示夹层继续扩展,疼痛突然加重则提示血肿有破裂趋势;血肿溃入血管腔,疼痛可骤然减轻^[3]。因此,疼痛的减轻或加重、部位的改变都是病情变化的标志。护士应严密观察疼痛的部位、性质、时间、程度。使用强镇痛剂后,观察疼痛是否改善。同时注意鉴别类似心肌梗死、急腹症的疼痛。本组 8例中,急性持续性胸背部疼痛 7例,剧烈腹痛 1例,我们及时应用降压药后有 6例缓解,降压仍不能缓解者 2例,应用哌替啶或吗啡肌肉注射后症状减轻。

2.3 生命体征观察 对血压和脉搏的监测是 ADA护理的主要环节,对生命体征的观察有助于及早发现病情变化。(1)血压监护:该病最常见的病因是高血压,过高的血压会加重血管内膜的撕裂,因此治疗关键就在于控制血压,并应给予严密的血压监护。本组血压突然升高 7例。当患者突发前胸、后背或腹部剧烈疼痛时提示 ADA急性期,应立即入 CCU监护,绝对卧床休息,应用快速降压药硝普钠 50~100 mg加入 5%葡萄糖注射液 50 ml中,在输液泵控制下泵入,控制收缩压于 100~120 mmHg,平均动脉压于 60~80 mmHg,根据血压调整药物的浓度和速度。硝普钠属于血管平滑肌松弛剂,能快速降低收缩压和舒张压,停药后 5 min内血压即回升至原水平,所以在应用硝普钠过程中不得随意终止输液,更换药物时要迅速、准确;硝普钠半衰期短,且见光易分解,对肾脏有毒性反应,所以,每 6~8 h更换药

[收稿日期] 2005-09-06

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 心血管内科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 邵素云(1976-),女,护师。

物并做到避光输入,以防降低药物疗效。本组 1例在更换输液泵时,由于速度稍慢造成血压突然升高,经及时调整药物浓度,未造成生命危险。应用 β 受体阻滞剂倍他乐克控制心率为 60~70 次/分,病情稳定后可口服降压药物控制血压。慢性期可适当活动,控制收缩压于 140 mmHg 以下。(2)脉搏、呼吸监护:本组 1例并存左心衰竭;7例伴有心悸、气促或呼吸困难,立即给予半卧位持续吸氧,氧流量为 2~4 L/min,注意保持呼吸道通畅^[4],并给予毛花甙丙强心治疗后症状缓解。若患者出现脉搏细速、面色苍白、皮肤发冷、意识模糊等症状,则提示可能因动脉瘤破裂出现失血性休克,应立即通知医生抢救,必要时急诊手术,以休克就诊患者立即抢救休克^[4]。本组 2例由于动脉瘤破裂,出现失血性休克,经抢救无效死亡。

2.4 其他并发症的观察 (1)四肢血液循环:四肢动脉供血受阻时,常表现为四肢疼痛,脉搏减弱甚至消失,四肢血压有差别,肢体发凉、发绀。本组 8例均未出现四肢血供受阻。(2)泌尿系统的观察:当肾脏缺血时,患者可出现少尿、无尿,腹主动脉瘤体破裂时还可出现血尿甚至肾衰竭。因此,注意观察患者的尿量、颜色、性状。本组 8例中有 1例出现血尿,自动出院。(3)瘤体破裂诱因的观察:瘤体破裂多由呼吸道感染引起的剧烈咳嗽,活动过度,过大的情绪波动、便秘、饮食过快过饱等。所以应经常巡视病房,做到早发现、早治疗、早解除诱因。本组有 1例在进食后突然出现瘤体破裂,经抢救无效死亡。

2.5 健康教育和出院指导 患者入院后虽有护士及医生的严密监护,但其固有生活习惯及心理应激常会导致瘤体扩展、破裂,因此有必要对其进行健康指导。内容包括食用高蛋白、高维生素、营养丰富、易消化的食物,少量多餐;嘱急性期患者床上排便,

慢性期患者可床边坐位排便,注意坐下、站起时动作不要过快,幅度不宜过大;根据气候变化增减衣服,避免受凉感冒;保持良好稳定的心态,注意休息,勿活动过度。出院遵医嘱继续治疗,注意观察各系统情况,发现问题及时就医,定期复查。

3 讨论

ADA是心血管少见的急重症之一,好发于高血压、马凡综合征等疾病。ADA预后凶险,病死率高,有报道其 24 h病死率为 20%~40%,1周内为 60%~70%^[5]。所以早期诊断、早期治疗十分重要。本文 8例中 7例有高血压病史,发病时血压均明显升高,主要表现为持续胸背部剧烈疼痛,而一般常规止痛措施无效。对 ADA患者除进行积极有效的治疗外,切实可行的护理措施也不容忽视,这有利于改善预后,并为某些类型患者手术治疗赢得宝贵时间。总结本文特点,对 ADA急性期患者应重视心理护理,稳定患者的情绪,提高患者对 ADA的认知水平,及时缓解疼痛,严密监测血压、心率的变化,而这其中以对血压的监护及有效控制,以及对疼痛的处理尤为重要。

[参 考 文 献]

- [1] 马勇波. 急性主动脉夹层动脉瘤的急救及护理干预[J]. 实用临床医药杂志, 2005, 9(2): 1-3
- [2] 段志泉, 张强主编. 实用血管外科学[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1999: 322-339.
- [3] 郑舒亮, 周亦卿, 黄赛华. 主动脉夹层分离的急救和护理[J]. 护士进修杂志, 2000, 15(4): 274
- [4] 吴丽萍. 腹主动脉破裂的急救与护理[J]. 实用护理杂志, 1998, 14(3): 135
- [5] 宋晓莉, 薛冰, 候莹, 等. 急诊科主动脉夹层动脉瘤患者的护理体会[J]. 解放军护理杂志, 2004, 21(4): 72

[文章编号] 1000-2200(2007)02-0232-02

。护理医学。

蛛网膜下腔出血的健康教育

朱怀莉

[关键词] 蛛网膜下腔出血; 健康教育

[中国图书资料分类法分类号] R 743.35

[文献标识码] B

蛛网膜下腔出血是临床常见病,病死率高^[1]。临床观察发现蛛网膜下腔出血患者的死亡率与患者的情绪是否紧张、是否就诊及时、对该病知识缺乏、生活护理不当有直接的关

系。因此对蛛网膜下腔出血患者的健康指导对提高治愈率、预防并发症、提高患者的生活质量有重要意义。

1 临床资料

2002~2004年,我科共收治蛛网膜下腔出血患者 24例,男 14例,女 10例;年龄 40~70岁。治愈 18例,病死 3例,好转 3例,平均住院 35天。对 24例蛛网膜下腔出血的患者在急性期和恢复期进行有针对性的健康指导。

[收稿日期] 2005-11-18

[作者单位] 安徽省蚌埠市第二人民医院 内科, 233000

[作者简介] 朱怀莉(1972-),女,护师。