

1 例 AAD 合并左髂动脉栓塞行股-股动脉体外转流术患者的护理

张琼玲¹, 戴喜花¹, 余立挺²

¹南方医科大学珠江医院 心血管内科 广东广州

²广东省人民医院 心血管内科 CCU 广东广州

【摘要】本文总结 1 例急性主动脉夹层 (StanfordB 型) 合并左髂动脉栓塞, 行股-股动脉体外转流术患者的护理。护理过程中加强体外转流管护理; 下肢缺血监测护理; 预防感染, 加强管道护理; 控制血压、观察神志、肌力变化的护理; 家庭自测血压的健康教育。通过 20 天的治疗和精心护理, 患者顺利出院。

【关键词】主动脉夹层; 髂动脉栓塞; 体外转流; 护理

Nursing care of a patient with Acute Aortic Dissection (AAD) combined with left Iliac Artery Embolization undergoing external Femoral Artery Bypass surgery

Qiongling Zhang¹, Xihua Dai¹, Liting Yu²

¹Cardiovascular medicine, Zhujiang Hospital of Southern Medical University, Guangzhou

²Cardiovascular medicine CCU, Guangdong Provincial People's Hospital, Guangzhou

【Abstract】 This paper summarizes the nursing care of a patient with Acute Aortic Dissection (Stanford B type) combined with left Iliac Artery Embolization who underwent external Femoral Artery Bypass surgery. During the nursing process, external flow tube nursing was strengthened; lower limb ischemia nursing were monitored; prevention of infection and strengthening of pipeline care were conducted; blood pressure control, changes of mind observation, muscle care proceeded; health education of home self-measurement of blood pressure was carried out accordingly. After 20 days of treatment and intensive care, the patient was discharged from hospital successfully.

【Keywords】 Aortic Dissection, Iliac Artery Embolization, Extracorporeal Bypass, Nursing Care

急性主动脉夹层 (acute aortic dissection, AAD) (<2 周) 是临床上急危重的心血管疾病之一, 其临床表现复杂多样, 发病凶险, 病死率高, 近年来呈逐年上涨趋势。未经治疗的 AAD 患者 3% 即刻猝死, 24 小时病死率为 33%, 48 小时病死率 50%, 7 天内病死率为 75%, 2 周内病死率高达 80%^[1]。主动脉夹层假腔可以压迫腹主动脉发出的动脉分支, 导致急性肾功能不全、缺血性肠炎、肠坏死、肝功能衰竭下肢动脉缺血甚至坏死。最新研究表明, 下肢动脉缺血在复杂 B 型

主动脉夹层中发生率达 40%^[2]。合并下肢缺血主要依据为在主动脉夹层发病后才出现的下肢剧烈疼痛、感觉丧失或麻木、下肢力量减退甚至丧失等缺血的征象; 下肢皮温降低、皮肤花斑、动脉搏动减弱或消失、局部肌张力明显增高等缺血体征^[3]。

目前, AAD 合并左髂动脉栓塞行股-股动脉体外转流术患者的护理暂未见报道。2019 年 8 月对 1 例急性主动脉夹层合并左髂动脉栓塞行股-股体外转流术成功保住左下肢, 为后续弓上分流术+胸主动脉腔内修复术 (thoracic endovascular aortic repair, TEVAR) 奠定基础, 经过精心的护理, 取得满意效果, 现将护理经验总结如下。

1 临床资料

患者男, 52 岁, 因“活动后胸背痛 4 天, 左下肢麻木 1 天”在外院检查考虑主动脉夹层, 于 2019 年 8 月 19 日入院。急诊查 CTA 提示主动脉夹层 (Stanford B 型), 双侧髂总动脉、髂外动脉夹层。入院查体: T: 36.7℃, HR: 65 次/分, R: 20 次/分, 四肢 BP: 左上肢 152/84 mmHg, 右上肢 155/81 mmHg, 左下肢测不出, 右下肢 135/72 mmHg, 上

肢 SpO₂ 为 97% 以上。左大腿有散在花斑, 左下肢麻木, 左小腿以下冰凉, 趾尖 SpO₂ 94-95%, 活动障碍, 肌力为 1 级, 其他肢体肌力 5 级, 左足背动脉未触及, 右下肢暖, 右足背动脉搏动有力。行急诊主动脉造影+下肢血管造影, 提示左髂外动脉血栓形成, 行血栓抽吸术及留置左右股动脉鞘管, 股-股体外转流术, 右向左分流, 保持体外转流管通畅。术后 4 小时左下肢肌力为 2 级, 双下肢皮温暖, 左腿花斑逐渐消失。8 月 21 日在全麻下行右锁骨下动脉-左颈总动脉-左锁骨下动脉旁路移植术, 术中留置 CVC 管。8 月 22 日局麻下行 TEVAR 术+经皮股动脉支架置入术, 并拔除左右股动脉鞘管, 术后病情平稳, 可测量出四肢 BP, 双足背动脉有力。左下肢肌力逐渐恢复, 出院时为 5 级, 出院前两天双下肢血管超声提示左右股动脉、左右腘动脉血流充盈良好, 动脉硬化斑块形成, 予出院, 出院后 2 周电话随访规律服药, 血压控制在目标范围, 生活自理, 情况稳定。

2 护理

2.1 留置体外转流管期间保持管路通畅

该患者左下肢出现 5P 征: 无脉、疼痛、麻木、苍白、运动障碍, 急需解决缺血问题, 时间紧迫, 医生权衡手术风险, 先行左髂动脉血栓抽吸术及股-股体外转流术, 右向左分流(如图 1)。予普通肝素持续动脉泵入, 500 ml 肝素盐水持续加压, 压力保持 300 mmHg, 每 1~2 小时手动肝素盐水冲管一次, 观察体外转流管壁有无微血栓, 冲管时三通开关方向一定要准确, 否则血液倒流, 影响左下肢血液供血。维持活化部分凝血活酶时间在 50~80 秒, 活化凝血时间在 150~200 秒, 每 2 小时检测 1 次, 24 小时稳定后每 6 小时检测 1 次。每 2 小时查看患者鞘管及转流管, 首次护理体外转流管, 录制正确冲管小视频, 制作股-股体外转流, 右向左分流示意图(如图 2), 科室全体护士学习, 人人过关。双股动脉均留置鞘管, 体位护理也是一挑战, 骶尾部予垫水垫, 每 2 小时更换, 协助翻身, 按需垫翻身枕, 侧卧位时<30°, 半坡卧位<45°; 双侧肢体可在床上平行移动 20~30 cm, 保持功能位, 可垫高 15°。患者右下肢肌力正常, 督促患者自行活动, 左下肢肌力为 2 级, 协助患者被动活动。



图 1 体外转流管图

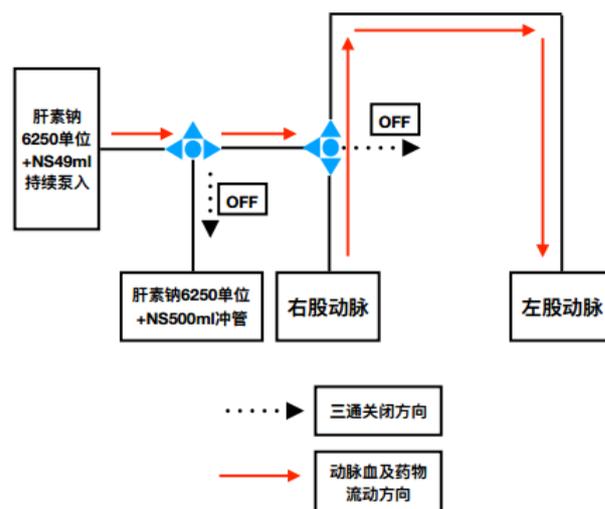


图 2 右向左分流示意图

2.2 下肢缺血的监测护理

患者左下肢已有缺血症状, 左右股动脉留置鞘管, 增加血栓缺血风险, 血栓抽吸加股-股体外转流术后, 根据活化凝血时间调整普通肝素用量, 活化凝血时间维持在 180 秒左右。术后前 4 小时, 每 2 小时监测双下肢腿围、皮温、花斑、趾尖血氧饱和度、足背动脉搏动、感觉情况, 4 小时后情况稳定, 每 6 小时监测 1 次, 并记录。腿围测量做好定位标识, 住院期间双小腿腿围同一位置测量, 均为 32CM, 无变化, 术后 24 小时双下肢皮温暖, 花斑消失, 左下肢趾尖血氧饱和度>95%, 波形较术前振幅增大,

仍比右趾尖血氧饱和度振幅低平。右足背动脉搏动有力,左足背未触及,左下肢测不出血压。弓上分流术+TEVAR术+经皮髂动脉支架置入术+拔除左右股动脉鞘管术后,双侧足背动脉有力,双侧趾尖血氧饱和度>97%,波形振幅相同,双下肢均可测量出血压。指导患者双下肢足背及脚趾做伸曲运动,右下肢主动运动,护士协助左下肢被动运动,每天至少3次,每次5~10分钟,视患者耐受情况而定,预防下肢静脉血栓、麻木等不适。

2.3 预防感染,加强管道护理

每天按时定量给予抗生素治疗,监测体温变化,动态观察感染指标,每1~2天采集血标本,期间2次血培养结果阴性。伤口有渗血渗液时及时更换,换药时严格无菌操作。导管敷料的正确维护及管理需遵守《2016 输液治疗实践标准》^[4]。医务人员接触患者严格按标准预防执行。每天做好生活护理,保持皮肤清洁。病情平稳尽早拔除各引流管:TEVAR术后拔除左右股动脉鞘管,第2天拔除左颈CVC置管及尿管。入院当天WBC $19.51 \times 10^9/L$,CRP 172 mg/L,予哌拉西林他唑巴坦钠、拜复乐静滴,体温正常,5天后WBC $12.34 \times 10^9/L$,CRP 45 mg/L,出院前指标正常。

2.4 控制血压、观察神志、肌力变化的护理

高血压是AD患者术后死亡的主要危险因素。2014欧洲心脏病学会ESC指南推荐,AD患者出院后血压控制目标为130/80 mmHg。鉴于中国患者较为年轻,专家委员会推荐的药物控制目标为血压120/80 mmHg、心率60-80次/min^[5]。遵医嘱给予静脉注射乌拉地尔注射液及口服降压药,根据血压调整剂量,血压维持在130/70 mmHg左右,每天测量1次四肢血压,患者左右手血压相差<10 mmHg,在心电监护期间左右手轮流测量血压,每1小时记录1次生命体征,调整静脉降压药剂量时,每30分钟记录1次。TEVAR术后患者血压维持在110~125/55~80 mmHg。患者留置体外转流管期间,使用普通肝素钠持续泵入,有出血性卒中的风险,而夹层加重累及左锁骨下动脉开口时,可出现缺血性卒中,因此每班护士交班必须观察患者神志变化并记录,当血压突然升高或降低,需随时观察记录。监测血红蛋白变化,入院时145 g/L,弓上分流术后3天血红蛋白下降至101 g/L,排除出血,考虑与夹

层、手术、炎症有关,控制炎症,增加营养,出院前1天复查是115 g/L。脊髓缺血是TEVAR术后的严重并发症,常表现为双侧或者单侧下肢肢体运动/感觉功能障碍^[6]。患者TEVAR术后左下肢肌力为4级,每6小时观察患者四肢肌力,特别是双下肢肌力,辨别脊髓缺血和下肢缺血,尽早发现病情变化。TEVAR术后2天,病情平稳,每次交接班观察四肢肌力情况,患者出院时四肢肌力为5级。

2.5 家庭自测血压的健康教育

血压水平与心脑血管病发病和死亡风险之间存在密切的因果关系^[7]。此患者否认既往有高血压病史,未规范测量血压,因此让患者及家属学会管理血压尤为重要。住院期间,患者精神状态良好时,医护人员向患者作高血压、主动脉夹层相关的健康教育,规律口服降压药的重要性,切不能自行停药,需在医生指导下停药。让患者家属购买上臂式血压计,教会患者及家属自测血压方法。在有靠背的椅子上坐位休息至少5分钟后开始测量血压。测量血压时,将捆绑袖带一侧的前臂放在桌子上,捆绑袖带上臂的中点与心脏处于同一水平,双腿放松、落地,每次测量2~3次,间隔1分钟,取平均值^[8]。出院前1天对患者进行自测血压方法考核,考核通过。初诊、治疗早期或虽经治疗但血压尚未达标者,应于就诊前连续测量5~7天;血压控制良好时,每周测量至少1天^[8]。教患者每次测量血压记录数值,出院1周内每天早晚各测量1次,1周后血压平稳,每周测量1天,早晚测量,每次就诊时,带上记录血压小册子,医生可根据血压情况调整药物。患者出院后规律服药,血压控制在110~130/55~85 mmHg,在目标范围内。添加患者家属微信,对患者服药及家庭自测血压监督,了解患者出院后状况,患者及家属配合良好,患者服药、家庭自测血压依从性高。

3 小结

该例患者为AAD合并左髂动脉栓塞,导致左下肢急性缺血,入院后行血栓抽吸术及留置左右股动脉鞘管,股-股体外转流术,右向左分流,保证左下肢的供血。在护理工作中首次遇到此类病例,对于护理来说是一个挑战,首先护士需掌握下肢动脉闭塞的5P征:无脉、疼痛、麻木、苍白、运动障碍,动态观察病情进展。保证转流管通畅需肝素化,同

时要控制好目标血压, 不然容易引起患者发生脑出血或主动脉夹层加重, 因此, 护士应掌握脑出血及主动脉夹层加重的临床表现的区别, 才能更好动态评估分析, 适时给予有效措施, 有利于患者病情恢复。

参考文献

- [1] DELEON A I, CHEN Y F. Acute aortic dissection: an updatr [J]. Kaohsi-ung J Med Sci, 2012, 28(6): 299-305.
- [2] 武敏, 杜占奎, 王效增, 王雅, 顾若曦. 急性主动脉夹层并下肢动脉严重缺血患者的治疗分析[J]. 岭南心血管病杂志, 2017, 23(02): 159-164.
- [3] 戎天华, 刘永民, 朱俊明, 等. 急性 A 型主动脉夹层合并下肢缺血的诊疗. 首都医科大学学报, 2015, 36: 376-81.
- [4] 石丽, 李庆印. 冠状动脉旁路移植术后置入主动脉内球囊反搏护理专家共识[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(12): 1432-1439.
- [5] 主动脉夹层诊断与治疗规范中国专家共识[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2017, 33(11): 641-654.
- [6] 胸主动脉腔内治疗围手术期管理中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(32): 2489-2496.
- [7] 中国高血压防治指南(2018年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019, 24(01): 24-56.
- [8] 2019 中国家庭血压监测指南[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(07): 635-639.
- [9] 张柳燕, 丁妍, 余健, 黄贤珍, 李文英. 主动脉内球囊反搏术后患者采用不同体位的效果观察[J]. 岭南心血管病杂志, 2017, 23(06): 787-789.
- [10] 王晓月. 主动脉内球囊反搏泵引起下肢缺血的相关因素

- 及护理措施[J]. 求医问药: 学术版 2012, 10(11): 17-18.
- [11] 严重下肢缺血的专家声明[J]. 中国循环杂志, 2017, 34(07): 635-639.
 - [12] 崔聪, 张力, 高夏, 张向辉, 肖长波, 卢伟, 武刚, 王平凡. 急性 A 型主动脉夹层合并下肢缺血外科手术疗效分析[J/OL]. 中国胸心血管外科临床杂志: 1-5[2019-08-25].
 - [13] 蒋雄京, 邹玉宝. 锁骨下/颅外椎动脉狭窄的处理: 中国专家共识[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(06): 523-532.
 - [14] 戎天华, 潘旭东, 刘宁宁, 薛金熔, 白涛, 赵宏磊, 刘永民, 孙立忠. Stanford A 型主动脉夹层合并急性下肢缺血的临床研究现状与展望[J]. 心肺血管病杂志, 2015, 34(11): 867-870.
 - [15] 高素颖, 冀瑞俊, 秦尚敏, 颜应琳. 以短暂性脑缺血发作为首发临床表现的主动脉夹层 1 例报道[J]. 中国卒中杂志, 2015, 10(01): 71-74.
 - [16] 郭治国, 张玉梅, 郑亚安, 马青变. 以下肢缺血为主要临床表现的急性主动脉夹层的临床特点及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2014, 17(11): 1241-1244.

收稿日期: 2020 年 11 月 21 日

出刊日期: 2020 年 12 月 29 日

引用本文: 张琼玲, 戴喜花, 余立挺, 1 例 AAD 合并左髂动脉栓塞行股-股动脉体外转流术患者的护理[J]. 国际护理学研究, 2021, 3(1): 6-9.

DOI: 10.12208/j.ijnr.20210002

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网(CNKI Scholar)、万方数据(WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2021 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS