

1例急性Stanford A型主动脉夹层合并低EF值患者的术后护理

仇克花 苏云艳 伍梦雅

(南京大学医学院附属鼓楼医院心胸外科, 江苏 南京 210008)

【摘要】 总结1例急性Stanford A型主动脉夹层合并低EF值患者的术后护理要点。术后精准控制容量, 积极维护心功能, 有效应对呼吸功能不全, 加强气道管理; 早期启动营养支持治疗, 同时有计划的循序康复锻炼。经过严密观察、积极的针对性治疗与护理, 患者恢复顺利, 康复出院。

【关键词】 急性Stanford A型主动脉夹层; 低EF值; 术后护理

【中图分类号】 R725 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-3783 (2022) 05-15-120-01

主动脉夹层(Aortic Dissection, AD)指各种因素导致动脉中膜弹力纤维层病变或者内膜层破裂, 血流进入内膜下至中膜内, 导致中膜层破裂、剥离形成假、真两腔主动脉^[1]。主动脉夹层是严重威胁人类生命健康的大动脉疾病, 年发病率为(5~10)/10万, 病死率约1.5/10万^[2]。Stanford A型主动脉夹层累及升主动脉, 易并发主动脉破裂、心脏填塞、休克及循环衰竭等, 手术是唯一有效的治疗方法^[3]。2021年1月, 我科收治1例心脏左室射血分数(Ejection Fractions, EF) 26%的急性Stanford A型主动脉夹层患者, 经过积极治疗和精心护理, 患者康复出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者, 男, 30岁, 因“无明显诱因出现胸闷胸痛, 活动后加重, 休息后不能缓解”, 于2021年1月16日00:10以“主动脉夹层”急诊收入我院。主动脉CTA示“主动脉夹层(Stanford A型)”。迅速由急诊转入我科重症监护病房, 期间患者未诉明显疼痛。查体: 体重52kg, 体温36.5℃, 脉搏103次/分, 血压: 117/60mmHg(1mmHg=0.133KPa)(右上肢血压), 106/45mmHg(左上肢血压), 96/38mmHg(左下肢血压), 103/50mmHg(右下肢血压)。双侧桡动脉, 股动脉及足背动脉均可触及。床边心超示: EF26%。入院后控制心率在80~87次/分; 维持血压以保证灌注, 右上肢血压110/60—118/61mmHg; 适当镇痛, 疼痛评分控制在2分以下。入院当天09:40患者在全麻体外循环下行“Bentall(带主动脉瓣人工血管升主动脉替换术)+全弓置换(岛状吻合)+降主动脉支架植入术”。手术时长5h2min, 术中体外循环转流172min, 升主动脉阻断151min, 深低温停循环25min, 术中出血500ml。手术顺利转入监护病房继续治疗。患者术后6小时清醒, 由于心功能分级(New York Heart Association, NYHA)为IV级, 痰多且肌力恢复较慢, 无法拔除气管插管, 积极纠正低氧血症, 改善呼吸功能, 术后第3天拔除气管插管, 于术后第10天转入普通病房。术后第13天因呼吸困难再次转入监护室插管治疗, 术后第15天血气PaO₂135.70mmHg, PaCO₂30.0mmHg, 仍然无法持续脱机, 予患者气管切开。术后精准的容量管理, 有效应对、及时处理呼吸道并发症, 同时个性化的营养支持治疗和科学的康复锻炼, 2021年3月3日康复出院。

2 护理

2.1 心功能的维护

患者术后回室, 密切监测生命体征、观察病情。鉴于心功能差, 医护共同为患者制定了目标导向的容量控制计划, 要求术后维持出入

量负平衡。护理人员使用输液泵设定每小时液体摄入量, 对照食物含水量进行换算, 每小时观察出入平衡情况, 动态调整。另一方面, 患者术中长时间缺血、缺氧, 导致全身炎症反应, 容易发生内环境紊乱。一旦如此, 将会引起血压的波动; 血压过高, 吻合口易破裂、出血; 血压过低影响重要脏器的血流灌注。因此, 在严格控制液体摄入的同时, 密切监测血流动力学至关重要^[4]。遵医嘱垂体后叶素(4-6μg/kg/min), 去甲肾上腺素(0.1-0.75μg/kg/min), 多巴胺(4.0-10.0μg/kg/min), 米力龙(0.4-0.6μg/kg/min)等多种血管活性药物的维持下, 保证上肢收缩压110-130mmHg, 心率90-110次/分; 维持中心静脉压8-12cmH₂O。当患者出现中心静脉压和血压下降, 及时使用床边超声辅助判断是否存在容量不足。遵医嘱联合应用去乙酰毛花苷0.2mg静脉注射QD, 地高辛0.25mg口服QD, 沙库巴曲缬沙坦钠片0.25mg口服QD, 改善心功能, 增强心肌收缩力。经过严密的监测与管理, 患者术后第6天复查心超, 提示人工机械主动脉瓣活动良好, 人工血流通畅, 术后30天, 经过积极的康复锻炼, 心功能由原来的IV级恢复到II级, 能够在助行器的辅助下走廊活动100米, 未出现胸闷、气喘等症状。

2.2 气道的护理

心功能不全时, 心输出量减少, 影响氧向呼吸肌的输送, 从而导致呼吸肌做功能力下降, 出现泵功能衰竭^[5]。患者第3天拔除气管插管, 拔管后1小时复查血气分析: PaO₂108.0mmHg, PCaO₂39.3mmHg, 双肺呼吸音清。术后第13天出现血压突然下降, 伴呼吸困难, 已查动脉血气分析提示: PaO₂84.6mmHg, PaCO₂33.1mmHg, SPO₂90%, 呼吸频率32次/分, 再次转入监护室。立即无创呼吸机PC-SIMV模式辅助通气。30分钟后, 患者呼吸频率降至18-20次/分。每日脱机两次, 每次30分钟, 脱机期间使用储氧面罩8L/min给氧, 呼吸平稳, SPO₂维持在95%-96%。由于患者不能持续脱机, 最终气管切开。由于气管切开后, 患者呼吸的空气未经鼻黏膜过滤、湿润或自身高热等原因, 将导致呼吸道干燥、痰液易形成硬痂而发生堵管现象^[6]。因此, 做好气道湿化管理极为重要。予持续气道被动湿化, 同时根据痰液情况, 适当调整雾化次数。患者痰液粘稠, 使用普米克令舒、爱全乐及乙酰半胱氨酸雾化吸入, 4~6次/天, 每次15-20min, 但患者呼吸肌力量较弱, 咳嗽乏力, 必要时与患者吸痰。为促进肺康复, 尽早拔管, 为患者制定个性化肺康复策略: 每日进行深呼吸锻炼3-5次, 每次15-20分钟, 腹式呼吸5-6次, 每次5-10分钟, 指导拍背体疗, 鼓励咳嗽。术后患者病情稳定, 咳嗽反射良好, 痰液可部分从气管切开处咳出。双鼻氧3L/min下SPO₂维持在95%-98%, 遵医嘱予气管切开处堵管。堵管后血氧饱和度在96%~100%之间, 能自行咳出痰液,

作者简介: 仇克花, 本科, 护师。

无呼吸困难等其他不良反应。

2.3 脏器血供的观察与护理

心脏外科手术由于体外循环时间、术中出血输血等多种因素,术后容易出现肾脏、呼吸功能、神经系统等多种并发症。该患者未发生神经系统并发症,但累及了肾脏系统。研究显示,急性A型主动脉夹层术后急性肾损伤的整体发生率高达18%~55%^[7]。患者术后出现无尿,高度怀疑出现了急性肾损伤。血清钾持续居于5.71-5.93mmol/L,持续的高钾会增强心肌的兴奋性,出现各种早搏,心动过速,严重者可出现心脏停搏,立即实施床边连续肾脏替代疗法(Continuous Renal Replacement Therapy, CRRT)。经过间断的床边CRRT,患者每日尿量能够维持在1000ml-1500ml,患者血清钾维持在4.64-4.78mmol/L,肌酐由200 μmol/L降至120 μmol/L,尿素氮由19.9mmol/L降至11mmol/L。

2.4 营养支持

该患者由于气管切开不能经口进食,营养低于机体需要量,遂置入鼻肠管,进行肠内营养。肠内营养可以促进肠道黏膜细胞的生长,从而维护肠黏膜的屏障功能,降低危重症患者的感染率和病死率^[8]。患者NRS2002营养风险评分为3分,白蛋白31.7g/L,体重52kg, BMI: 17.18;同时考虑心功能状况,责任护士与医生、营养师多学科合作,进行全面的评估,为患者制定了营养摄入计划。每日热量需达到1300-1560 kcal,采用肠内营养混悬液(SP)进行营养支持,起始速度为30ml/h,患者无腹痛腹胀腹泻等不适反应,逐渐增加到80ml/h。术后第24天,经评估患者Barthel评分60分,无呛咳及呼吸困难,注田饮水试验2级,鼓励患者经口进全流质饮食,待肠道功能完全恢复,逐渐过渡到半流及软食,同时使用白蛋白10g静脉滴注QD,患者白蛋白维持在37.1-42g/L。体重增至60kg, BMI: 20.04。

2.5 康复锻炼

外科危重患者由于长时间卧床可导致肌肉功能障碍、免疫功能下降、延长呼吸机使用时间和住院时间等,有研究证实对长期卧床的外科危重患者进行早期运动有利于患者的康复^[9]。患者术后肌力III级,术后指导患者床上行踝泵运动,患者能够进床边站立1min。每日由责任护士与康复师协助者进行有计划的功能锻炼。早期:从室内步行50-60m/min,持续5到10min。稳定期:目标心率或峰值摄氧量40%~60%,持续时间:5~10min开始,2次/天,逐渐增加到20~60min/次,2次/天,遵从循序渐进的原则,经过积极的锻炼,患者能够由原先的房内活动增加到在助行器的辅助下走廊步行100m,一天两次。

2.6 压力性损伤的预防

当患者存在不同程度低蛋白血症、消耗性营养不良、疼痛、躯体移动障碍、皮肤弹性及抵抗力减弱,会极大地增加发生压力性损伤的风险^[10]。经评估该患者Bardend评分10分,属于压力性损伤高危患者。患者在术中选择合适的术中压力性损伤防护工具,敷料的大小完全覆盖受压部位,黏贴敷料采用无张力手法。骨隆突处垫减压装置,受压部位常规涂抹肤润;术后坐位、半卧位时,抬高床尾防止身体下滑。确保床单元的整洁,避免拖、拉、拽等动作,在血流动力学稳定的情况下定时更换体位,采取30°侧卧、左侧卧、仰卧、右侧卧交替的减压措施,解除受压部位的压力,患者在住院期间未发生压力性损伤。

3 小结

StanfordA型主动脉夹层手术复杂、病死率及术后的并发症发生率较高,同时患者伴有严重的心功能不全,故对于患者护理要求更为严格,专业和精心的治疗和护理,是患者顺利康复的关键。

参考文献

- [1] 陆政日,法宪恩,王宏山.手术治疗老年Stanford A型急性主动脉夹层的近期和远期疗效分析[J].中国普通外科杂志,2017,26(12):1555-1561.
- [2] 焦敏,齐加新,张振美,等.颈-锁骨下动脉人工血管旁路联合主动脉夹层腔内修复术患者围术期护理[J].齐鲁护杂志,2019,25(20):127-128.
- [3] 万建红,李晓姝,韩淳,等.A型主动脉夹层患者术后急性呼吸功能不全护理干预的研究进展[J].中华护理杂志,2020,55(04):553-557.
- [4] 简爱娟.Stanford A型主动脉夹层患者18例围术期管理[J].临床合理用药杂志,2019,16:158-160.
- [5] 赵淑灿,吴苏武,余天峰,等.无创双水平正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并急性左心衰的疗效观察[J].中国基层医药,2007(01):11-12.
- [6] 沈春风,戴丽华.气管切开后病人的护理体会[J].全科护理,2014,12(11):1008-1009.
- [7] 周炜,李白翎,刘洋,陶芸,等.急性A型主动脉夹层术后早期的常见并发症及处理[J].国际心血管病杂志,2020,47(03):129-131.
- [8] 陈培培,冯波,赵振华,等.不同输注速° C对肠内营养液温° C影响的研究[J].中华护理杂志,2021,56(01):46-49.
- [9] 和建冰,谢伟魁,代亚娟.卧床运动治疗器对外科危重患者肢体功能锻炼的影响[J].护理实践与研究,2016,13(02):4-6.
- [10] 朱春萍.晚期肿瘤病人难免压疮的管理[J].中国护理管理,2010,10(01):52-53.
- [8] 雷显琼.急诊CT增强扫描检查患者的常见问题及护理对策[J].当代护士(中旬刊),2020,27(4):109-110.
- [9] 陈淑丽.预见性护理对CT增强扫描患者碘造影剂不良反应的预防效果[J].中国保健营养,2020,30(11):249-250.
- [10] 刘晖.针对性护理对增强CT扫描中碘造影剂过敏反应发生率的影响[J].中外女性健康研究,2020,2(6):150-151.
- [11] 陈矛.优质护理对冠状动脉心脏CT增强扫描成功率及图像质量的影响[J].智慧健康,2020,6(20):143-144.
- [12] 张梅芳,袁强,杨建娣,等.临床护理路径(CNP)在腹部CT增强扫描检查中的应用研究[J].中国现代医生,2020,58(24):166-168,172.
- [13] 张海萍.CT增强扫描碘造影剂不良反应的预防及护理干预效果分析[J].中外医疗,2020,39(29):149-151.
- [14] 杨子.预防性护理干预对接受CT增强扫描患者碘造影剂不良反应发生率的影响[J].首都食品与医药,2020,27(19):130.
- [15] 张玮,范玉霞,幸世玉,等.个性化护理在减少CT增强扫描造影剂外渗中的应用研究[J].微创医学,2020,15(6):830-831,838.

(上接第119页)