

急救护理

主动脉夹层 86 例患者急救护理

周守志, 张 萍, 严兆娴, 董青苗

(南京医科大学附属无锡市人民医院 急诊科, 江苏 无锡, 214023)

关键词: 主动脉夹层; 急救护理

中图分类号: R 472.2 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)12-027-02 DOI: 10.7619/jcmp.201312011

主动脉夹层(AD)是指主动脉腔内的血液通过内膜的破口进入主动脉壁中层而形成的血肿,并非主动脉壁的扩张,有别于主动脉瘤,过去此种情况被称为主动脉夹层动脉瘤,现多改称为主动脉夹层血肿或主动脉夹层分离,简称主动脉夹层^[1]。AD为心血管内科的急危重症,具有起病急骤、进展迅速、病死率高等特点,未经治疗 24 h 病死率高达 21%^[2],所以快速确诊、及时实施抢救、给予监护治疗都是相当关键的,现将本院急诊收治的 86 例患者的病因、诱因、诊治过程及相关治疗与护理体会回顾分析如下。

1 临床资料

本院急诊科 2010 年 1 月—2012 年 12 月收治 AD 患者 86 例,其中男 80 例,女 6 例,年龄 36~81 岁,平均 53 岁,1 例检查过程中血管破裂死亡,其余患者均得到确诊为 AD,71 例转入病区专科或手术治疗,9 例转院,5 例自动出院。临床表现:66 例患者突发剧烈胸痛,疼痛呈难以忍受刀割样或撕裂样疼痛,伴大汗淋漓、面色苍白、恶心呕吐。疼痛部位为在前胸或胸背部,放射到颈、腹部、下肢;8 例剧烈疼痛的患者出现颜面苍白、大汗淋漓、皮肤湿冷、脉搏快弱及呼吸急促等休克现象;4 例患者呈心衰表现伴发腹痛表现;8 例肾区有叩击痛阳性表现。辅助检查:心电图示胸前导联非特异性 ST-T 改变;X 线胸片示纵膈增宽 22 例;彩色多普勒示主动脉增宽,主动脉内剥离面真腔受压变形 8 例;心肌酶谱 CK 与 LDH 均超出正常高限 2 倍者 23 例;85 例患者均予行 CTA 检查确诊为主动脉夹层。

2 急救与护理

2.1 初步评估与护理

对患者初步评估与护理能够使患者得到及时

的处理,减少不必要的检查或者频繁检查,从而缩短使患者得到确诊的时间。及时监护患者的生命体征,严密观察患者病情变化,特别是血压的情况,必要时双上肢血压交替测量,做必要的对照。发现异常情况及时汇报医生行必要的处理。仔细询问病史,了解患者的主观感受,必要时协助医生做必要的体格检查,初步知道患者的基本情况,避免频繁检查而耽误治疗时间。及时给予患者及其家属必要的心理干预,避免患者情绪激动增加未知的风险,安慰患者与家属配合检查并讲明必要性。护士本身应该掌握本病的基本知识、对本病的预见性,以便做出必要的处理,防止意外情况的出现。

2.2 检查过程的风险评估与护理

由于主动脉夹层的确诊主要依靠影像学的检查,特别是增强 CT 的检查,但对于急性期的主动脉夹层患者风险是很大的,这就需要医护人员充分评估检查过程的意外。为此本科对此病制定了相对的应急预案:① 医护人员应对患者在检查过程中的意外风险作充分评估,向家属及患者解释检查的必要性,避免患者及家属对相关检查产生异议,从而取得患者积极的配合。② 保证绿色通道的畅通,与急诊科的影像科等相关科室沟通,提前做好相关准备,减少患者在检查过程中浪费时间,同时医护人员备好急救药品及器械,临床医护人员陪同检查,确保患者的安全。③ 检查过程中应密切观察患者神志的改变,积极与患者沟通,并进一步了解其思想动态,避免患者情绪的变化,特别是恐惧、焦虑、紧张等负性情绪会导致血压升高,加剧夹层范围进一步扩展,严重时可导致夹层破裂出血。④ 确诊患者为主动脉夹层后,迅速将患者转移到急诊抢救室给予心电监护,遵医嘱给予患者镇痛、降压等相关治疗,其他相关辅助检查则予床边检查,避免频繁搬运患者而使患者病情

加剧,同时联合相关的科室会诊。⑤ 心理护理,主动脉夹层疼痛通常都是剧烈的,患者常常表现出烦躁不安、频繁翻身或对检查不够理解,护士应该理解患者,同时与患者积极沟通,并安抚患者及家属,使患者积极配合检查,尽量避免语言的不良刺激而加重患者孤独无助的感觉,以免使患者病情加重。

2.3 诊断明确患者的病情观察与护理

此过程患者是否能控制患者病情的关键,给予患者初步的治疗,能够减缓患者的病情进展,为其进一步的治疗提供有力的保障,并且减少意外情况的发生。护理措施如下:① 一般护理,嘱患者绝对卧床休息,避免用力过度(如排使用力、剧烈咳嗽、剧烈翻身等),给予患者吸氧、迅速建立静脉通路,必要时予患者配血、准备相应的急救药品与器械,以应对患者出现意外情况提供抢救。② 疼痛护理,主动脉夹层的患者 90% 疼痛呈撕裂样剧烈疼痛,疼痛是主动脉夹层是否继续扩展的标志^[3],医护人员应注意患者关于疼痛的主诉,严密观察疼痛的程度、性质与部位的变化,疼痛的减轻与加剧或放射范围扩大都预示病情的变化,应该立即通知医生处理^[4]。特别需要注意的是,如果疼痛缓解或消失后又加重出现,应警惕夹层分离,继续发展甚至有瘤体破裂的危险。对患者疼痛的护理应遵医嘱给予吗啡或哌替啶肌肉注射,对烦躁不安的患者给予安定等镇静药物的应用,使患者负性情绪得到有效控制。③ 血压与心率的护理,迅速降低血压及减慢心率,以减少对主动脉的冲击力,这是有效控制夹层剥离速度的关键措施。尽快将收缩压降至 100~120 mmHg 或以下,可用硝普钠 25~50 $\mu\text{g}/\text{min}$ 静脉滴注,以减轻心脏后负荷并降压,但应注意按血压控制水平及时调节滴速。如果患者血压突然下降,应注意主动脉破裂的可能,需及时汇报做相应处理。另外,还可给予 β 受体阻滞剂如美托洛尔、普萘洛尔等,以减轻心肌收缩力和减慢心率,使心率维持在 60~80 次/min,防止心率过快增加心肌耗氧,使心肌受损。④ 心理护理,严防患者情绪波动,加强心理护理,及时了解患者及其家属的心理动态和心理需求,给予患者全方位的关爱与帮助,尽量满足患者及其家属的合理要求,以解除患者的紧张、恐惧及焦虑情绪^[5]。医护人员应尽量缓解与减轻患者的不良心理反应,尤其对焦虑、恐惧可产生药物治疗无法替代的作用,根据患者不同的心理感受,及时评估患者的应激反应和情绪状态,并确定相适应的心理护理对策,给予患者全面的情感

支持,淡化患者对自身病情的忧虑。⑤ 转运过程中的护理,医护人员应该充分评估在转运过程中的出现的风险,保证患者能够迅速转入相关科室继续治疗。同时,应为转运过程中出现的风险制定相应的转运对策:转运前评估患者的基本情况;向患者及其家属解释转运的必要性和转运途中的风险,取得患者及家属的配合;携带必要的抢救器械与药品;通知相关科室做好相应准备;医护人员协同转运,减轻患者的紧张情绪并在病情变化时迅速组织抢救;转运过程中密切观察患者的生命体征情况,注意患者面色的改变,发现变化及时处理。主动脉夹层患者在运送途中常因路上车床推动引起的震动发生病情突变,因此在运送患者前,应做好充分准备^[6],本组患者在转运途中没有出现病情变化。

3 体会

主动脉夹层起病急骤、进展快,且误诊率、病死率高,是临床上少见而严重的急症。作者根据本科对主动脉夹层的急救护理,总结出以下几点经验:① 加强本科医护人员对主动脉夹层的认识,加强对主动脉夹层知识的了解,尤其是遇到不明原因的剧烈腹痛与胸痛,应协助早期诊断,减少确诊该病的时间,为患者赢得治疗时间;② 加强多科室之间的配合与协助,特别是与影像科、B 超室、检验科以及血管外科等相关科室密切配合;③ 严密观察患者的病情变化,特别是血压与心率的变化,做到对本病的预见性,防止并发症出现,同时做好相关的心理护理;④ 加强医患以及医护人员之间的沟通,配合相关治疗与处置,提前预防并发症的发生,只有这样,才能减少该病风险的发生^[7]。

参考文献

- [1] Braurwald. 陈灏珠. 心脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:1408.
- [2] Meszhros, Moroze J, Sxlavi J, et al. Epidemiology and clinicopathology aortic dissection[J]. Chest, 2000, 117: 1271.
- [3] 谢董瑞,梁凤英. 主动脉夹层急性期 39 例观察与护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(3): 78.
- [4] 李小燕,袁凤英,葛永贵. 主动脉夹层的急救护理[J]. 护士进修杂志, 2000, 15(6): 44.
- [5] Scheetz L. Aortic Dissection[J]. Am Nurs, 2006, 106(4): 55.
- [6] 黄闻玲. 主动脉夹层患者的观察与护理[J]. 中国医学创新, 2011, 20(20): 68.
- [7] Eric M, Isselbacher M D. Thoracic and abdominal aortic aneurysms[J]. Circulation, 2005, 111: 816.