

专科护理

一例主动脉夹层行主动脉造影合并腔内隔绝术患者的护理

□秦晶

主动脉夹层是指由于各种原因导致主动脉内膜撕裂,主动脉腔内血液从内膜撕裂口进入主动脉壁中膜与外膜交界处,使中膜与外膜分离,并沿主动脉长轴方向扩展,形成主动脉壁两层分离的状态,造成主动脉管腔呈真、假两腔的病理改变。本病的发生常与高血压、主动脉粥样硬化、先天性心血管疾病等因素有关。

该病按DeBakey(音译为德贝基)分型可分为3型。I型:内膜破口位于升主动脉,扩展范围超越主动脉弓,直至腹主动脉。II型:内膜破口位于升主动脉,扩展范围局限于升主动脉或主动脉弓。III型:内膜破口位于降主动脉峡部,扩展范围累及降主动脉和(或)腹主动脉。按Stanford(音译为斯坦福)分型,该病可分为A、B两型。凡升主动脉受累者为A型(相当于DeBakey I型和DeBakey II型),又称为近端型;凡病变始于降主动脉者为B型(相当于DeBakey III型),又称为远端型。

临床表现

疼痛:85%以上的患者在急性期会出现典型的突发胸背部剧烈撕裂样或刀割样疼痛。疼痛部位随病变累及位置不同而存在差异,疼痛可放射至腹部、下肢、上臂等。

休克:近半数患者因剧痛出现休克症状,表现为烦躁不安、大汗淋漓、面色苍白、心率加快等。

破裂表现:主动脉夹层最常见的死亡原因是主动脉管腔破裂,破口常位于升主动脉且在内膜撕裂处附近,最常引起心脏压塞症状。破裂后可出现心脏骤停或失血性休克表现,如面色苍白、四肢湿冷、大汗淋漓、血压下降等。

其他:主动脉夹层压迫邻近器官或累及主动脉分支的症状包括:

循环系统:主动脉瓣关闭不全为Stanford A型主动脉夹层的重要特征。主动脉夹层常累及左锁骨下动脉,因此可出现两上肢血压明显差异,受累侧上肢因缺血而出现无力、疼痛、苍白等。此外,一侧脉搏减弱或消失,以及上、下肢血压差变小均提示动脉压迫阻塞。若夹层累及股动脉,受累下肢因缺血可出现无力、疼痛、苍白、间歇性跛行等病变。

消化系统:夹层血肿压迫食管、纵隔,迷走神经可引起吞咽困难,若破入食管可引起大量呕血。

呼吸系统:夹层血肿压迫支气管可导致支气管痉挛,出现气促、呼吸困难。夹层破裂出血进入胸腔,可引起胸腔积液,表现为胸痛、呼吸困难等症状。

主动脉夹层的治疗方法主要有非手术治疗、腔内治疗、外科手术治疗。非手术治疗包括镇痛、控制血压和心率以及通气、补充血容量。

患者,男,42岁,主诉活动后突发胸背部撕裂样剧烈疼痛10小时余,伴胸闷、气喘、出冷汗,急诊以主动脉夹层诊断收入院。患者既往有高血压病史,入院后完善主动脉CT血管造影检查,结果提示:主动脉夹层(DeBakey III型),同时合并升主动脉及主动

病例分析

脉弓壁间血肿。经病情评估后,患者接受了主动脉造影+腔内隔绝术,以及左锁骨下动脉造影+激光开窗术治疗。

护理措施

术前观察及护理要点

心理护理:剧烈的疼痛使患者存在恐惧心理,护理人员应积极与患者及其家属沟通并耐心讲解,以缓解其恐惧心理,使患者情绪平稳,接受治疗。

饮食护理:急性期禁食、禁水,为急诊手术做准备。病情稳定后,对于观察或择期手术的患者,建议以清淡、易消化及富含纤维素、高蛋白的流质或半流质饮食为宜。指导患者多食用新鲜水果、蔬菜及富含膳食纤维的食物,鼓励饮水,保持排便通畅。

体位与活动:协助患者绝对卧床休息,保持情绪稳定;协助患者床

上就餐、排便,避免用力排便、剧烈咳嗽。

疼痛的观察:严密观察疼痛部位、性质、时间、程度,酌情使用镇痛药物,有利于控制血压,减少夹层破裂风险。

控制血压及心率:遵医嘱应用降压药或降心率药物。血压维持在90~120/60~90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),心率控制在60次/分~80次/分,保证重要脏器有效灌注,同时记录24小时尿量。降血压过程中,密切观察血压、心率等情况。血压平稳后疼痛明显减轻或消失,是主动脉夹层稳定的临床指征。

主动脉夹层累及相关系统的观察和护理。主动脉夹层A型(升主动脉夹层)撕裂累及冠状动脉时,可引起急性心肌梗死、急性心肌梗死;累及左颈总动脉、左锁骨下动脉时,可引起大脑、上肢供血障碍;压迫喉返神经时,可引起声音嘶哑;累及肾动脉时,可有尿尿、少尿甚至无尿;累及肠系膜动脉时,可引起腹痛、腹胀等,甚至截瘫或急性下肢缺血等。故应密切观察上述症状,及早发现病情变化,为治疗赢得时间。

预防主动脉夹层破裂:若患者出现疼痛加剧、面色苍白、血压下降、脉搏加快等症状,提示主动脉夹层破裂,应积极配合医生进行抢救。

术后观察及护理要点

严密监测生命体征:术后给予心电监护,监测患者心率、血压变化,观察患者疼痛症状较前有无改善。

开展体位指导及肢体末梢循环观察:术后协助患者保持平卧位休息,穿刺侧肢体制动6小时~8小时,同时密切观察下肢运血情况,包括皮肤温度、颜色、感觉、运动及足背动脉搏动情况。

进行肾功能监测:主动脉夹层若累及肾动脉,可引发肾血流量下降、尿量减少,严重时出现肾衰竭;

此外还需警惕造影剂对肾功能的损伤,因此每日需监测患者的尿量及尿色,在保证组织灌注的前提下,维持尿量在30毫升/小时以上。

开展意识观察:观察患者意识及肌力变化,警惕脑梗死及截瘫的发生。麻醉、手术操作等可能导致患者出现烦躁、谵妄,需及时稳定患者情绪,第一时间与医生沟通,遵医嘱适当给予镇静处理,同时加强风险评估,保障患者安全。

做好引流管护理:术后留置切口引流管的患者,需注意观察引流液

并发症的观察与护理

腔内隔绝术后综合征:表现为“三高两低”症状,即C反应蛋白升高、体温升高、白细胞计数升高,血红蛋白降低、血小板计数降低。若体温不超过38.5摄氏度,一般无需特殊处理,可指导患者多喝水或给予物理降温;若体温超过38.5摄氏度,需严密监测患者血液检查结果,排查感染可能,遵医嘱使用抗生素对症处理,并给予药物降温。血红蛋白降低的患者可能出现头晕症状;血小板计数降低的患者则需密切

观察,排查是否存在皮下淤血、牙龈出血等出血表现。

截瘫:主要因隔绝术中覆膜支架遮蔽过多脊髓供血动脉,导致脊髓供血不足而引发。术后需严密观察患者肢体活动情况,判断是否发生截瘫,针对高危患者可提前行脑脊液引流等预防处理。

内漏:发生内漏的原因主要包括支架贴壁不良或移位、移植术本身存在缝隙、侧支血管开放等。术后需监测心率、血压变化,避免血压、心率出现大幅波动。若患者术后主诉持续

胸痛,需及时复查主动脉CT血管造影,明确是否存在内漏引发的假腔持续扩大或新发破口,确认后及时通知主管医生给予积极处理。

脑部并发症:术后需观察患者的意识变化,警惕脑梗死、脑出血的发生。由于术中需控制心率在80次/分以下,减少支架释放时的阻力,避免支架移位;而支架送达目标位置释放撑开时,会完全阻塞该部位主动脉,造成脑部供血改变,因此术后需重点观察有无脑缺血或脑出血症状出现。

用药护理:术后口服抗凝或抗血小板药物期间,需密切观察患者有无牙龈出血、皮下淤血等出血倾向。合并高血压的患者需规律口服降压药物,将血压控制在正常范围内。

饮食护理:对于局部麻醉术后无不适症状者,可指导患者进食清淡、易消化的食物,同时多饮水促进造影剂排泄。全身麻醉术后需暂时禁食禁水,待胃肠功能恢复后,可从流食逐渐过渡至普食。

出院指导

行为指导:避免剧烈活动,做到劳逸结合,保持乐观心态,同时严格戒烟戒酒。

饮食指导:合理搭配饮食,多食用蔬菜、水果、杂粮,减少动物脂肪及高胆固醇食物的摄入,保持排便通

畅。合并高血压或糖尿病的患者,需遵循低盐、低脂、糖尿病饮食原则。

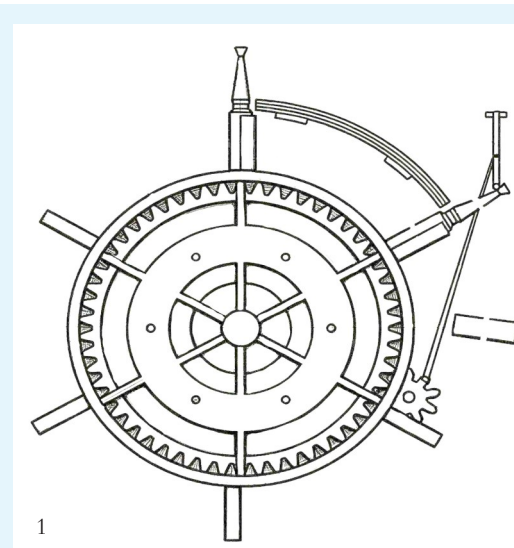
用药及血压监测指导:遵医嘱正确服用降压药、抗血小板药物。需教会患者及其家属正确测量血压的方法,服药期间注意观察是否出现牙龈出

血、黑便等出血倾向。

定期随访:术后需定期到门诊复查,根据情况适时完善增强CT检查,若身体出现不适应及时就诊。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

小发明



1.疫苗安瓿快速开启装置的简易结构示意图; 2.止动机构的简易局部放大图。

技术背景

安瓿是指一种可密封的硬质玻璃容器,常用于存放注射用药物、疫苗及血清等。在进行免疫接种时,医务人员需使用砂轮切割疫苗安瓿,并用硬质工具敲断安瓿的瓶颈,然后抽取药液。在流行病高发季节,需对易感人群进行集中接种。医务人员长时间重复上述操作,造成工作效率降低、劳动强度增大。此外,手工操作难以实现安瓿瓶颈的标准化切割。切割不充分的安瓿在被打断时易发生爆裂,产生细小玻璃碎片混入药液,从而带来健康风险。为解决上述技术问题,有必要设计一种疫苗安瓿快速开启装置。

创新内容

这种疫苗安瓿快速开启装置包括固定设置的机架,其特征在于:还包括可转动设置于机架上的转盘。转盘外缘设置有6个半圆形挡托,半圆形挡托的内壁弧度与安瓿相适配。机架上还设置有位置可调节的切割机构,该切割机构具有圆筒形的轮廓,其侧边为切削部,可根据安瓿的规格调整位置以接触并切割安瓿瓶颈。机架上还设置有止动机构,用于在转盘转动至预定位置后使其止动。转盘上还设置有大齿轮及与小齿轮啮合的小齿轮,拉杆的一端与小齿轮连接,另一端与压柄球铰接。压柄球转动安装于机架上,可上下摆动,在向下摆动至最低点时压断其正对的安瓿。

大齿轮与小齿轮的传动比满足以下条件:操作人员将安瓿放置于半圆形挡托上的I位置,推动安瓿使转盘转动60度后由止动机构固定。在此过程中,大齿轮带动小齿轮转动一周,并同时通过拉杆带动压柄球摆动下压,以压断安瓿瓶颈。

大齿轮与小齿轮的传动比为6:1,齿比为54:9。切割机构通过连接片固定安装在机架上,该机构包括容置盒。容置盒中设置有间隙,间隙中均匀分布有限位柱。砂线的一端顶接于容置盒内壁,中间绕过限位柱形成波浪形,另一端固定连接于螺头,螺头通过螺纹旋入容置盒内壁。

砂线通过在钢丝外表面涂覆磨料层形成,其一端可转动地装入容置盒内壁上的孔中,并与容置盒内壁顶接。限位柱每两个为一组,均匀分布于容置盒的间隙中,每组限位柱夹持砂线。

容置盒采用可拆卸结构。止动机构包括设置于转盘上的连接孔、限位孔,机架上对应设置有与该限位孔相配合的孔。设置于机架的孔底固定连接弹簧,弹簧上固定连接有限位球,限位球的球冠可压入限位孔中。止动机构共有6个,均匀分布在机架上。

该止动机构可使每次开启一只安瓿(转盘转动60度)后,装置仍能保持在待机状态。

有益效果

1.该疫苗安瓿快速开启装置操作简单,可单手完成,通过单一动作即可开启安瓿并能自动下料丢弃废物。
2.砂线可旋转角度复用,从而提高了磨料的利用率。
(作者供职于河南省儿童医院郑州儿童医院)

一种疫苗安瓿快速开启装置

□张可文/图

护理感悟

她是病患的“定心石”

□郑雅文 任怀江

杜沙沙,温县人民医院心胸外科主管护师,从事临床护理工作21年。在这21年的职业生涯中,她始终坚守在护理一线,专注于心胸外科患者的护理与康复指导,积累了丰富的临床经验。她曾获得多项荣誉,这些荣誉不仅是对她专业能力的认可,更是对她敬业精神的肯定。而在患者心中,她更是一个让人安心的名字。

夜班里的“火眼金睛”
在一个普通夜班,杜沙沙像往常一样巡视病房。当她走到一位食管癌术后患者的床旁时,习惯性地观察了胸腔闭式引流瓶。她发现引流液颜色异常,呈淡淡的乳白色。她心里“咯噔”一下:这正是乳糜胸的典型表现!而乳糜胸不仅会导致呼吸功能障碍,还会引起营养与代谢紊乱,免

疫功能损伤。若未得到及时有效治疗,患者病死率可高达50%。

没有丝毫犹豫,她立即测量生命体征,向医生报告情况、留取标本送检……一系列操作行云流水。医生了解情况后确诊为早期乳糜胸。由于发现及时,患者通过保守治疗便控制了病情,避免了二次开胸手术。事后,医生竖起拇指称赞道:“杜老师,您这双‘火眼金睛’救了患者一命。”事后,患者家属拉着杜沙沙的手再三表示感谢,她却说:“这是我的本职工作。”

一个细微的“捻发感”
还有一次,一位食管癌术后第5天的患者,精神状态尚可,生命体征平稳。但杜沙沙巡视时发现,该患者不爱说话,声音嘶哑,并且时常下意识地触摸颈部。她敏锐地解开患者的领口,

手指轻轻一按,发现患者皮下存在轻微的“捻发感”。

她立刻警觉起来:这可能是吻合口瘘!吻合口瘘是指食管癌术后,食管与胃重新连接的吻合口未能愈合,形成一个微小破口。一旦发生,唾液、消化液甚至食物残渣就会从这个破口漏入胸腔和纵膈——这是食管癌术后最凶险的并发症之一,轻则可引发高热、脓胸,重则可腐蚀大血管导致致命性大出血,死亡率极高。若等到典型症状如高热、呼吸困难、皮下气肿蔓延至颈部以下才进行处理,往往已经错过了最佳抢救时机。杜沙沙不敢有丝毫耽搁,立即向医生报告。CT检查结合证实,确实存在一个微小吻合口瘘。由于发现及时,医生通过禁食、胃肠减压、抗感染等保守治疗手段,并辅以护理团

队的精心照料,瘘口最终自行愈合。患者家属后来专程前来感谢:“若非杜护士及时发现,后果真是不堪设想。”

不仅是技术,更是心灵抚慰。心胸外科患者往往需要承受身体与心理的双重创伤。曾有一位接受乳腺手术的患者,换药时偷偷掉眼泪,她难以接受身体形态的改变,又对未来生活充满担忧。杜沙沙没有立即离开,而是轻轻握住患者的手,帮她擦拭眼泪,用温和的语气安慰道:“手术后的恢复需要时间,这是正常反应。”换药完成后,她先用温热毛巾仔细擦净患者皮肤上残留的碘伏,避免碘伏刺激皮肤,随后为患者更换干净、舒适的衣物,又帮患者整理好头发,让患者从视觉上就能感受到整洁,也体会到护理的细致关怀。之后,她耐心指

导患者进行上肢功能锻炼,从简单的五指屈伸到肩关节活动,逐步恢复肢体功能,同时多次进行心理疏导,通过倾听患者的焦虑与恐惧,运用认知行为疗法帮助患者调整对疾病和身体变化的认知,鼓励她积极面对康复过程。慢慢地,在医护人员的专业治疗与人文关怀下,患者重新露出了笑容,开始主动参与康复训练。出院时,患者紧紧握着杜沙沙的手说:“你不仅治好了我的病,还挽救了我的生命,更给了我重新生活的勇气和信心。”

21年来,杜沙沙虽然没有轰轰烈烈的壮举,却在一次次急救与护理中,成为科室及患者眼中的“定心石”。她说:“护理这条路,有苦有累,但我从未后悔。择一事,终一生,此生无憾。”
(作者供职于温县人民医院)

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……
投稿邮箱: 568689252@qq.com