·经验交流·

主动脉夹层术后监护体会

Monitoring and nursing experience of aortic dissection surgery

夏 梅,陈 巧 (第三军医大学西南医院胸心外科,重庆 400038)

[关键词] 主动脉夹层;循环功能监护;心脏手术
[中图分类号] R654.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)06-0651-02

主动脉夹层(aortic dissection,AD)指主动脉腔内的血液从主动脉内膜的撕裂处进入主动脉中膜,使中膜分离,并沿主动脉长轴方向扩展,而形成的血肿[1]。主动脉夹层是临床上最复杂、最危险的心血管疾病急症,其特点是起病急、发展快、无论保守治疗还是手术治疗,死亡率高。外科最有效的治疗方法是人工血管置换术、支架植入术。但因手术创伤大、风险高,故术后监护尤其重要。现将我科 2012 年 1 月至 2014 年 1 月收治的 38 例主动脉夹层患者术后监护体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 38 例患者,其中男 31 例,女 7 例;年龄 37 ~ 79 岁,平均(53.8 ± 3.5)岁。临床表现为突发的胸背部撕裂样疼痛,自觉胸闷、气短等。术前合并高血压病史 31 例,38 例患者中 15 例行人工血管置换术,23 例行支架植入术。38 例患者术后均平车送入我科监护室。

1.2 术后监护方法

1.2.1 持续血流动力学监测 严密观察血压变化,术后24 h 内每 15 ~ 30 min 记录 1 次,稳定后每小时记录 1 次。血压控制在 90 ~ 120 mmHg/60 ~ 70 mmHg,CVP 保持在 10 ~ 16 mmHg,测量中要排出干扰因素:吸痰前后、躁动等状况下避免测量。

1.2.2 使用硝普钠的管理 选择精确的微量泵泵入,确保剂量准确;固定专一通道,药物提前配置;由于硝普钠见光极易分解、失效,因此在使用硝普钠时应使用避光注射器及避光微量泵延长管。

1.2.3 呼吸功能监护 呼吸机参数设置及观察要点一般采用间歇正压通气模式(IPPV),呼吸机参数设置:呼吸频率 10 ~ 15 次/分,潮气量 8 ~ 10 mL/kg,FiO_2 35% ~45%,严禁使用 PEEP,以减少胸腔压力。根据血气分析结果调整呼吸机参数,维持 SpO_2 在 95% 以上。

1.2.4 术后出血的监护 严密观察记录引流液的量、颜色和性状,及时挤压心包、纵隔引流管,保持通畅。血压稳定,可抬高床头 15° ~30°,以便引流。若胸液量大于 100 mL/h,连续 3h,心率增快,血压下降,应及时报告医师,怀疑有活动性出血,应再次开胸止血。

2 结果

38 例患者无术中死亡,2 例患者分别于术后 48 h、56 h 血压波动较大,经积极处理后,血压控制良好。术后死亡 3 例,其中术后因多器官功能衰竭死亡 2 例、出血死亡 1 例,其余均康复出院。

3 讨论

循环功能监护是术后监护的重点,本组患者术前多合并高血压病史,加之术后交感神经系统紧张亢进,创伤部位的疼痛,早期应激反应和体温升高所致机体代谢率增高等因素,更易引起血压波动[1]。由于主动脉夹层病人常伴有高血压,而血压波动幅度与主动脉夹层剥离密切相关。因此临床常使用硝普钠控制血压。术后持续监测血流动力学变化,避免患者血压忽高忽低,血压的波动比增高更容易诱发主动脉夹层的分离[2]。为确保测压值准确、真实地反映血流动力学的变化,在监护中应注意妥善固定,确保测压管通畅;每班及体位改变后及时调整换能器位置,并归“零”。

大血管置换手术及体外循环时间长,创伤大,术后一般予以持续镇静,延长呼吸机辅助时间[3]。呼吸机辅助期间,重点观察双肺有无干湿罗音及痰鸣音,两侧呼吸音是否对称,密切注意插管位置、深度。做好温湿化,吸入气体的温度在 34 ~ 37 ℃为宜。及时吸痰,吸痰前后给予高浓度氧 1 ~ 3 min 过渡。患者清醒配合,肌力完全恢复,各项监测指标均在正常范围,可停用呼吸机,拔管后予鼻吸氧或面罩吸氧,按时雾化吸入并协助咳嗽排痰。本组 38 例病人使用呼吸机平均达 21 h,呼吸机辅助期间,保证充分的气道温湿化,及时吸痰,及早拔管,按时雾化,无肺部并发症发生。

由于体外循环心脏直视手术、血液稀释、肝素未完全中和,使凝血机制障碍,引起术后大量渗血。如不及时处理可引起严重后果。因此,出血的防治是主动脉夹层病人术后康复的重要环节。护士应严密观察记录引流液的量、颜色和性状,及时挤压心包、纵隔引流管,保持通畅[4]。血压稳定,可抬高床头 15° ~30°,以便引流。若胸液量大于 100 mL/h,,连续 3 min,心率增快,血压下降,应及时报告医师,怀疑有活动性出血,应再次开胸止血。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406031
[收稿日期] 2014-07-11 [修回日期] 2014-07-29

术后血管内血栓形成、吻合口破裂及脑组织缺血再灌注损伤等均可致患者神志异常和肢体活动障碍,因此术后要严密观察患者神志、双侧瞳孔大小及对光反射,及肢体活动情况,如有异常,及时报告医师。因介入性操作频繁,继发感染概率高。因此我们应重视感染的预防:加强空气消毒,控制人员进出,避免交叉感染;严格遵守无菌技术操作原则;严格掌握抗生素的剂量和用药时间,以保持血液中药物的有效浓度;加强口腔护理及营养支持以减少感染的发生。

[参考文献]

[1] 段志泉,张 强. 实用血管外科学[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1999:322-339.

[2] 邱安梅. 主动脉夹层患者的护理体会[J]. 中国实用医药,2011,30(6):196-197.

[3] 夏 梅,何 萍,吴 蔚. 射频改良迷宫手术治疗风湿性心脏瓣膜病伴房颤患者围术期管理[J]. 第三军医大学学报,2012,34(11):1128-1129.

[4] 庞 芹. 主动脉夹层患者12例的护理[J]. 现代医药卫生,2013,29(2):277-278.

(编辑:左艳芳)

运用弹力绷带联合湿性愈合疗法缩短乳腺癌根治术后切口愈合不良病程

Elastic bandage combined with moist therapy in shortening course of poor wound healing after radical mas-tectomy

马秀英[1],郑慧新[1],冯 欢[2],许 静[1] (第三军医大学新桥医院:1. 门诊换药室;2. 护理部/伤口门诊,重庆 400037)

[关键词] 弹力绷带;湿性愈合;乳腺癌根治术;切口愈合不良

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)06-0652-02

切口愈合不良指切口愈合生物学阶段出现明显停滞或延迟而导致切口不愈合甚至切口范围扩大,伴有明显感染性或非感染性渗出,伴或不伴坏死组织,是外科手术并发症之一[1]。乳腺癌根治术后并发皮瓣下感染致皮瓣与胸壁之间形成潜行,多由于皮下积液合并感染和腋下引流管口感染引起,是乳腺癌根治术后最常见的并发症之一[2],也是影响术后切口愈合和后续治疗的主要原因。这不仅为患者带来极大痛苦和经济负担,而且影响乳腺癌的多元化治疗效果。我们对我院2011年1月至2013年12月伤口门诊和换药室接诊处理的该类患者共28例,在原有湿性愈合疗法基础上进行改良处理,于治疗后期用纱垫加弹力绷带加压包扎,缩短了乳腺癌根治术后切口愈合不良病程,效果明显,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院伤口门诊和换药室接诊乳腺癌根治术后切口愈合不良患者28例。排除切口潜行与胸腔相通者;合并特异性感染者。剔除需要再次手术者;依从性差,无法完成治疗者。28例患者随机分为2组,实验组即弹力绷带联合湿性愈合疗法组,对照组即单纯湿性愈合疗法组,每组14例。28例患者均为女性,年龄在35~70岁之间,潜行深度2~9 cm不等,在术后7~14 d相继出现,其中4例患者伴糖尿病。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406032

[基金项目] 重庆市卫生局科研基金(ID:ZY20132148);第三军医大学新桥医院科研课题(ID:2012XQHLYG-01)

[通讯作者] 冯 欢,电话:(023)68755383

[收稿日期] 2014-06-04 [修回日期] 2014-06-28

1.2 方法

弹力绷带联合湿性愈合疗法组14例患者按照我院"压力治疗ABC阶梯疗法"进行处理。即A阶梯:评估切口情况并留取资料,签署知情同意治疗书;B阶梯:第1步:准备用物,测量并记录不愈合切口长度、宽度、深度、潜行深度及方向、分泌物颜色、形状及量;第2步:根据切口感染情况选择无菌碘伏和等渗盐水清洗切口及其周围;第3步:就诊时切口多处于炎症感染期,渗液量多,我们选用具有快速、持久、广谱抗菌作用的纳米银离子抗菌敷料(康维德公司产)来控制感染,将该敷料平坦置入皮瓣与胸壁之间的潜行腔隙中,同时不能填塞过满过紧,外以普通纱布常规包扎,2~3 d换药1次即可。C阶梯:当创面感染控制、渗液减少至每次换药时小于10 mL,切口处于肉芽生长期时,切口潜行内不放置任何敷料,常规清洗后外以纱垫加弹力绷带加压包扎治疗,压力以不影响患者自由呼吸为宜,2~3 d处理1次。

对照组14例患者采用单纯湿性愈合疗法,其准备阶段和清洗消毒过程与实验组相同。根据切口不同愈合时期采用适合的湿性愈合敷料进行进一步处理,包括以下3个时期[3]。炎症感染期:运用与实验组相同的纳米银离子抗菌敷料控制感染和引流,填塞方法与实验组相同;肉芽生长期:当创面感染控制、渗液减少至每次换药时小于10 mL,切口处于肉芽生长期时,将多爱肤护理膏(康维德公司产)涂抹于切口潜行腔隙内,再将水胶体亲水纤维敷料(康维德公司产)按切口潜行腔隙大小剪成条状放入其中,不仅有助于创面自溶清创,还可促进肉芽组织生长;上皮化期:运用标准敷料(康维德公司产)保持湿性愈合环境,加速上皮细胞移行;每2~3 d换药1次。

1.3 评分标准

以美国伤口愈合观察评分表(表1)观察记录结果,每次使