维普资讯 http://www.cqvip.com

夹层动脉瘤的围手术期护理体会

史英杰*

夹层动脉瘤是心血管外科急重症之一，由于主动脉内膜创伤，中层囊性坏死、血肿，同时各层横向连结失常，致使中膜中、内 1/3 处受经内膜破孔进入的血液冲击后解离成夹层。血液若突破动脉外膜流入心包，可致心包填塞，一般在 24 小时内死亡；若血肿突破动脉内膜，则形成双腔主动脉，其血肿可进入血管内或经血液凝固、纤维化而自行愈合。夹层动脉瘤起病急骤，病人一般都有动脉硬化、高血压病史，多以突发心前区疼痛，伴左肩胛部放射痛为主诉，与心肌梗塞极为相似，很易误诊。近年来，随着影像医学的不断发展，本病的确诊率明显提高。1994 年 10 月至 1997 年 2 月，我科共收治 14 例，对其护理总结如下。

一、临床资料

全组 14 例，男 11 例，女 3 例，年龄 36 至 60 岁。升主动脉瘤 8 例，降主动脉瘤 6 例。其中伴主动脉瓣关闭不全 5 例，马凡氏综合症 3 例，瘤体破裂合并左侧血胸 2 例，心包填塞 2 例。

二、术前护理

（一）控制血压：将血压控制在适当水平，减低心肌收缩力，防止夹层进一步发展是本病治疗的最重要环节。若血压偏高，可因主动脉瓣关闭不全而增加心脏后负荷及主动脉壁压力强度而发生左心功能不全或主动脉破裂；若血压偏低，则各组织器官供血不足进而引起多器官功能衰竭，因此，我们采取下列措施：①应用血管扩张剂，硝普钠 0.5～8μg/kg/min，或硝酸甘油 0.2～1μg/kg/min，将血压控制在低于发病前 1.33～2.66kpa 水平，减轻心脏负荷，根据病情用微量泵经静脉输入，用药期间必须密切观察血压的变化。应用硝普钠时间不宜过长，以防产生氰化物蓄积中毒。硝酸甘油除可降低心脏前后负荷外，还可增加冠状动脉血流量；②保持情绪稳定，向病人讲解有关医疗知识，给予镇神安慰，使其消除恐惧紧张心理，避免激动，防止血压突然升高；③限制活动，嘱病人勿离床活动，剧烈疼痛时勿拍打心前区，更不要在床上翻滚，以免造成主动脉压力增加，血管破裂，即时按医嘱使用镇静止痛剂。④预防便秘，给予低盐，低脂，粗纤维，易消化饮食，嘱病人每日早晨空腹饮白开水 200ml，勿剧烈用力排便，以免腹压突然增加发生意外，必要时给予开塞露通便。

（二）改善心功能：经强心、利尿、扩血管治疗，使病人心功能得到提高，而且增加手术安全系数。

（三）预防肺部感染：应用广谱抗生素，限制探病人数，注意保暖、戒烟。

本组 6 例病人经过上述处理，病情转为稳定，夹层间形成血栓，机化而产生粘连闭合达到治愈的目的；其余则在全麻体外循环下行人工血管带瓣管道置换术。

三、术后护理

（一）呼吸功能监测：①维持有效呼吸，调好呼吸机各项参数，我院应用 900c 呼吸机，早期给予容量控制型，呼吸次数 16 次/分，FiO_2 40～50%。术后病人回病房，立即接呼吸机，观察胸廓活动及末梢皮肤颜色，监听双肺呼吸音变化，使末梢血氧饱和度达到 95～100%。本组病人应用呼吸机时间为 16～72 小时，当病人神志清楚，自主呼吸恢复，无呼吸困难，X 光片显示肺膨胀良好，血气分析结果：PaO_2＞90mmHg，PCO_2＜45mmHg，肺活量＞10ml/kg，生命指征平稳，拔除气管插管，改为持续鼻导管吸氧 4～6 升/分。②保持呼吸道通畅，要保持呼吸道湿润，防止分泌物浓稠阻塞气道。应用呼吸机时，雾化罐水温要保持在 32～36℃，并随时听诊双肺呼吸音，定时吸痰，痰液粘稠时，要向气管插管内注入 0.5～2ml 生理盐水，稀释后再吸痰，吸痰管插入不宜过深，每次吸痰时间不超过 15 秒，拔除气管插管后，每 2～4 小时给予超声雾化吸入一次，（雾化液为 100ml 蒸馏水内加入糜旦白酶一支，庆大霉素 4 万单位），一次 20 分钟，并适当叩背，协助排痰，双手固定胸廓减轻疼痛。

（二）心功能监测：①动脉监测，严密观察血压变化早期 10～20 分钟测量一次，平稳后每小时测量一次，保持收缩压在 13.33～16kpa，脉压差在 2.67～4.0kpa，平均动脉压在 10～12kpa。应用正性肌力药物，改善心肌收缩力，增加心搏出量。常用多巴胺 2～10μg/kg/min，肾上腺素 2～10μg/kg/min，同时应用硝普钠 0.5～10μg/kg/min，扩张微小动脉，改善组织灌注。以

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附一院心脏科

维普资讯 http://www.cqvip.com

上药物均由输液泵或微量泵输入。其间注意观察末梢温度变化，保证有效循环，保持桡动脉测压管道通畅，根据病情可用肝素盐水(0.9%盐水 500ml 加入肝素 30mg)冲洗管道。②中心静脉压的测定　根据病情每 1～2 小时测量一次，测量时应注意测压管零点与病人腋中线水平。中心静脉压低于 10cm 水柱或高于 15cm 水柱时，都要及时报告医生处理；③连续心电监护　严密观察心律，心率的变化，心率维持在 80～120 次/分，尤应注意心律的变化，观察有无室性心律失常，一旦发生室性心动过速，立即报告医生紧急处理。使用利多卡因，首剂为 1～2mg/kg/次，2～3 次后以每分钟 1～2μg 维持。如果是低钾时应立即从静脉纠正，遵循见尿补钾原则，使血钾保持在 3.5～5.5mEq/L。④保持引流管通畅　每隔 30～60 分钟挤压引流管一次，密切观察引流液的颜色，性状，记录单位时间引流量。本组 1 例病人术后 2 小时，出血 100ml/1h，给予凝血酶 1000" 稀释后经引流管注入局部，同时加快输血速度，补充血容量，30 分钟后，引流量明显减少，病人转危为安，痊愈出院。⑤肾功能的监测　病人术后留置导尿管，注意观察每小时尿量，保证每小时尿量不少于 50ml，尿少时，应请示医生应用利尿剂，并注意观察尿的颜色、性质、pH 值、比重。⑥感染的观察及预防　感染是血管手术后最严重的并发症之一，因为移植的人工血管有许多微小空隙，遇有感染，细菌便繁殖其间，成为感染性异物，必须再次手术，死亡率极高。所以要求医护人员，严格执行无菌操作规程。护理时注意插管处有无分泌物，是否疼痛。静脉输液及液体使用不超过 24 小时，吸痰和换药时注意无菌操作。带有尿管时，每日清洁会阴部，若需长时间留置尿管者，每日给予 0.2% 呋喃西林膀胱冲洗，每周更换尿管一次。密切观察体温变化，如有体温升高，心率加快，应作血、尿、分泌物或引流液细菌培养，按照医嘱及时应用抗生素。⑦指导口服抗凝药　带膜人工血管置换术近心端用的是涤纶制品，表面粗糙，易形成血栓，堵塞管道。因此术后 72 小时开始口服华法林一个月，以后改用口服阿死匹林半年。在服华法林期间，根据凝血酶原时间调整用药剂量，并仔细观察病人有无出血倾向(如牙龈出血、紫癜，女病人月经过多等症状)。

总之，夹层动脉瘤的治疗是否成功，除了与病人情况、医疗水平有关外，与护理有着密切关系，良好的监测与护理，是减少术后并发症，提高治愈率的重要保证。

(收稿：1997－04－02)

120－121　心脏贯穿伤　并发症　心包填塞　手术配合　25

抢救心脏贯穿伤并发急性心包填塞的手术配合

韩凤华*　O　R654.2

心脏贯穿伤多由锐器、火器等损伤前胸引起，当并发急性心包填塞时可因心源性休克导致伤员死亡，因此必须积极救治，及时手术是抢救成功的首选方法。1986～1996 年间，我们手术室共接 4 例，经手术抢救而获治愈。现结合病案分析和文献学习将手术室配合的护理体会回顾性总结报告如下。

一、临床资料　见附表。

二、讨论和体会

1、抢救心脏贯穿伤的手术器械准备：心脏贯穿伤多由锐器、火器等损伤前胸所致，所以首先要备好常规开胸手术器械，特别要备好心房钳、心耳钳、大动静脉血管夹、无损伤钳，无损伤缝合线。此外还须备好胸腔引流管和闭式引流瓶，吸引器。

2、患者手术体位：由于手术紧急，又需气管插管全麻，巡回护士应主动协助麻醉师做好气管插管，然后摆好体位。因为手术进路多以左胸 3 或 4 肋间前外侧切口，此入路具有时间短、术野清楚、操作方便和有利于处理胸内复合伤的优点，所以我们一般将患者摆成仰卧位，左肩下垫一砂垫抬高左胸。

3、术中配合重点：①巡回护士的配合，立即开通二条大静脉通路，由于心脏外伤出血快出血量多，所以抗休克抢救与手术同步进行。手术室要备好充足的血源和各种液体。本组病例平均输血 1700ml，输液 2200ml，大静脉的通畅保证了快速输血输液的进行。输血输液的同时要认真观察记录输入液体种类和量，排出的尿量、尿色及吸引瓶中的引流液的量。准备的液体包括林

* 作者单位：114032　辽宁省鞍钢铁公司立山医院手术室