

内脏动脉夹层介入治疗的围手术期护理

李 燕, 葛静萍, 顾建平, 施万印

【摘要】 目的 探讨裸支架载瘤动脉血管腔内重建术治疗内脏动脉夹层(VAD)的围手术期护理。**方法** 回顾 2010 年 3 月至 2014 年 12 月收治的 26 例 VAD 患者的治疗效果和护理方法,并结合相关文献进行分析。**结果** 26 例 VAD 患者经过护理后,腹痛、腰痛症状缓解。术后随访 6~12 个月,平均 7.8 个月,全部患者能够掌握正确的术后观察护理方法及注意事项;腹部或腰部疼痛及血便症状明显缓解或消失,无腹痛复发;DSA 或 CTA 显示支架内血流通畅,位置良好,无管腔狭窄及血栓形成。**结论** 早期发现、早期治疗是降低 VAD 患者病死率的关键,有效的临床护理措施及术后随访管理对于患者的顺利康复具有重要作用。

【关键词】 内脏动脉夹层; 介入治疗; 护理

中图分类号:R692.5 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2016)-06-0549-04

Perioperativenursing care for patients receiving interventional therapy for visceral artery dissection

Li Yan, GE Jing-ping, GU Jian-ping, SHI Wan-yin. Department of Interventional Radiology, Affiliated Nanjing Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing, Jiangsu Province 210006, China

Corresponding author: GE Jing-ping, E-mail: gejingping1@163.com

【Abstract】 Objective To discuss the perioperative nursing care for patients with visceral artery dissection (VAD) who are treated with endovascular reconstruction of parent artery with bare stent implantation. **Methods** Combined with relevant literature the clinical results and nursing methods of 26 VAD patients, who were admitted to authors' hospital during the period from March 2010 to December 2014 to receive interventional treatment, were retrospectively analyzed. **Results** After nursing care, the abdominal pain, low back pain and other symptoms were relieved in all 26 VAD patients. The patients were followed up for 6-12 months (mean of 7.8 months) and all patients could master the correct observation and nursing methods and understood the matters needing attention. The abdominal pain, low back pain and bloody stool were significantly alleviated or disappeared. No recurrence of abdominal pain was observed. DSA or CTA showed that the blood flow in the stent was unobstructed, the stent position was normal, and no stenosis or thrombosis within the stent was observed. **Conclusion** Early detection of VAD as well as early treatment is the key to reduce the mortality of VAD patients. The effective clinical nursing measures and scheduled postoperative follow-up management are very important for ensuring a smooth rehabilitation. (J Intervent Radiol, 2016, 25: 549-552)

【Key words】 visceral artery dissection; interventional therapy; nursing

内脏动脉夹层(VAD)是一种少见的外周血管疾病,常累及腹腔干动脉,肠系膜上、下动脉及其分支血管,可引起腹腔内出血或肠坏死^[1-2]。临床上常表现为急性腹痛和肠缺血症状,严重者夹层动脉瘤破裂出血而危及生命^[3]。随着介入治疗领域的

拓宽,介入治疗行夹层部位假腔内的栓塞、支架植入等方法已在临床上开始应用并获得成功。我院自 2010 年 3 月至 2014 年 12 月,采用保守治疗及裸支架载瘤动脉血管腔内重建术的方法成功治愈了 26 例 VAD 患者,现将围手术期护理体会总结如下。

DOI:10.3969/j.issn.1008-794X.2016.06.021

作者单位:210006 南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)介入科

通信作者:葛静萍 E-mail: gejingping 1@163.com

1 材料与方法

1.1 病例资料

2010 年 3 月至 2014 年 12 月共收治 26 例 VAD

患者(男 18 例,女 8 例;年龄 37~68 岁,平均 52 岁)。血管成像(CTA)及 DSA 血管造影检查明确诊断。本组 26 例患者均通过腹部 CT 平扫及增强扫描、CT 临床资料见表 1。

表 1 患者临床资料

病变血管 患者例数	临床表现	CT 和血管造影		介入治疗方法	病程/月	随访情况	
		假腔	其他			症状	影像学(术后 3~6 个月)
肠系膜上动脉(SMA)							
Ⅲ型(14 例)	腹痛、腹泻、 恶心呕吐	无出口,腔内有 血栓	真腔狭窄,远端分 支血流受影响	双支架植入术	12	术后 17 d 内症状 完全消失此后 症状无复发	支架通畅,假腔消失,支 架内狭窄<20%
Ⅱ型(5 例)	腹痛、腹泻、 恶心、呕吐、 血便(4 例)	无出口,腔内血栓, 有溃疡龛影	真腔狭窄,远端分 支血流受影响	支架联合弹簧圈 栓塞术	12	术后 13 d 内症状 完全消失此后 症状无复发	支架通畅,弹簧圈在位, 假腔消失支架内狭窄 <20%
Ⅰ型(1 例)	无症状,体 检发现	假腔有出入口,血 流通畅	真腔轻度受压,血 流未受影响	双支架植入术	6	无新发不适症状	支架通畅,假腔消失
腹腔干动脉夹层 (CAS)(3 例)	胸痛、腹痛、 腹泻、恶心、 呕吐	无出口,腔内有 血栓	真腔轻度受压,血 流未受影响	支架植入术	12	术后 10 d 内症状 完全消失此后 症状无复发	支架通畅,假腔消失,支 架内狭窄<20%
脾动脉夹层 (SAD)(1 例)	上腹部疼痛、 阵发性绞痛、 恶心、呕吐	管壁毛糙,可见壁 间血肿	真腔轻度受压,血 流未受影响	保守治疗	12	治疗后 1 周内腹 痛症状消失,无 新发不适症状	脾动脉局部狭窄,症状 消失
肾动脉夹层 (RAD)(1 例)	血压升高、 血尿、腹痛	无出口,腔内有 血栓	真腔轻度受压,血 流未受影响	支架植入术	12	术后 10 d 内症状 完全消失此后 症状无复发	支架通畅,假腔消失,支 架内狭窄<20%
肠系膜下动脉夹 层(IMD)(1 例)	下腹痛、腹泻、 恶心、呕吐	管壁毛糙,可见 壁间血肿	真腔轻度受压,血 流未受影响	保守治疗	12	治疗后 10 d 内腹 痛症状消失,无 新发不适症状	管腔狭窄,症状消失

1.2 手术方法及疗效

本组 1 例肠系膜下动脉夹层和 1 例脾动脉夹层,因夹层破裂口与假腔均较小,故 2 例均采取完全性肠休息疗法联合抗凝治疗^[4],其余 24 例均采用经皮血管腔内重建术的方法。单纯支架植入术:19 例,术后即刻血管造影显示夹层仍显影,真腔血流通畅,假腔内血流明显减缓滞留。支架植入联合弹簧圈栓塞术 5 例,术后即刻血管造影显示夹层假腔内弹簧圈大部分堵塞,残余假腔不显影或对比剂不排空。

术后随访 6~12 个月,平均 7.8 个月,24 例患者随访造影显示肠系膜上动脉假腔不显影,支架腔内血流通畅;联合弹簧圈栓塞的病例复查弹簧圈位置形态稳定。2 例保守治疗患者腹部疼痛症状明显缓解或消失。

2 护理

2.1 术前常规护理

2.1.1 心理护理及个性干预 本组 1 例无症状,余 25 例症状性患者起病突然且腹痛剧烈,缺乏思想准备,入院后护士应主动讲解国内外文献对于该疾病

的最新进展、治疗方案的选择、治疗成功率以及既往病例情况等,坚定患者战胜疾病的信心。术前应充分告知其手术的微创性、有效性,但同时必须告知一些常见的并发症,使其对于手术有良好的心理准备,如出现并发症不至于惊慌失措。需特别指出的是,心理护理不完全是护士的工作,医师的作用不可或缺,利用其在患者心目中的专家形象进行心理暗示,应针对不同患者的背景及病情,个体化应用。

2.1.2 饮食、禁食、肠外营养、卧床休息 护士应向患者解释禁食的目的是降低胃肠道对血供的消耗,减轻肠道缺血,保证肠道休息。禁食期间,护士应观察血电解质、血总蛋白、血清前蛋白、肌酐、皮下脂肪厚度等营养指标的动态变化,遵医嘱合理安排输液顺序;注意加强口腔护理,必要时予漱口液,保持患者口腔清洁、舒适。26 例患者经宣教后均意识到禁食的重要性,能主动配合。本组 4 例便血患者术后 4 d 排便正常后 24 h 进流质饮食,其余腹痛症状缓解后逐渐过渡到正常饮食。

2.1.3 术前准备 ①完善术前检查:血尿粪常规、粪便隐血实验、凝血功能、肝肾功能、心电图等,联系陪检服务。②了解有无药物过敏史及过敏症状,遵

医嘱行碘过敏试验。③训练床上排便,指导患者一侧下肢伸直,另一侧屈曲、提臀,正确插入便盆,双侧交替练习。

2.2 术前评估及干预

2.2.1 双下肢动脉搏动评估 评估双侧足背动脉、股动脉搏动、双下肢皮肤颜色、温度、感觉等情况,左右对比并记录,便于手术后对比。

2.2.2 下肢深静脉血栓形成(DVT)风险评估 VAD 患者围手术期制动时间较长,为最大程度降低 DVT 发生可能,本组患者在护士指导下行双下肢膝、踝关节屈曲、伸展运动,使用循序气压治疗仪 30 min (2 次/d),促进下肢静脉回流至患者下床活动后停止^[5]。

2.2.3 监测控制血压 本组 26 例患者均使用硝酸甘油 20 mg 加入生理盐水 46 ml 注射泵持续静脉泵入,精确输注速度,维持患者血压在 120/80 mmHg 以下。护士应严密观察神志、生命体征变化,床边心电图监护监测心率、血压,根据血压调节泵的速度,注意有无心动过速、肌肉震颤及头晕、心悸、出冷汗等低血压症状。此外,应限制探视,避免患者情绪激动。

2.3 术后护理

2.3.1 神志、生命体征的观察 ①控制血压。严密监测生命体征,尤其是血压,控制血压可以阻止夹层的继续进展。一般血压控制 120/80 mmHg 以下,防止血压过高诱发夹层破裂,但应避免血压低于正常致支架内继发血栓的概率增加。②控制疼痛。VAD 发展到一定程度时可造成内脏缺血而引起腹痛,及时有效地控制疼痛是控制血压积极而有效措施,可应用阿片类药物止痛,如杜冷丁、吗啡等。③监测破裂征兆。若血压突然下降、脉搏增快,提示可能出现 VAD 夹层破裂,应立即通知医生,同时建立静脉通路,做好抗休克、急诊手术准备^[6]。本组有 1 例高血压患者经钙拮抗剂降压效果不理想,经造影证实为肾动脉狭窄。遂先行肾动脉支架植入,术后严密观察血压,1 周后血压平稳于 140/90 mmHg 再二次行 VAD 介入治疗。

2.3.2 腹部症状、体征及相关并发症的观察 护士需严密观察腹痛部位、范围、性质、程度、持续时间、有无伴随症状,肠鸣音的次数、性质,大便次数、量。如腹痛由阵发性转为持续性、剧烈难忍、血便伴肠鸣音减弱或消失,压痛、反跳痛、肌紧张,腹穿抽出血性腹水考虑有肠坏死迹象^[7-8],应注意腹部以外的疼痛观察。本组 4 例 SMA 患者突发剑突下绞痛伴有便血,外院拟诊为肠炎治疗症状未缓解,住院后急诊

CTA 确诊。术中 1 例 SMA 患者腹痛加剧,无反跳、肌紧张,考虑为肠系膜上动脉远端痉挛,遵医嘱予罂粟碱 30 mg 经导管缓慢灌注治疗,30 min 后造影发现血管痉挛缓解,患者腹痛缓解,术后生理盐水 100 ml 加入罂粟碱 30 mg 经导管持续泵入,患者未再发腹痛。夹层造成的肠系膜上动脉缺血大多在支架植入后可以缓解,4 例血便患者术后 8~17 d 腹痛等消化道症状完全消失。

2.3.3 体位 术后绝对卧床休息 72 h、减少活动。综合评估 VAD 范围、血流动力学变化、内膜撕裂点、手术方式、靶动脉直径及周围重要分支血管情况、临床症状缓解程度、有无并发症等因素,选择合理的卧床时间。过早运动可能会诱发并发症的发生,如:支架移位、血管破裂、血管内膜过度增生等。本组 24 例患者术后 72 h 下床,4 例便血患者术后 4 d 排便正常才下床。术后 24 h 护士会指导患者行四肢屈曲伸展运动。

2.3.4 穿刺侧肢体观察和护理 ①术后穿刺点用 1 kg 砂袋压迫 6 h,穿刺侧肢体伸直制动 6 h。注意避免体位改变致砂袋移位^[9]及剧烈咳嗽、屏气、用力排便等腹内压增高的因素。②每 30 分钟观察局部有无青紫、肿胀、渗血。如局部有肿胀、青紫及时用记号笔标记范围,每班测量、记录血肿有无进展,详细交接。局部肿胀如仅有搏动而无震颤和(或)血管杂音,考虑血肿可能性大,可自行缓慢吸收或仅遗留小结节;如搏动合并有震颤和(或)血管杂音,则有可能为假性动脉瘤或动静脉瘘。③密切观察、记录足背动脉搏动,穿刺侧肢体皮肤颜色、温度、感觉等,注意双侧同时触摸对比,并与术前对照。术后 1~3 h 内出现趾端苍白、小腿疼痛剧烈、皮温下降、足背动脉搏动减弱或消失(与术前对比),则提示有可能发生穿刺点血栓形成或下肢动脉栓塞^[10],应及时通知医师处理。

2.3.5 抗凝及抗血小板药物应用的观察 为预防支架内血栓形成,本组 24 例术后皮下注射低分子肝素 4 100 U,每 12 小时 1 次,连续 3 d,以后长期口服阿司匹林 100 mg/d,氯吡格雷 75 mg/d,持续 6 个月。因此,须注意观察有无皮肤、黏膜、消化道、泌尿系统出血倾向及后腹膜血肿,观察有无腹痛加重、腰痛、头痛、经量过多、血尿、黑便等症状,监测血常规及凝血指标变化,随时调整药物。提高输液成功率,拔针后延长按压时间,指导患者使用软毛牙刷。

2.4 出院指导

①指导患者改掉不良生活习惯,戒烟戒酒,积极