

主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术的介入手术护理与配合

于 勋

阳光融和医院,山东 潍坊 261000

【摘要】 目的 对于主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术病人的介入手术护理配合进行讨论。方法 选择 2019 年 12 月—2020 年 12 月接诊的主动脉夹层动脉瘤接受腔内隔绝术治疗病人 66 例作为本次课题观察对象,根据所选病人的入院顺序对其进行分组,给予其中一组主动脉夹层动脉瘤病人临床常规护理,一共 33 例纳入成为对照组,给予剩余一组主动脉夹层动脉瘤病人综合护理干预措施,一共 33 例纳入成为研究组,对比两组主动脉夹层动脉瘤病人的护理效果。结果 研究组主动脉夹层动脉瘤病人接受综合护理干预措施之后的手术完成时间、生存质量评分明显优于对照组,两者对比差异明显。结论 临床中为接受腔内隔绝术治疗的主动脉夹层动脉瘤病人提供综合护理干预措施,能够有效缩短病人手术完成时间,提高病人生存质量,应该给予大力的推广与应用。

【关键词】 主动脉夹层动脉瘤;腔内隔绝术;综合护理干预;手术完成时间;生存质量;应用价值

主动脉夹层动脉瘤属于临床中十分少见的一类疾病,目前临床中采取介入手术方式进行治疗,治疗效果确切,但是介入手术和传统治疗措施对比具有一定的差异,对于临床护理配合的要求非常高^[1]。护理人员需要明确认识主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术的手术操作流程,了解手术期间会产生的各类意外事件,在介入治疗期间提供针对性护理服务^[2]。本文选择 2019 年 12 月—2020 年 12 月接诊的主动脉夹层动脉瘤接受腔内隔绝术治疗病人 66 例作为本次课题观察对象,对于主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术病人的介入手术护理配合进行讨论。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 12 月—2020 年 12 月接诊的主动脉夹层动脉瘤接受腔内隔绝术治疗病人 66 例作为本次课题观察对象,根据所选病人的入院顺序对其进行分组,给予其中一组主动脉夹层动脉瘤病人临床常规护理,一共 33 例纳入成为对照组,给予剩余一组主动脉夹层动脉瘤病人综合护理干预措施,一共 33 例纳入成为研究组;对照组中男 16 例,女 17 例,年龄在 40 岁至 70 岁,平均 55.1 ± 4.8 岁;研究组中男 15 例,女 18 例,年龄在 41 岁至 72 岁,平均 55.2 ± 4.9 岁。

1.2 方法 给予对照组主动脉夹层动脉瘤病人临床常规护理。

给予研究组主动脉夹层动脉瘤病人综合护理

干预:完善各项术前准备工作,协助病人接受术前各项检查,为病人详细介绍护理配合方法,做好备皮、配血以及药物过敏试验等常规准备^[3];手术期间配合病人摆放合适的体位,为病人建立静脉通路,使手术区域获得暴露,连接心电监护仪,为病人提供生命体征全程监护,严格观察病人各项生命体征,倘若出现任何异常现象马上汇报医生,采取相应的处理对策^[4];病人全部接受全身麻醉,护理人员需要配合麻醉医生要求,准备好导丝与导管等医用材料,将其放置于指定位置,确保手术期间护理人员可以根据需求快速找到所需器材,手术期间病人十分容易产生血压波动,对此需要调控血管活性药物,保证病人生理指标处于正常水平^[5];手术之后将病人送返病房,继续监测生命体征,观察穿刺部位是否产生皮下血肿以及渗血等现象。

1.3 评价标准 统计并且对比两组主动脉夹层动脉瘤病人手术完成时间以及生存质量评分^[6]。

1.4 统计学计算 本组对比研究所获各项数据通过 SPSS22.0 统计学软件开展计算,对于符合正态分布同时方差齐的计量数据通过均数标准差方式进行表达,两组之间的对比通过独立样本 t 开展检验,计数资料通过百分数进行表达,两组之间的对比通过 χ^2 开展检验,统计计算得出 P 值作为判断是否存在统计学意义的参考数据。

2 结果

研究组主动脉夹层动脉瘤病人接受综合护理干预措施之后的手术完成时间、生存质量评分明显优于对照组,两者对比差异明显($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组主动脉夹层动脉瘤病人手术完成时间、生存质量评分比较 $[\bar{x} \pm s, \text{分}]$

组别	例数	手术完成时间	生存质量
研究组	33	21.0 \pm 3.4	48.5 \pm 6.4
对照组	33	28.1 \pm 3.2	32.1 \pm 5.2

3 讨 论

主动脉夹层动脉瘤病人的临床表现显著并且各异,关于此疾病的发病非常突然,表现为剧烈行通常病人产生无法忍受的疼痛,数分钟到数小时之后会引发各类并发症,其中包含脑血管意外、主动脉破裂导致心血管萎陷,继发于急性主动脉瓣关闭不全的充血性心力衰竭等,所以临床中对于主动脉夹层动脉瘤的及早诊断显得尤为重要。人体主动脉的解剖能够划分为三部分,分别为升主动脉、主动脉弓以及胸降、腹降,主动脉根部直径大概在 3 厘米左右,升主动脉长度大概在 5 厘米,根部产生轻微扩张,同时被主动脉瓣叶划分成为 3 个窦,右与左冠状动脉分别起于前以及左后主动脉窦。主动脉弓长度在 4.5 厘米,分支通常存在变异性,肺动脉分叉、左主支气管以及左侧喉返神经处于主动脉弓凹面左喉返神经处于主动脉前面,由迷走神经分出,穿过主动脉,顺着主动脉弓后面向上走形,动脉韧带从主动脉弓凹面左锁骨下动脉开口外侧到达左肺动脉的起始部位。胸腔主动脉长度在 20 厘米左右,最重要的小分支为 9 对肋间动脉以及 1 对肋下动脉。腹主动脉长度为 15 厘米左右,止于腰 4 水平,其实直径在 20 毫米,下端平均直径为 17 毫米。主动脉中层的 1/3 以及外 1/3 之间产生血肿,这种剥离性血肿能够向动脉四周延伸到不同距离,主要剥离方向通常是顺着动脉纵轴和血流方向平行,主动脉分离通常起始于主动脉内膜以及中层撕裂位置。关于主动脉夹层动脉瘤能够划分成为急性与慢性,急性具体指的是治疗之前出现病变时间低于 2 周,慢性具体指的是治疗之前出现病变常于 2 周。人体主动脉包含三层结构内层或内膜层,通过含有肌纤维细胞弹力纤维的薄层胶原纤维和负有完整内皮细胞层的平滑肌细胞所构成,由于不存在显著的内弹力板,所以由中层的最内层弹力组织,将内层和中层进行划分。中层指的是主动脉的主要支持,层通过环形排列的带孔弹力组织,板层构成板层之间通过纤维弹力纤维网状结构相互连接,弹力板层

之间的基质中存在胶原纤维和平滑肌细胞,主动脉基质属于结缔组织蛋白多糖,中层内发现平滑肌细胞。外膜层的结构比较坚韧,通过不规则排列的胶原组织和环形弹力纤维组织构成,在外膜层中存在小血管,通常起自主动脉分支在主动脉外层中没有穿过中层外 1/3 前分支中层的中 1/3 以及外 1/3 之间,存在树枝状分差,动脉硬化能够使血管滋养管分布获得改变,导致延伸于内膜甚至起源于主动脉管腔。主动脉近端承受压力显著大于其他任何一部分,升主动脉的管径比较大,承受张力同样最大,主动脉内弹力组织以及胶原相互联合,存在两相物质功能,在生理范围内的扩张与搏斗,通常是由弹力组织进行支撑,受到较高压力影响,环形走形的纤维胶原承受其主要压力。40 岁以下人群的主动脉夹层病人数量多数存在弹力组织病变,弹力组织的缺陷属于潜在发病原因,比较典型的弹力组织病损包含中层里的不同程度毛病,弹力板层减少或是出现破裂,引发缺损部位充满半流体基质,肌细胞排列不够整齐,丧失临近弹力板层的支撑作用。弹力组织病损对于中层产生严重破坏,导致管壁两种主要支持成分,弹力组织和平滑肌组织丧失完整性。平滑肌具有收缩性,可以对中层起到支持作用,对于缺血较为敏感,肌细胞病损对于弹力层的完整性不会产生破坏,对于主动脉抗张强度的损害,不会像弹力组织病损那样严重,但是利用肌肉坏死区出现的夹层动脉瘤表明,肌肉病损在导致夹层动脉瘤中依然会发挥一定作用。关于引发主动脉夹层的因素包含妊娠,根据最近几年以来大量研究资料,显示妊娠存在发生主动脉夹层的明显倾向,主要原因有循环改变以及分娩的紧张与用力,内分泌改变,具有合并疾病,主动脉缩窄以及高血压,梅毒性主动脉炎,主动脉瓣狭窄,巨细胞主动脉炎,二瓣化主动脉。根据大量研究资料中显示,高血压属于唯一并且容易出现的主动脉夹层引发因素,高血压能够将病人的易感性和很多与主动脉夹层无关的情况连接在一起,例如红斑狼疮、少年性肾病、多囊性肾病和主动脉缩窄。主动脉夹层最通常起始部位为距离主动脉瓣上方的升主动脉中,大概 62% 的原发性撕裂处于升主动脉,50% 以上的撕裂处于升主动脉起始 2 厘米左右。继发性或是在入口内膜撕裂,通常和原发性内膜撕裂之间存在一定距离,髂动脉属于在入口撕裂的最为多见部位,左右受累频率基本相同。继发性或是在入口撕裂的出现率仅为原发性撕裂的 1/6,撕裂能够导致剥离管壁内的血柱再次进入管腔,一般能够缓解对源于主动脉的分支造成的压迫。大部分原发性撕裂接近主动脉瓣瓣叶,瓣叶产生下垂与移位,出现撕

裂,主动脉瓣环产生扩张,能够导致主动脉瓣关闭不全和左心衰竭。

主动脉夹层动脉瘤严重威胁到病人的生命安全,临床中普遍采取介入手术形式开展治疗,能够缓解病人的痛苦^[7]。在病人接受介入手术治疗期间配合相应的护理服务十分关键,全面综合护理干预不但可以提高护理质量以及护理满意度,还可以保证手术安全性^[8]。根据本文对比研究资料可见,选择主动脉夹层动脉瘤接受腔内隔绝术治疗病人 66 例作为本次课题观察对象,根据所选病人的入院顺序对其进行分组,给予其中一组主动脉夹层动脉瘤病人临床常规护理,一共 33 例纳入成为对照组,给予剩余一组主动脉夹层动脉瘤病人综合护理干预措施,一共 33 例纳入成为研究组,对比两组主动脉夹层动脉瘤病人的护理效果,结果显示,研究组主动脉夹层动脉瘤病人接受综合护理干预措施之后的手术完成时间、生存质量评分明显优于对照组。主动脉夹层动脉瘤属于一类临床中比较少见并且严重的血管疾病,关于此疾病的起病比较急剧,疾病发展速度快,凶险性非常大,能够导致剧烈疼痛压迫症状以及休克,倘若病人没有获得临床及时有效的诊治,那么会由于夹层动脉壁外膜破裂出血引发死亡。主动脉夹层比较多见的致病因素为高血压,能够导致动脉内膜溃疡破坏中层变性,或是因为马凡氏综合征,动脉内膜粘液性便产生囊性,中层坏死,弹力纤维出现断裂与消失,血液进入到人体主动脉壁,分开其中层产生夹层血肿,所以临床中开展降低病人血压,减少血流对主动脉壁造成的冲击,能够良好阻止血流向夹层产生扩展。关于主动脉夹层动脉瘤最为明显的表现症状为剧烈撕裂样疼痛,病人会产生面色苍白、呼吸急促、烦躁不安以及大汗淋漓等表现,对此需要遵照医嘱为病人提供镇痛镇静药物进行治疗,快速解除病人的疼痛以及烦躁不安症状。由于夹层部位不同,疼痛部位以及放射方向不同,大部分疼痛属于病人前胸靠近胸骨位置出现剧烈撕裂样,疼痛同时向腹部、肩背以及头颈部放散,夹层剥离肾动脉期间会导致腰痛,因此护理人员需要准确判断病人疼痛性质、疼痛位置以及疼痛程度。当病人的血压水平降低之后,疾病会出现减轻或是消失,属于夹层分离停止的重要指征,因此倘若病人存在迁移性游走性疼痛,代表病情依旧在进展,护理人员需要马上报告医生,采取相应的处理,同时告知病人当产生疼痛时不可在床上翻滚,按压或是拍打疼痛部位,需要协助病人进行生活护理以及基础护理,避免血肿向动脉壁外膜破裂产生大出血。及早控制病人的血压水平,减少主动脉内

压力和左心室收缩力,属于主动脉夹层动脉瘤的基本治疗原则,由于压力越大,中层滋养血管越容易产生缺血与痉挛,严重者会出现坏死造成大出血,因此在选择扩血管药物进行治疗期间,需要对病人的血压水平进行监测,调整血压水平,到维持心脑血管供血的最低水平。与此同时,护理人员需要严格观察病人的呼吸、心率、脉搏以及节律等改变,倘若测得病人双上肢血压水平不一,脉搏搏动两侧不等,血压水平偏低,需要马上汇报医生,为医生临床诊断提供可靠的参考信息。

综上所述,为接受腔内隔绝术治疗的主动脉夹层动脉瘤病人提供综合护理干预措施效果确切,能够显著缩短病人手术时间,提高病人生存质量,具有推行价值。

参考文献

- [1] 何敏芝,张明霞,许晓峰,许文伟,陈凯.1 例 Stanford A 型主动脉夹层动脉瘤破裂产妇产急剖宫产术和 Bentall 手术的术中护理[J].健康研究,2019,39(06):715-717.
- [2] 吴泳钧,李晓群,张健,张高尚.主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术的介入手术护理与配合[J].护理实践与研究,2011,8(13):134-135.
- [3] 陈卫红,叶美曲,周锦华,林慧芝,林宝选.精细化护理干预在 DeBakey III 型主动脉夹层动脉瘤患者血管支架腔内隔绝术围手术期中的应用观察[J].国际护理学杂志,2019(18):3003-3006.
- [4] 谢凤姣,王娟,钟素华,蒋飞娟,周忠信,熊勇.个性化护理干预在二次手术主动脉夹层患者中的应用:附 1 例报告[J].分子影像学杂志,2018,41(02):281-283.
- [5] 张晓丽,陶建双.DeBakey I 型夹层动脉瘤手术护理配合中的安全隐患及预防措施[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(38):225+227.
- [6] 陈景侠,倪红霞,孙友芳.DeBaKey III 型主动脉夹层动脉瘤腔内修复术围手术期护理[J].中华全科医学,2014,12(09):1493-1495.
- [7] 曾晓红,蒋岚杉,尚建英,王红,邓蓉.整体化护理管理在主动脉夹层手术患者的应用及效果[J].基层医学论坛,2014,18(03):288-290.
- [8] 胡林婕,张燕,左红梅.I 型主动脉夹层动脉瘤行 Bentall 加新型三分支主动脉弓覆膜支架手术的护理配合[J].护士进修杂志,2011,26(22):2089-2090.