

总结一例介入术患者的护理经验

——以一例房颤并急性肠系膜上动脉栓塞行介入术患者的护理为例

吴丹¹ 于婷^{2*}

1 中山大学附属第七医院急诊与灾难医学中心 2 中山大学附属第七医院内分泌科

DOI:10.12238/carnc.v2i3.9163

[摘要] 总结一例心房颤动合并急性肠系膜上动脉栓塞行介入术患者的护理经验。术前护理要点: 在一般术前准备和护理的基础上实施多元化的干预模式, 积极控制疼痛, 减少患者心理恐惧, 提高患者的舒适度。术后护理要点: 密切观察患者的生命体征; 动态观察患者腹部症状及体征; 指导患者功能锻炼; 尿管的护理; 药物应用的观察和护理; 营养支持; 预防并发症。经过精心及专业的护理, 患者术后顺利康复出院, 出院后行出院指导。

[关键词] 心房颤动; 急性肠系膜上动脉栓塞; 护理

中图分类号: R543.1+3 文献标识码: A

Summary of Nursing Experience for a Patient Undergoing Interventional Surgery

——A Case Study of Nursing for a Patient with Atrial Fibrillation and Acute Superior Mesenteric Artery

Embolism Undergoing Interventional Surgery

Dan Wu¹ Ting Yu^{2*}

1 Emergency and Disaster Medicine Center, The Seventh Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University

2 Endocrinology Department, The Seventh Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University

[Abstract] This article presents a comprehensive summary of the nursing experience for a patient with atrial fibrillation complicated by an acute superior mesenteric artery embolism who underwent interventional surgery. Key components of preoperative nursing include the implementation of a diversified intervention model grounded in standard preoperative preparations and care, active pain management, mitigation of psychological distress, and enhancement of patient comfort. Postoperative nursing priorities encompass vigilant monitoring of vital signs, continuous assessment of abdominal symptoms, guidance on functional exercises, management of urinary catheters, medication oversight, nutritional support, and complication prevention. With meticulous and professional nursing care, the patient experienced a smooth recovery and was discharged post-surgery, receiving comprehensive discharge instructions thereafter.

[Key words] Atrial Fibrillation; Acute Superior Mesenteric Artery Embolism; Nursing

引言

急性肠系膜上动脉栓塞是一种少见的急腹症, 由于该病起病急, 早期缺乏特异性体征, 早期诊断困难, 常常出现漏诊、误诊。其病死率统计报道各不同, 大约在57%~100%。急性肠系膜上动脉栓塞的主要临床症状包括剧烈而没有相应体征的上腹部或脐周疼痛、器质性心脏病、早期胃肠排空等, Bergan提出把上述三依据作为诊断急性肠系膜上动脉栓塞的三联征^[1], 早期不能及时明确诊断极易进展为广泛性肠坏死、感染性休克、多脏器功能衰竭。一旦确诊需立即进行有效处理, 降低患者的死亡率,

改善患者的预后。予以急性肠系膜上动脉栓塞患者介入取栓手术治疗, 不仅可以提高临床治疗效果, 而且有助于降低并发症发生风险, 对降低病死率有重要的作用^[2]。心房颤动是一种临床上最常见的且与年龄相关的心律失常。我国大规模房颤流行病学研究显示, 卒中和全身血栓栓塞事件是临床上房颤患者致死、致残的严重并发症, 较非房颤患者的发病概率升高5倍(12.95%vs2.28%)^[3]。器质性心脏病是房颤常见的病因, 尤其是对心房产生影响并使其扩大。房颤的临床表现与其发作的类型、心室率快慢、心脏结构和功能状态, 以及是否形成心房附壁血栓

有关。急性心房颤动心室率较快,心慌、胸闷、气促等症状明显。心脏听诊可发现心率快慢不一、心音强弱不等、节律绝对不整齐、心率快于脉率(脉搏短绌)。根据房颤症状和心脏听诊可以拟诊房颤,心电图表现是确诊依据。在控制相关疾病和改善心功能的基础上控制心室率,转复和维持窦性心律,预防血栓栓塞是房颤治疗的原则。对于以剧烈腹痛为主诉但腹部体征与其症状不相符,同时既往有心房颤动病史的患者,需考虑急性肠系膜上动脉栓塞的可能。随着影像学的发展,CTA对于急性肠系膜上动脉栓塞的敏感性和特异性可达100%和85.3%;选择性肠系膜上动脉DSA影是诊断急性肠系膜上动脉栓塞的“金标准”,其特异性和敏感性达73%~100%,其最大的优势是可以同时进行介入治疗,特别适用于确诊较早而腹部体征尚不明显者^[4]。本科室于2024年4月收治一例心房颤动合并急性肠系膜上动脉栓塞介入术患者,经过专业的治疗和护理,术后康复出院,未见并发症发生。现将护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者,男性,66岁,因“间断腹痛半月余,加重20小时”于2024年4月22日急诊入院。患者半月前无明显诱因出现上腹痛,为刀割样剧痛,不向四周放射,于外院就诊考虑“肾结石”,予解痉止痛后症状仍有反复。20小时前患者再发腹痛,性质同前,疼痛程度加重,伴恶心、呕吐胃内容物数次,解黄色稀便10余次,无发热、心悸、胸闷,遂于我院急诊就诊。急诊完善检查:床边心电图结果显示:房颤伴快速心室率,全腹CT平扫+增强检查结果显示:肠系膜上动脉局部栓塞。后收入本科室,入院查体:T:36.4℃,HR:165次/分,BP:129/73mmHg,RR:30次/分,SpO₂:98%。神志清楚,心律绝对不齐,第一心音强弱不一,心脏各瓣膜未闻及杂音。全腹软,上腹部压痛,无反跳痛,墨菲征阴性、麦氏点无压痛,肝肾区无叩痛。检验结果:WBC $17.98 \times 10^9/L$,NEUT#85.9%,CRP 50.66mg/L,PCT 0.28ng/ml,D-二聚体2.60mg/L。入院诊断:心房颤动、急性肠系膜上动脉栓塞。

1.2 治疗与转归

入院后予“奥美拉唑”护胃,“间苯三酚”解痉,“氟比洛芬酯”止痛治疗,予留置导尿,完善术前检查后无明显介入手术禁忌症,在行术前准备后4月23日急诊行:经皮穿刺肠系膜上动脉取栓术、经皮穿刺肠系膜上动脉置管溶栓术、经皮穿刺插管选择性肠系膜上动脉造影术。造影可见肠系膜上动脉主干远端、回结肠动脉近端、回肠动脉近端充盈缺损,血栓栓塞,栓塞段以远可见少许血流通过,未见异常造影剂渗出征象,使用导管抽吸取栓,取出少许血栓,造影复查见血流稍有改善,但仍残留部分血栓,经导管缓慢注入尿激酶溶栓。术后安返病房,禁饮禁食,补液,维持电解质平衡,肠外营养支持,予“依诺肝素钠注射液”抗凝,“盐酸胺碘酮注射液”控制心室率,头孢曲松钠抗感染等处理。经治疗,患者病情逐渐好转,患者手术后第四天再次行肠系膜上动脉造影结果显示:原闭塞处再通,未见明显栓塞。造影术后穿刺口予纱布加压包扎。术后第5天开始流质饮食,两天后

恢复正常饮食。4月30日拔除尿管。5月6日,感染指标恢复正常。5月8日患者无血便、牙龈出血,无咯血、呕血、黑便、腹痛等不适,予行出院宣教后顺利出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理

密切观察患者生命体征、意识、瞳孔等变化,如患者出现心率增快、血压下降等情况,需警惕是否发生休克,及时告知医生,做好抢救准备。遵医嘱在术前完成双侧腹股沟区备皮,完成术前检查,建立静脉通路,嘱患者禁饮禁食,做好胃肠道准备。

2.1.2 疼痛护理

患者入院时有腹部疼痛,为患者提供安静、舒适的病房患者,让患者处于合适的体位,使患者处于相对舒适的状态。还需要进行疼痛连续评估,可予数字评分法进行疼痛评估,疼痛程度用零到十,这十一个数字表示,零表示无痛,十表示最痛,患者根据个人疼痛感受在其中一个数字记号,明确患者疼痛减轻或者加重。如果疼痛持续加重,需要及时和医生沟通,采取相应镇痛处理;同时可予行音乐疗法,可转移患者的注意力,让患者心情放松,有助于减轻疼痛。

2.1.3 心理护理

患者因腹痛、禁饮禁食、即将行手术的害怕及经济负担等情况容易出现恐惧、焦虑等心理问题,需要进行心理护理,给予关心和支持,医护人员及时向患者及家属讲解有关疾病的治疗进展信息和注意事项等,提高患者对疾病的认知度和自我管理的能力,增加患者配合疾病治疗的程度及战胜疾病的信心。

2.2 术后护理

2.2.1 生命体征的监测

肠系膜上动脉栓塞介入治疗后,密切监测患者的生命体征是首要任务。包括持续监测患者心率、血压、呼吸频率及体温,同时,记录并比较各项指标的变化趋势,及时发现并报告任何异常情况,以便迅速采取应对措施。

2.2.2 腹部体征的观察

术后需关注患者腹部疼痛情况,若出现腹部疼痛加剧,需警惕是否发生再次栓塞,及时告知医生,做好相应处理。术后还需关注患者手术伤口情况,谨防出血及伤口感染,若出现疼痛,需告知医生,做好相应的止痛处理。

2.2.3 功能锻炼

术后初期,患者卧床休息,肢体活动少,容易形成下肢深静脉血栓,因此,指导患者肢体活动至关重要,鼓励患者在医护人员指导下进行床上活动,如翻身、肢体运动等,以促进血液循环和防止血栓形成。恢复期后,可逐渐增加下床活动时间,但应避免剧烈运动和过度劳累。

2.2.4 尿管的护理

妥善固定尿袋:予高举平台法固定尿管,需要保持尿袋低于膀胱位置,以免尿液逆流引起尿道感染。保持尿管通畅:嘱患者翻身或下床活动时,注意及时调节尿管、尿袋位置,避免牵拉尿

Clinical Application Research of Nursing Care

管,避免尿管发生扭曲折叠或者滑脱。及时更换尿袋、尿管:一般每周更换1次尿袋,每月更换1次尿管,具体更换频率可根据患者情况调整。医护人员需注意观察尿液的颜色以及混浊情况。会阴部的清洁与消毒:注意保持床单清洁、干燥,每日两次进行会阴抹洗。

2.2.5 药物应用的观察和护理

依诺肝素钠注射液的使用和护理:患者术后需用依诺肝素钠注射液抗凝治疗,护士在皮下注射依诺肝素钠时,对脐周进行注射时,对注射部位局部皮肤进行按摩,使患者处于放松状态,可减轻注射部位的疼痛感,也有助于药物吸收。注射部位需轮换注射,减少因一个部位重复注射引起的局部药物浓度增加,加重渗血或出血。注射时不排尽空气,使管内留有少量气泡,此方法可使注射时保证所有药液均注射到体内,且可降低因药液留在浅层皮下组织而引起的出血。注射时轻捏皮肤,可保证药液注入皮下组织,防止药液注入腹腔,引起腹腔出血。使用抗凝药物需严格遵医嘱用药,密切观察患者的神志及瞳孔变化,警惕出现颅内出血的情况发生,关注患者皮肤、牙龈、泌尿系、消化道等有无出血情况,动态监测患者的凝血功能指标。指导患者在日常生活中需预防跌倒,平时刷牙用软毛刷,护士静脉输液或抽血等有创操作后需延长按压穿刺口的时间,并观察穿刺口是否出现皮下出血及血肿等情况。

盐酸胺碘酮注射液的应用和护理:盐酸胺碘酮注射液为抗心律失常药物,因此用药时应严格遵医嘱用药,严格掌握用药的剂量、浓度、用药方法、速度,准确给药。给药期间需持续心电图监测,严密观察患者的心率、血压及心电图变化,发现心率、血压、心电图异常时,需立即通知医生,并做出相应处理。盐酸胺碘酮注射液对血管刺激较大,输注时易发生静脉炎,因此用药时需选择粗直、弹性好、易固定的血管,且需留置静脉留置针,用药过程中需加强巡视,观察是否出现局部外渗的情况,一旦发生外渗,需立即更换注射部位,外渗部位予50%硫酸镁湿敷或土豆片外敷处理。

2.2.6 营养支持

患者在术后早期需禁食禁饮,因此,营养支持对患者至关重要。针对该患者本科室采用完全肠外营养支持,包括脂肪乳氨基酸1440mL、多种微量元素和电解质静脉滴注,以保证患者营养需求及维持电解质平衡。待患者病情稳定后停止肠外营养,鼓励患者逐渐过渡到口服流质,然后逐步恢复正常饮食。饮食应以清淡、易消化、高营养为原则,多摄入富含蛋白质、维生素和矿物质的食物,如瘦肉、鱼类、蛋类、新鲜蔬果等。避免辛辣、油腻、刺激性食物摄入,以免加重肠道负担。

2.2.7 预防并发症

预防再栓塞:密切观察患者症状变化,定期行影像学检查,及时发现并处理再栓塞情况。预防感染:保持手术切口及周围皮肤清洁干燥,定期换药,预防感染。预防出血:注意观察患者有无皮肤、牙龈、眼底等出血,有无黑便、呕血等消化道出血症状,及时采取措施止血,定期复查检验指标。预防深静脉血栓形成:病情允许情况下鼓励患者早期活动,适当锻炼。

2.3 出院指导

指导患者定期伤口换药,注意休息,适当运动,避免剧烈运动和过度劳累,饮食上注意鼓励患者摄入高蛋白和富含维生素的食物,避免暴饮暴食和食用刺激性食物。患者出院后遵医嘱服用利伐沙班抗凝治疗,切勿擅自停药,后续药物剂量需门诊就诊后调整,注意有无皮肤、牙龈、眼底等出血,注意有无黑便、呕血、咯血等不适,注意有无新发肠系膜上动脉栓塞、脑梗塞等不适,如有不适及时到医院就诊。定期复查:大便潜血、凝血功能、血常规等检验项目。

3 总结

急性肠系膜上动脉栓塞是由于栓子进入肠系膜上动脉造成阻塞所引起的疾病,心源性的栓子占全部栓子来源的90%~95%^[5]。如若患者突发腹痛,既往房颤病史,需高度怀疑急性肠系膜上动脉栓塞,以免漏诊、误诊影响患者预后。用介入手术的方法在行血管造影的同时取出栓子,开通动脉,是有效治疗急性肠系膜上动脉栓塞的方法,护理人员需掌握患者术前和术后相关护理要点,密切观察患者病情变化,可帮助患者早期确诊,确诊后早日康复出院。

[参考文献]

- [1]周建平,唐小斌.肠系膜上动脉急性栓塞42例临床分析[J].实用医学杂志,2008(12):2150-2151.
- [2]刘泓男.介入取栓术治疗急性肠系膜上动脉栓塞的临床效果评价[J/OL].中国医药指南,2022,20(23):107-109.
- [3]ZHOU Z,HU D.An epidemiological study on the prevalence of atrial fibrillation in the Chinese population of mainland China[J/OL].Journal of Epidemiology, 2008,18(5):209-216.
- [4]张萌,曾志芬,周天恩.伴有心房颤动的急性肠系膜上动脉栓塞13例临床分析[J].岭南现代临床外科,2019,19(5):548-551.
- [5]孔祥泉,冯敢生,罗汉超.急诊影像诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1998.

作者简介:

吴丹(1994—),女,汉族,四川人,本科,护师,科室:急诊与灾难医学中心。

于婷(1992—),女,汉族,四川人,本科,护师,科室:内分泌科。