

1 例经导管介入治疗瓦氏窦瘤破裂的临床护理体会

周 婷, 赵 兰(第三军医大学附属西南医院心血管内科, 重庆 400038)

【关键词】 瓦氏窦瘤破裂; 介入治疗; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)01-0136-02

瓦氏窦瘤又称主动脉窦瘤, 是一种少见的心血管疾病, 大多数为先天性主动脉根部中层弹力纤维发育缺陷所致, 占先天性心脏病的 1.2%~1.6%^[1]。窦瘤未发生破裂者无特殊临床表现, 而一旦发生破裂, 可引起严重的血流动力学异常, 应尽早手术治疗。主动脉窦瘤破裂后早期表现为大量分流造成急性心功能不全, 后期可导致主动脉瓣反流及感染性心内膜炎, 所以早诊早治是预防并发症的关键^[2]。随着微创介入技术的发展和先天性心脏病的充分认识, 介入治疗手段已能根治大多数瓦氏窦瘤破裂, 治疗期间给予精心的护理, 能取得满意的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者男性, 77 岁, 因“活动后心悸、气促 20 年, 加重伴中上腹胀 3 月”于 2012 年 3 月入院。查体: 体温 36.4℃, 心率 76 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 118/64 mm Hg, 于胸骨左缘第 2、3、4 肋间可闻及Ⅲ/Ⅵ级连续性杂音, 触及震颤; 心电图提示: 窦性心律, 交界性早搏, 左心室肥大; 心脏超声检查显示左心室内径 57 mm, 并证实为二叶式主动脉瓣及瓦氏窦瘤(无冠窦)破入右心房。入院后第 2 天在局部麻醉下行瓦氏窦瘤破裂封堵术治疗。术后即刻心脏杂音消失。术后第 3 天复查心脏超声示: 左心室内径减小为 48 mm。术后予抗凝、预防感染及补液等对症处理, 无并发症及其他异常情况, 术后 4 d 痊愈出院。

1.2 方法 患者取仰卧位, 局部麻醉后常规消毒铺巾, 行右股动、静脉穿刺术, 成功后分别留置动脉鞘。给予肝素 5 000 U。X 光透视下, 导丝引导下经股动脉送入 6F 猪尾导管至主动脉根部, LAO450, 高压注射(22 mL/s, 总量 25 mL)行数字减影, 造影证实为瓦氏窦瘤破入右心室, 破口 6.0 mm。透视下从股静脉送入右心导管, 右心房、右心室及肺动脉压力分别为 21/10、52/2、50/14 mm Hg。即经动脉穿刺鞘管送入右冠状动脉造影导管及泥鳅导丝, 顺利经室间隔缺损口将导管送入右心室, 并送入肺动脉。经股静脉鞘管送入导丝圈套器, 并顺利将交换泥鳅导丝经静脉鞘管拉出。将封堵器传送鞘管通过钢丝经右心室、室间隔放入升主动脉, 撤除钢丝, 将与传输器相连的 PDA 封堵器(华医圣杰, P12/14 mm)经传送鞘管送达主动脉根部, 并经超声证实位于升主动脉内, 然后将封堵器第一伞环释放并与鞘管同时向后拉, 直到封堵器塞子已完全阻塞室间隔缺损后, 再释入第二伞环, 重复测量右心房、右心室及肺动脉压力, 分别为 13/5、24/0、33/15 mm Hg。超声证实封堵完全, 造影证实局部无分流, 左右冠状动脉开口未受影响。听诊杂音消失。手术完毕, 退出导管, 拔出鞘管, 加压包扎, 保留股动脉鞘, 敷料覆盖。手术结束, 安全返回病房。术中患者病情稳定, 无特殊不良反应。

2 结 果

封堵器置入成功。术后即刻连续性心脏杂音消失, 右心房、右心室及肺动脉压力分别由术前的 21/10、52/2、50/14 mm Hg 下降为 13/5、24/0、33/15 mm Hg, 封堵术前、后主动

收缩压(121/50、122/78 mm Hg)无明显变化, 但脉压差明显缩小。左心室内径术前为 57 mm, 术后减小为 48 mm; 无并发症发生。随访 3~12 个月未发现封堵器移位。

3 护 理

3.1 术前护理 参与术前讨论, 了解病情、手术方案及术中、术后可能出现的并发症及患者对疾病和手术的认知程度。常规术野备皮包括双侧腹股沟区及会阴部, 左侧上肢备好留置针建立静脉通道。完善各项检查, 包括超声心动图、胸片、心电图、抽血检查输血前 ICT、乙型肝炎病毒标志物、凝血 4 项、肝肾功能、血常规等等。作药物过敏试验: 如青霉素皮试, 碘过敏试验等。进行床上排便、排尿训练。做好术前宣教, 告知患者手术的重要性、必要性、手术方法、术中与术后的配合、饮食指导及患者自身准备等。穿刺股动脉应先评估两侧足背动脉搏动情况以便术中、术后对照。给予心理护理, 保证充足睡眠、积极乐观的态度, 必要时介绍手术成功的患者交流经验。准备好各种急救药品和器材。同时让家属共同参与, 使患者安心、放心并充满信心。

3.2 术中护理 患者取仰卧位, 严格无菌操作, 局部麻醉下行右股动、静脉穿刺术, 密切观察患者的神志、心率、心律、呼吸、血压、血氧饱和度的变化并倾听患者的主诉。术中因导管刺激可引起一过性的心律失常, 特别是室性心律失常。如有异常应立即报告, 并做好记录。

3.3 术后护理

3.3.1 病情观察 术后入住冠心病重症监护病房(CCU), 护士应了解患者穿刺过程是否顺利, 术中抗凝药物的用量及伤口压迫的方法等。同时密切观察患者的神志、心率、心律、体温、呼吸、血压、血氧饱和度及心电图的变化。控制好输液速度, 必要时使用输液泵控制在 70~100 mL/h 为宜。瓦氏窦瘤破裂封堵术后由于血流动力学发生改变, 短期内(24 h)易并发高血压反应, 应密切监测血压的变化, 并与术前的基础血压对照, 术后应每 15~30 min 测血压一次并做好记录, 6 h 后血压平稳者每 1~2 h 测血压一次并做好记录。如有异常应立即报告医师。床旁拔除动脉鞘管后予血管压迫器压迫止血, 术肢制动 6 h。应注意观察穿刺部位有无出血、血肿、足背动脉搏动情况、肢端皮肤颜色、温度及血运情况, 以了解其血供情况, 一旦出现异常应立即报告医师, 并做好记录。伤口包扎解除后, 应查看局部有无皮肤破损、淤青、肿块及搏动感, 听诊有无血管杂音。告知患者术后 1、3、6、12 个月定期复查超声心动图。

3.3.2 疼痛护理 术后疼痛是组织损伤的一种不愉快感受性和情绪性的混合表现^[3]。现代医学所谓的疼痛, 是一种复杂的生理、心理活动, 是临床上最常见的症状之一。它包括伤害性刺激作用于机体所引起的痛感觉, 以及机体对伤害性刺激的痛反应[躯体运动性反应和(或)内脏植物性反应, 常伴随有强烈的情绪色彩]。护士应重视患者的主诉, 进行疼痛视觉模拟评分(VAS), 让患者分散注意力, 如听歌、看书等, 对 VAS 达 7 分及以上患者遵医嘱给予适当的止痛剂如曲马多、哌替啶等, 观

察药物的疗效并做好记录。

3.3.3 心理护理 术后患者一般渴望知道自己疾病的真实情况、手术效果和疾病的预后,多产生焦躁不安的心情。因此,应该及时告知手术效果,以亲切和蔼的语言进行安慰鼓励。告诉他手术进行得很顺利,某些生活不便处要细致照顾,如喂饭、梳洗等。总之,使他们意识到既然已顺利度过手术关,就要争取早日恢复健康,保持积极乐观的态度。

3.3.4 饮食护理 术后不需禁食,但避免食用难消化、产气、产酸的食物,如豆制品、牛奶、甜食、油炸食品等,防止腹胀。并鼓励患者多喝水,术后 3 h 每小时饮水 400~500 mL,有利于造影剂排出,以免发生造影剂肾病。

3.3.5 并发症的护理

3.3.5.1 感染 由于介入治疗中置入了封堵器,可能会引起置入物所致的热源反应。患者术中/术后常规使用抗菌药物,术后至少连用 3 d,如体温正常可停用,在此期间观察患者体温和血常规的变化,如出现体温过高按高热护理常规处理。

3.3.5.2 封堵器脱落 是最严重的并发症,处理不及时可能会造成生命危险^[4]。由于手术后早期封堵器尚未完全固定,心脏跳动时房间隔产生摩擦,容易出现房性心律失常,应密切观察其心电图变化,一旦出现房性期前收缩,室性期前收缩等心律失常,要引起高度重视并及时通知医师,复查心脏彩超,确定是否存在封堵器脱落,如果脱落立即开胸手术取出。

3.3.5.3 血栓形成 血栓形成是心血管介入手术后常见并发症,血栓发生率在术后一月内较高^[5]。由于封堵器是网状结构异物,加上心房血流缓慢,易形成血栓。患者术后遵医嘱给予抗凝治疗,常规阿司匹林抗凝治疗 6 个月,并及时询问患者的病情变化,防止抗凝过度引起的牙龈皮肤黏膜出血,尤其应注意尿液的颜色,以防溶血的发生。

3.3.5.4 假性动脉瘤 是由于穿刺技术不规范、术侧肢体活动过早、压迫止血技术不当或体型肥胖造成,术后 1~3 d 穿刺部位先后出现疼痛,局部肿胀,可触及搏动性肿块,有收缩期震颤和杂音。经多普勒检查可确诊,是一种不稳定的病变,可引

起严重的并发症如动脉闭塞、破裂大出血、肢体缺血等。发生后应术侧肢体制动,可行外科修补术或内科单纯压迫法和超声引导下瘤腔内注射凝血酶。

4 讨 论

目前认为,介入治疗方法已应用于不合并室间隔缺损及主动脉瓣病变的瓦氏窦瘤破裂(主要指破入右心房及右心室者),与外科手术相比具有创伤小、疗效肯定、并发症少等优点,成为首选的治疗方法^[6],而且容易被患者和家属接受。但介入治疗始终是微创手术,仍然有一定的风险。术前做好充分评估,严格遵循手术适应证,术中操作规范,术后密切观察病情变化,及时发现各种并发症并采取有效的护理措施,做好心理护理,加强沟通,取得患者和家属的配合,可大大降低术后并发症,提高手术成功率。

参考文献

- [1] 贾志豪,马依彤. 主动脉窦瘤破裂的介入治疗进展[J]. 中国介入心脏病学杂志,2008,16(1):55-57.
- [2] 董然,陈宝,田孟旭,等. 主动脉窦瘤破裂的外科治疗及远期疗效[J]. 中华外科杂志,2008,46(24):1913-1915.
- [3] 周莲,蔡晓莲,何国祥. 1 例侧动脉硬化性闭塞性支架植入与人工血管搭桥的护理[J]. 中华护理杂志,2005,40(1):38-39.
- [4] 徐争鸣,郑宏,蒋世良,等. 房间隔缺损封堵器脱落及相关并发症原因分析[J]. 中国介入心脏病学杂志,2012,20(1):28-31.
- [5] 姚陈,常光其. 下腔静脉滤器对肺动脉栓塞的预防作用[J]. 岭南心血管病杂志,2012,18(4):329-332.
- [6] 陈少萍,白元,赵仙先,等. 国产细腰型室间隔缺损封堵器治疗主动脉窦瘤破裂的疗效与安全性[J]. 中华心血管杂志,2012,40(4):298-301.

(收稿日期:2013-04-10 修回日期:2013-07-20)

河生肠杆菌 2 群致患者左乳房感染 1 例

刘 燕,刘 萍(重庆市石柱土家族自治县人民医院 409199)

【关键词】 乳房感染; 河生肠杆菌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.071 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)01-0137-02

河生肠杆菌属于肠杆菌属,分为生物 1 群和 2 群。2013 年 3 月,本院自 1 例左乳房感染患者的脓液中分离出河生肠杆菌 2。现报道如下。

1 病例资料

患者女,50 岁,因左乳房溃疡伴疼痛 1 周,于 2013 年 3 月 31 日入住本院。半月前,患者因左侧胸部、背部红斑、丘疱疹及水疱伴疼痛半月就诊于本院皮肤科,诊断为“带状疱疹”,给予“泛昔洛韦”抗病毒、“丹七软胶囊”止痛等治疗后,患者疼痛逐渐缓解(未完全消失),背部水疱逐渐干涸结痂,但是胸部(乳房下方)皮损一直未完全干涸结痂,患者一直间断自行使用外用药物治疗。一周前,患者使用自制药酒后,乳房皮损部出现红肿,并逐渐形成溃疡,溃疡呈横向带状,长约 15 cm,溃疡最宽处约 4 cm,溃疡边缘不规则,基底见黑色痂壳及外敷中药,溃疡周边见高起的边缘,堤状,紫红色。溃疡扪及质硬,浸润感明显,轻度触压痛,挤压痂下有脓性分泌物。左背部淡红色。取

左乳房偏左侧皮损活检标本送病理科,病理检查提示皮肤慢性炎症。取患者左乳房脓性分泌物经细菌培养鉴定出河生肠杆菌 2 群。患者既往体格健康,无创伤、药敏史,住院期间体温 36.7℃,心率 84 次/分。辅助检查:中性粒细胞 49.7%,淋巴细胞 54.3%,免疫球蛋白 IgE 937 IU/mL。补体正常,肝功能、肾功能、电解质、血脂、血糖均正常。双乳超声未见明显异常,胸片未见确切异常。患者经过 10 d 抗感染治疗,溃疡面基本愈合。

细菌鉴定:用无菌棉签取左乳房脓性分泌物接种于羊血琼脂平板和麦康凯平板,35℃培养 24 h 后,血平板菌落大小 2~3 mm,光滑湿润;麦康凯平板菌落浅粉黄色,湿润,黏液状,革兰染色均为革兰阴性杆菌,氧化酶阴性。采用西门子公司公司的德林细菌鉴定系统,上机鉴定为河生肠杆菌生物 2 群。

药敏试验:采用西门子公司公司的德林细菌鉴定系统及配套药敏条试验,结果对阿米卡星、氨苄西林、阿莫西林/克拉维酸钾、