

■ 专 科护理

一例肠系膜上动脉夹层患者的护理要点

□ 秦 晶

病例分析

肠系膜上动脉夹层是指多种原因导致肠系膜上动脉内膜破裂,血液经破裂处流入动脉内膜与外膜之间,形成假腔。这一假腔会阻塞正常管腔血流,进而导致肠道缺血,且该病不合并主动脉夹层。单独出现肠系膜上动脉夹层,其病因多为高血压和动脉粥样硬化。

肠系膜上动脉夹层的临床表现多样,主要症状为肠道缺血和腹腔内出血。多数患者表现为剧烈上腹痛或左上腹痛,常伴恶心、呕吐、腹泻、血便等症状;部分患者可能出现食欲减退、进餐后腹部饱胀疼痛及慢性肠绞痛等情况。

在治疗方面,肠系膜上动脉夹层主要有以下几种方式:

非手术治疗:主要包括禁食、禁水,给予肠外营养支持,同时密切观察患者的病情变化并进行对症处理,如镇痛、控制心率和血压,以及抗凝、抗血小板聚集等。禁食的目的主要是让胃肠道休息,降低食物对供血供氧的消耗,以减轻肠道缺血症状;控制血压有助于阻止夹层进一步发展。由于肠系膜上动脉夹层具有临床自限性,所以非手术治疗的成功率相对较高。虽然许多研究者建议使用抗凝、抗血小板药物进行治疗,但是多项研究表明,在孤立性肠系膜上动脉夹层患者中,仅少数会出现血栓。

血管腔内治疗:当非手术治疗效果不理想,特别是出现远端肠缺血时,应立即进行腔内治疗或开放手术治疗。腔内治疗主要是指支架植入术,通过这种方式将真腔扩大,封闭假腔,从而保证肠系膜上动脉远端血流通畅。随着腔内介入技术的发展,开放手术的应用越来越少,通常作为无法进行腔内治疗的最后选择。

手术治疗:主要包括切除病变的肠系膜上动脉、肠切除、肠吻合以及人工血管重建等。

接下来,是对一例肠系膜上动脉夹层患者的护理经验总结。

一名54岁的男性患者突发剧烈上腹痛,无恶心、呕吐、头晕、大汗淋漓、意识丧失等症状,给予镇痛药物治疗后,效果欠佳。随后,患者因疼痛加剧来到我院就诊。我院门诊以肠系膜上动脉夹层为诊断将其收治入院。

查体时,医护人员了解

到患者有4年高血压病史,血压最高可达150毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)/100毫米汞柱。CT(计算机层析成像)血管造影结果提示,肠

系膜上动脉局限性夹层并壁间血肿形成。经讨论研究,医护人员决定在局部麻醉下对患者实施肠系膜上动脉造影+支架植入术。

护理措施

术前观察及护理要点
心理护理
患者入院后,护理人员向患者及其家属详细讲解了肠系膜上动脉夹层可能引发腹痛等表现,以此减轻患者的恐惧心理,同时指导患者自我观察疼痛的部位及性质,便于医生准确作出判断。
病情观察
1.生命体征监测。在治

疗期间,护理人员要严密监测患者的生命体征,将其收缩压控制在100毫米汞柱~120毫米汞柱之间,舒张压控制在60毫米汞柱~70毫米汞柱之间,心率控制在60次/分~75次/分之间,这样能有效稳定或终止夹层的继续剥离,从而缓解症状、减轻疼痛。
2.疼痛的护理。护理人员要认真倾听患者的主诉,

做好疼痛评估,严格遵医嘱为患者静脉滴注地佐辛注射液,必要时选用吗啡、哌替啶。在使用镇痛药物的过程中,护理人员要注意观察患者的心率、血压变化。

3.预防肠系膜上动脉夹层破裂。护理人员遵医嘱指导患者绝对卧床休息,严禁用力排便,避免剧烈咳嗽和情绪激动,以减少肠系膜上动脉夹

层破裂的风险。

4.胃管护理。进行胃肠减压时,护理人员要告知患者保留胃管的重要性,强调不可随意拔管,同时按照操作规范妥善固定胃管,防止胃管扭曲、阻塞或滑脱。

饮食护理
术前,护理人员叮嘱患者禁食、禁水,对患者实施胃肠减压,并加强肠外营养支持。指标变化,以便随时调整药物。

饮食护理
由于疾病因素,患者术前一段时间不能正常进食。术后,待患者胃肠功能恢复后,护理人员可遵循少食多餐的原则给予患者流质饮食,并根据患者的腹痛缓解、肠鸣音及排便、排气情况,逐渐增加进食量,逐步过渡到软食。在此过程中,避免让患者食用油腻、刺激、生冷、坚硬的食物。

提示有穿刺侧股动脉压迫过紧的可能,此时应及时通知医生进行处理。
药物护理
鉴于患者在术前、术中及术后均需要应用抗凝和抗血小板药物,如低分子肝素、氯吡格雷、阿司匹林肠溶片等。护理人员要注意观察患者有无皮肤、黏膜、消化道、泌尿系统出血倾向,穿刺部位有无淤血、血肿,有无腹痛加重、腰痛、头痛、血尿、黑便等症状。同时,定期监测血常规及凝血

术后观察及护理要点
术后,护理人员要严密观察患者的生命体征,同时重点关注患者的腹痛症状是否缓解、肠鸣音情况及排气、排便情况是否正常。若上述症状有所缓解,护理人员会遵医嘱给予患者少量的流质饮食。
病情观察
1.体位护理。术后,护理人员要叮嘱患者卧床24小时,穿刺侧肢体制动6小时~8小时,24小时后协助患者在床上进行适当活动,并使用循环

驱动泵促进患者下肢静脉回流,有效预防下肢深静脉血栓形成。同时,指导患者72小时下床活动,这有助于肠道功能的恢复。

2.末梢循环的观察。护理人员要及时观察患者足背动脉搏动情况,以及穿刺侧肢体的皮肤颜色、温度、感觉等,并与对侧肢体和术前情况进行对比。一旦发现患者趾端苍白、小腿疼痛剧烈、皮温下降、感觉迟钝、足背动脉搏动减弱或消失(与术前对比),则

提示有穿刺侧股动脉压迫过紧的可能,此时应及时通知医生进行处理。

患者的腹痛由阵发性转为持续性且剧烈难忍,同时出现血便并伴肠鸣音减弱或消失,此时应考虑肠缺血、坏死。护理人员应立即报告医生,并做好急诊手术的准备。

支架内血栓形成
支架内血栓形成是支架植入术后常见的并发症,主

并发症的观察与护理
夹层动脉瘤破裂出血
术中植入的是裸支架,由于未封闭夹层破口,术后仍存在动脉瘤破裂的风险。护理人员要遵医嘱严密观察患者的生命体征及疼痛情况,必要时可遵医嘱使用止痛针。一旦患者的血压突然下降,脉搏加快,有撕裂样疼

痛,可能提示夹层破裂。此时,护理人员要立即通知医生,并配合做好抢救等相关工作。

急性肠缺血、坏死
在治疗过程中,护理人员要密切观察患者的腹痛部位、性质、程度、伴随症状,腹部体征、肠鸣音、呕吐物和肛门排气、排便情况。若

要表现为再发腹痛。因此,护理人员要加强腹部体征的观察。

假性动脉瘤
为预防假性动脉瘤,可选择合适的人工血管。术后,护理人员要密切观察患者有无腹部不适、腹部疼痛等异常情况,及时发现异常并报告医生。

出院指导

生活及饮食指导
护理人员会督促患者改变不良的生活习惯,遵循低盐、低脂、低胆固醇、高纤维素的饮食原则,戒烟限酒,积极治疗原发病如糖尿病、高血压。

药物指导
接受动脉血管腔内介入治疗的患者,需要长期口服抗血小板药物。一般口服氯吡格雷8个月~12个月,终身

服用阿司匹林肠溶片。护理人员应向患者讲解合理用药的意义及注意事项,提醒患者注意安全,避免外伤;指导患者自我观察出血倾向,掌握简单判断凝血指标的方

法。
定期随访
出院时,护理人员会告知患者出院后要定期到医院复查腹部动脉CT血管造影,以便监测病情变化。

临床护理问题解析

患者感到疼痛时,护理人员可根据以下3种方法评估患者的疼痛程度。
世界卫生组织(WHO)疼痛分级法
0度:不痛。
Ⅰ度:轻度痛,为间歇痛,不可用药。
Ⅱ度:中度痛,为持续

痛,影响休息,须使用镇痛药物。
Ⅲ度:重度痛,为持续痛,不用药不能缓解疼痛。
Ⅳ度:严重痛,为持续剧痛伴血压、脉搏等变化。
数字分级法(NRS)
用0~10代表不同程度的疼痛。疼痛程度分级标准为:

0代表无痛;1~3代表轻度疼痛;4~6代表中度疼痛;7~10代表重度疼痛。
根据主诉疼痛的程度分级法(VRS)
0级:无疼痛。
Ⅰ级(轻度):有疼痛但可忍受,生活正常,睡眠不受干扰。

Ⅱ级(中度):疼痛明显,不能忍受,要求服用镇痛药物,睡眠受干扰。
Ⅲ级(重度):疼痛剧烈,不能忍受,须使用镇痛药物,睡眠受严重干扰,可伴自主神经功能紊乱或被动体位。
(作者供职于郑州市大学第一附属医院)

■ 叙 事护理

用叙事护理解构技术帮助患者重建自我认同

□ 侯俊红

叙事护理的五大核心技术包括外化、解构、改写、外部见证人、治疗文件。解构是深入了解患者问题故事的主题、人物和情节,并将其还原到原本的社会文化背景中去理解。这有助于探索患者的自我认同与社会文化的关系,找到影响自我认同形成的社会文化根源,并打破这些观念,从而帮助患者重建自我认同。

80床的王美丽(化名)是一名38岁的宫颈癌患者。与其他患者不同,别人住院携带的是必需的生活用品,而她的行李里最显眼的是一个硕大且精致的化妆品包。术前检查还算顺利,但准备择期手术时,王美丽改变了主意,拒绝行附件切除术,要求保留双侧卵巢。主管医生非常不解,我也带着疑惑准备找她聊一聊。

这天,阳光暖暖地洒在王美丽的病床上。我走进病房,看见王美丽正蜷缩在病床上,脸贴着墙,脸上挂满了泪痕。今天的她没有化妆,消瘦的面容毫无光彩。我轻声地对她说:“马上要做手术了,你有什么需要帮忙的吗?”

王美丽回答:“没有。刚才医生来找我老公签字,我不想切除卵巢,我才30多岁,我害怕变老。你瞧,我连一根白发都没有。前两天,我报名参加了我女儿班级组织的‘最美妈妈’活动。女儿说我化了妆是她们班最漂亮的妈妈!”

我继续问她:“原来你担心的是这个问题。那你是怎么看待年轻的呢?”

王美丽说:“我毕业后也曾做过护士,但护士压力太大了,再加上老了干不动了,后来就辞职做医疗器械的销售。护士和销售一样,都是拼年轻、拼体力的工作。我很能干,业绩也很好。和同事一起出去吃饭时,只要有年轻人

喊我姐,我就会问人家是哪一年出生的。我期待别人说我年轻,又害怕别人说的是奉承我的假话。我是不是很矛盾?”

看着眼前这个如此在意容貌的人,我宽慰道:“我理解你对年华逝去的恐惧,可我觉得你本身就很美,平时装扮得很精致,不需要过于焦虑。”

王美丽接着说:“昨晚我睡不着,听到一个患者和别人聊天说得了这个病活不长久了,早晚都会复发。既然早晚都会复发,那我还不如不切卵巢,年轻一天是一天。”

我说:“我非常理解你的感受,女人都是爱美的。但美的定义有很多,年轻的容颜是美,丰富

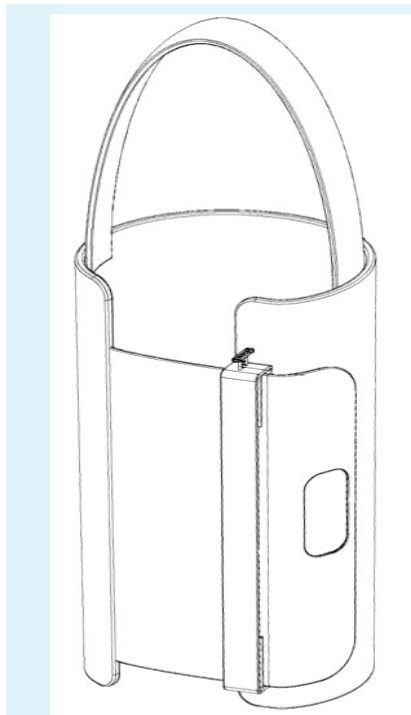
的知识是美,健康的体魄也是美。我们可以追求美,更要追求充满生命活力的美!”

王美丽说:“是的,你说得对。有生命活力的美才是最重要的。我明天就听医生的话去做手术!”

一个人的情绪、行为受到很多因素的影响,如个人的价值观、生存环境、工作成长经历等。探索一个人情绪和行为背后社会文化脉络的过程就叫解构。通过解构,寻找问题以外的生活,能更好地帮助患者应对疾病带来的巨大挑战,重新找回自我认同,以更积极的心态和疾病作斗争。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

■ 小 发明



适用于肩关节镜手术患者的手臂悬挂牵引套的结构示意图

技术背景

由于肩关节解剖结构特殊,肩关节炎、肱二头肌断裂、骨关节炎等患者在进行肩关节镜手术时,通常需要采取侧卧位,以便于医护人员获得良好的手术视野。在肩关节镜手术过程中,医护人员通常还需要对患者的患侧手臂进行牵引悬挂,以便手术操作。目前,多采用透明胶带对患者的手臂进行包裹,包裹完成后将透明胶带悬挂在支撑架上,从而完成对患者手臂的悬挂牵引。然而,使用这类牵引固定方法时,需要将透明胶带一层层裹在患者的手臂上,手术结束后还需要将透明胶带一层层揭开取下,不仅费时、费力,还容易损伤患者的皮肤。若透明胶带固定效果不佳,在手术过程中还容易发生滑脱。为了解决这一问题,设计一种适用于肩关节镜手术患者的手臂悬挂牵引套,很有必要。

创新内容

该牵引套包含束缚带,束缚带的前端设有上下方向的回形框,回形框内上下两侧的侧壁上分别转动安装有前后相对且沿上下轴向设置的套管,套管外缘固定连接有关节。回形框内前后两侧的侧壁上分别通过固定块转动连接有与其对应侧套管同轴的转筒。上下相对的两个套管内同轴滑动连接着一个可插入对应侧转筒内的转柱。转筒的内表面上设有多个沿其圆周方向均匀分布的主齿牙。转柱外缘设有多个沿其圆周方向均匀分布且可与主齿牙啮合的副齿牙。束缚带的自由端设有可插入两个转筒之间且能与夹块内表面接触的压紧带。为了方便按压转柱,两个转柱上端贯穿回形框且转动连接有一个压板。为了使转柱能够复位,压板下端通过弹簧与回形框相连。为了便于悬挂束缚带,束缚带上设有一个开口朝下的U形带。为了更好地夹紧压紧带,夹块内表面上设有多个沿左右方向均匀分布的压紧齿牙。转筒外缘设有多个沿其圆周方向均匀分布的防滑条。为了便于拉动压紧带,压紧带的右侧设有前后贯通的助拉槽。

在使用该牵引套时,要先将束缚带绕在患者的手臂上,把压紧带穿过回形框,并使压紧带位于两个转筒之间,向下按压压板。压板带动两个转柱向下滑动并挤压弹簧,随后两个转柱带动副齿牙向下滑动,滑动一段距离后,主齿牙与副齿牙脱离接触。此时拉动助拉槽,压紧带在两个转筒之间向右滑动,带动两个转筒转动,但由于此时主齿牙与副齿牙脱离啮合,转筒无法带动转柱转动,同时压紧带向右滑动,裹紧患者的手臂,实现对患者手臂的固定。

当压紧带裹紧患者的手臂后,松开压板,由于弹簧向上的弹力作用,压板带动两个转柱向上滑动,两个转柱带动副齿牙向上移动,移动一段距离后,主齿牙与副齿牙啮合,此时松开压紧带,压紧带在材料弹性作用下向左滑动,带动前侧的转筒逆时针转动,前侧的转筒带动前侧的夹块逆时针转动,同时带动后侧的转筒顺时针转动,后侧的转筒带动后侧的夹块顺时针转动,前侧的夹块与后侧的夹块转动到一定角度后,其内端面均与压紧带的外表面接触,对压紧带进行夹紧固定,压紧齿牙可以增加固定效果,防止压紧带滑脱。压紧带向左滑动的力度越大,夹块对压紧带的夹紧力就越大。

此时,将U形带悬挂在支撑装置上,可实现对患者手臂的牵引悬挂。当手术完成后,向下按压压板,压板带动两个转柱向下滑动,滑动一段距离后,副齿牙与主齿牙脱离啮合,此时由于转筒无法带动转柱转动,向左拉动压紧带时,压紧带只会带动转筒转动而无法带动转柱转动,夹块也就无法对压紧带进行挤压固定,压紧带滑动一段距离后即可解除对患者手臂的固定,患者将手臂从束缚带内抽出即可。

有益效果

该牵引套操作简便,省时省力,其配备的束缚带、压紧带、回形框、夹块等部件,可实现对患者术侧手臂的固定,防止患者在手术时手臂滑脱而造成二次伤害,同时配备的U形带便于医护人员进行悬挂操作。与传统的固定悬挂方式相比,这种方法节省了大量的手术时间,提高了手术效率。该牵引套结构简单,构思新颖,使用方便,实用性强。

(作者供职于开封市中心医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革的建议……
《护理管理》《专科护理》

《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!
投稿邮箱:
568689252@qq.com