

急性 A 型主动脉夹层的死亡危险因素分析及护理对策研究的进展

李月飞, 何中情

陆军特色医学中心 重庆渝中

【摘要】急性 A 型主动脉夹层属于一种非常凶险的疾病, 发病后容易出现大血管破裂, 进而导致患者丧失生命。近些年来, 急性 A 型主动脉夹层的患病人数不断增加, 如何降低该疾病的死亡率是临床研究的热门话题。因此, 本文通过概述急性 A 型主动脉夹层的病因, 进一步分析导致患者死亡的危险因素, 提出相应的护理对策, 以期临床相关研究提供依据。

【关键词】急性 A 型主动脉夹层; 死亡; 危险因素; 护理对策

Advances in risk factors for death and corresponding nursing strategies in patients with acute type A aortic dissection

Yuefei Li, Zhongqing He

Army Characteristic Medical Center, Yuzhong District, Chongqing

【Abstract】 Acute type A aortic dissection is a fatal disease with high incidence of mortality by rupture of large blood vessels after the onset. The incidence of acute type A aortic dissection has been increasing over past decades, therefore, how to reduce the mortality of has become a hot topic in clinical research. In this article, we summarize the etiology of disease analyze the risk factors of death, and proposes nursing countermeasures, in order to establish the theoretical basis of clinical research.

【Keywords】 Acute type A aortic dissection; Death; risk factors; Nursing strategies

急性 A 型主动脉夹层为发病率较高的心脏大血管疾病, 主要临床表现为前胸及后背出现剧烈撕裂样疼痛, 若未及时得到治疗, 严重危及患者的生命安全, 进而导致死亡。该病具有发病突然、病情进展迅速、死亡率高等特点, 在发病 24 小时~48 小时内, 每隔 1 小时死亡率将增加 1%~2%, 发病 48 小时后病死率为 50%, 发病 1 周内的死亡率达到 70%, 发病三个月内的死亡率达到 90%^[1]。因此, 如何控制病情、降低病死率是临床工作中的重点, 引起了广泛的关注。相关临床研究表明, 虽然手术治疗急性 A 型主动脉夹层的效果得到了广泛的认可, 但是术后患者的病死率仍然较高, 围手术期治疗及相关护理质量有待改进^[2]。鉴于此, 本文就导致急性 A 型主动脉夹层患者的死亡危险因素及相应护理对策的研究进展作一综述, 以期提高护理质量, 降低病死率。

1 概述急性 A 型主动脉夹层的病因

急性 A 型主动脉夹层属于临床常见疾病, 目前尚未完全阐明其发病原因, 但已经证实高血压、动脉粥样硬化是该疾病发生的常见危险因素^[3]。急性 A 型主

动脉夹层的发生与患者血压水平息息相关, 大部分患者存在高血压病史。另外, 当机体发生动脉粥样硬化后, 会导致主动脉中层胶原弹力纤维以及平滑肌出现退行性病变, 进而诱发急性 A 型主动脉夹层。此外, 随着对急性 A 型主动脉夹层的深入研究, 发现较高的血糖水平也是诱发该疾病的危险因素之一^[4]。

2 分析急性 A 型主动脉夹层患者死亡的危险因素

2.1 年龄

临床研究表明, 相较于低年龄段患者, ≥ 70 岁以上患者死亡的概率明显更高, 这是因为随着年龄的增加, 其血管弹性逐渐下降, 动脉硬化概率增加^[5]。

2.2 手术等待时间

急性 A 型主动脉夹层的病情危急、病情进展速度快, 发病后需要快速进行手术治疗, 防止错过最佳治疗时间。但是, 因医疗资源有限, 具备急性 A 型主动脉夹层外科手术治疗条件的医院较少, 需转运至大型医疗机构进行治疗, 这在一定程度上延长了患者的手术等待时间。同时, 部分医院在确诊及制定手术方案所花费时间较长, 增加了患者死亡的危险性。

2.3 缺血并发症

李晓南等人^[6]研究表明, 腹腔脏器缺血是威胁急性 A 型主动脉夹层患者生命的合并症, 若未及时处理, 易降低预后效果。当患者存在全身系统受累症状及组织灌注不良时, 需警惕夹层破裂, 临床应引起重视。

2.4 低氧血症

杨志刚等研究表明, 体外循环时间是影响急性 A 型主动脉夹层患者术后早期死亡的危险因素^[7]。患者在夹层手术治疗时, 需要建立体外循环, 且手术耗时长, 长时间的体外循环会增加肺损伤的几率, 发生低氧血症, 增加了患者死亡的风险性。

2.5 急性肾损伤

柳叶等人^[8]通过对比分析发现, 肾功能不全是导致急性 A 型主动脉夹层患者术后死亡的另外一项重要原因。

3 急性 A 型主动脉夹层患者的护理对策

3.1 基础护理

在患者实施手术治疗前, 应在病房为其配置相应的生命体征监测仪器, 并连接好心电监护仪等, 实施观察其心率、血氧饱和浓度等。指导患者采取仰卧姿势, 叮嘱其绝对卧床休息, 不要剧烈运动, 不要进行用力排便、翻身、咳嗽等增加胸腔压力的活动; 对于存在咳嗽症状的患者, 需要立即使用止咳药物。术前尽量食用清淡易消化的流食, 多食用新鲜的瓜果蔬菜。引导患者开展相关训练, 比如床上排尿等; 对于出现便秘者, 可适当食用润肠通便药物, 防止排便用力而出现猝死。对于急性期特别是生命体征不稳定的 A 型主动脉夹层患者, 临床不主张离开病房完成相关检查, 如果必须外出检查需要整床转运, 尽量不要搬运患者, 且中途不能停止治疗和监护, 医护人员陪同检查时必须携带抢救药物和器械, 一旦出现异常情况需要立即进行抢救, 防止患者死亡。

3.2 情绪疏导

受疾病的影响, 患者易出现焦虑、恐惧、紧张等负面情绪, 增加了对其血压、心率的控制难度。因此, 在患者入院后, 责任护士主动与其交流, 关心和安抚患者, 向其介绍不稳定的情绪状态对疾病治疗的消极作用, 协助其平复情绪; 在病情许可下, 指导患者进行床上肢体运动, 转移其注意力。等到患者病情稳定后, 通过口头教育、发放健康手册等方式详细讲解疾病的相关知识, 减轻焦虑情绪。

3.3 控制心率与血压

患者发生急性 A 型主动脉夹层后, 其血压水平会

快速升高, 心率会迅速加快, 血压水平及心率一直处于过高状态容易威胁患者的生命安全。因此, 控制心率与血压水平是临床治疗急性 A 型主动脉夹层的关键, 有利于预防夹层破裂。在患者入院后, 应立即测量四肢血压, 随后每隔 15min 测量一次血压、心率, 等到血压及心率稳定后可调整测量间隔时间; 同时, 给予患者服用美托洛尔等药物来控制血压和心率, 注意用药期间预防出现低血压^[9]。

3.4 做好镇静镇痛护理

剧烈疼痛是急性 A 型主动脉夹层的主要临床表现, 长期的疼痛会导致血压水平的升高、心率的加快, 进而影响预后, 故需要对患者进行充分的镇静和镇痛。入院后, 利用疼痛视觉模拟评分 (VAS) 评估患者的痛感, 并给予患者使用吗啡、芬太尼、杜冷丁等镇痛药物, 同时可给予适量的镇静药物, 以达到减轻痛感的目的。另外, 对于痛感较轻的患者, 可通过播放音乐、看电视、聊天等方式转移其注意力, 稳定其心理状态, 保持镇静状态, 提高治疗配合度。

3.5 预防缺血并发症护理

入院后, 需要密切关注患者的体征变化情况, 判断其是否存在心力衰竭、心律失常以及心肌梗死等征象; 注意观察患者的意识、瞳孔、四肢感觉与活动、呼吸状态等, 评估是否存在脊髓缺血情况; 询问患者是否出现腹痛、腹胀、呕吐、便血等情况, 叮嘱患者暂时禁食^[10]。患者入院后需要立即进行评估, 做好术前准备, 快速进行手术治疗, 防止病情进展。一旦患者出现异常情况, 需立即报告医师并进行抢救, 防止病情进一步恶化。

3.6 低氧血症护理

急性 A 型主动脉夹层患者发生低氧血症后, 容易诱发呼吸衰竭, 延长机械通气治疗时间, 故术后需要调整机械通气治疗方案, 加强对患者的气道管理, 增加血氧饱和浓度, 减少低氧血症的发生。实施急性 A 型主动脉夹层手术治疗后, 需要加强气道管理, 观察气道分泌物, 在无菌操作原则的背景下, 利用密闭式吸痰管吸出气道痰液, 防止痰液堵塞气道, 导致患者出现呼吸困难症状。术后加强呼吸道护理, 根据患者的呼吸情况尽早拔管, 并鼓励和指导患者进行腹式呼吸训练、抗阻训练以及缩唇式呼吸训练等练习, 不断增强呼吸肌能力, 改善呼吸功能。在拔管后为患者实施无创正压通气治疗, 改善肺部的通气功能, 减少肺部炎性渗出, 降低再次插管的风险性。在对患者实施通气治疗时, 需协助其维持俯卧姿势, 积极监测和护

理管路, 避免发生不良事件^[11]。

3.7 急性肾损伤护理

急性肾损伤是急性 A 型主动脉夹层患者手术治疗后常见的并发症之一, 具有较高的发病率, 其发病率达到了 20.00%~68.00%。急性肾损伤不仅增加了急性 A 型主动脉夹层手术患者的病死率, 还会延长住院时间, 增加医疗费用, 故尽早诊断和处理急性肾损伤是十分必要的^[12]。术后加强引流管护理, 仔细观察和记录尿液颜色、性质及出入量等, 若是少尿或无尿, 可考虑肾功能损伤, 给予相应的护理干预。通过增加心输出量以及血容量来维持肾脏灌注, 并给予患者利尿剂来减轻心脏负荷, 必要时可采用血液净化治疗方案, 从而缓解急性肾损伤, 改善患者的预后。注意, 在诊疗急性肾损伤时, 需要严格按照无菌原则进行操作, 并在处理过程中动态观察患者的体征及病情变化情况, 及时调整治疗方案, 改善其预后。

4 小结

综上所述, 影响急性 A 型主动脉夹层患者死亡的危险因素较多, 包括年龄、手术等待时间、缺血并发症、低氧血症及急性肾损伤等。针对危险因素, 制定相应的护理对策, 对于降低死亡率、改善预后结局具有非常重要的作用。然而, 目前对于急性 A 型主动脉夹层患者的相关护理内容尚处于探索阶段, 护理对策的效果仍需要进一步验证, 同时也是今后研究的新方向, 以期达到为患者制定更具有针对性的护理对策的目的。

参考文献

- [1] 李田江,王莽原,霍强.急性 Stanford A 型主动脉夹层术后患者院内早期死亡危险因素分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2021,28(12):1447-1454.
- [2] 薛源,张宏家.急性 A 型主动脉夹层患者发病 24 小时内行保守治疗死亡的危险因素分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2021,28(8):935-939.
- [3] 张莲,雷丽.对进行手术治疗的急性 Stanford A 型主动脉夹层患者实施整体护理的效果研究[J].当代医药论丛,2020,18(23):6-8.
- [4] 潘小高,柴湘平,杨贵芳,等.D-二聚体联合纤维蛋白降解产物预测急性主动脉夹层院内死亡风险的研究[J].中国循环杂志,2020,35(7):660-664.
- [5] 陈艳,王皓,李松森,潘广杰.A 型主动脉夹层术前死亡危险因素分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(16):2521-2523.
- [6] 李晓南,乔环宇,杨波,等.急性 Stanford A 型主动脉夹层术前死亡的危险因素分析[J].心肺血管病杂志,2020,39(10):1225-1229.
- [7] 杨志刚,罗进光.急性 Stanford A 型主动脉夹层术后早期死亡危险因素及 nomogram 模型构建[J].中国循证心血管医学杂志,2021,13(7):799-802.
- [8] 柳叶,李倩,吴小文.急性 Stanford A 型主动脉夹层患者术后死亡危险因素分析[J].护理实践与研究,2021,18(13):1969-1972.
- [9] 葛翼鹏,里程楠,钟永亮,等.急性 Stanford A 型主动脉夹层中低温停循环手术围手术期大量出血的危险因素分析[J].中华胸心血管外科杂志,2021,37(5):281-285.
- [10] 孙芳,宋晓春,陈永铭,等.急性 Stanford A 型主动脉夹层术后早期死亡因素分析[J].中国心血管杂志,2020,25(2):156-159.
- [11] 齐博,张继凤.基于护理程序的整体护理干预在急性 StanfordB 型主动脉夹层围手术期中的应用分析[J].现代诊断与治疗,2020,31(13):2168-2169.
- [12] 管艳,王哲芸.多学科协作护理模式在 Stanford A 型主动脉夹层术后呼吸机相关性肺炎防治中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(4):137-140.

收稿日期: 2022 年 6 月 15 日

出刊日期: 2022 年 7 月 21 日

引用本文: 李月飞, 何中情, 急性 A 型主动脉夹层的死亡危险因素分析及护理对策研究的进展[J]. 国际医学与数据杂志, 2022, 6(2): 108-110.
DOI: 10.12208/j.ijmd.20220067

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS