

# 一例主动脉瓣狭窄经导管行主动脉瓣置入术患者的护理

王丽

(天津市第一中心医院,天津 300192)

**摘要** 总结 1 例主动脉瓣狭窄经导管行主动脉瓣置入术患者的护理,术前按外科换瓣手术做好全面准备,术后密切观察患者伤口情况、注意有无并发症特别是有无影响血液动力学的房室传导阻滞出现,及时予以治疗,恢复期正确指导患者定时按量服药,循序渐进增加运动量,注意劳逸结合,保证患者术后的健康恢复。

**关键词** 主动脉瓣狭窄;导管;置入术;护理

中图分类号 R473.6 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.03.040 文章编号 1006-9143(2019)03-0363-02

主动脉瓣狭窄是老年人常见的瓣膜性心脏病。当患者出现心衰后病情将急剧恶化甚至发生猝死,主动脉瓣置入术是唯一可以延长生命的治疗手段,但约有 30% 的主动脉瓣狭窄的患者因为多种原因失去了手术的机会。国际上于 2002 年开始,针对不能进行开胸手术的患者应用经导管主动脉瓣置入术(Transcatheter Aortic Valve Implantation 简称 TAVI),然而这种介入手术的操作非常复杂,需要心脏内科、心脏外科、医学影像科、麻醉科和重症监护等多科室的团结协作<sup>[1]</sup>,事先制定周密的诊治计划方可实行。我院心内科于 2018 年 4 月 10 日对 1 例主动脉瓣重度狭窄患者通过股动脉行导管主动脉瓣置入

术,现将护理体会汇报如下。

## 1 病例简介

患者,女,65 岁,主因入院前 2 年无明显诱因出现间断胸闷憋气,活动后加重需静卧休息后可缓解并伴全身乏力感,体力明显下降,由门诊收入院。入院前冠状动脉造影结果显示未见明显狭窄,心脏超声提示主动脉瓣钙化并重度狭窄,EF60%,主动脉瓣跨瓣压差 98 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),跨瓣流速 496 cm/s。既往高血压病史 6 年余,血压最高达 180/110 mmHg,服用降压药物血压控制在 110/65 mmHg 左右,入院后查体:心率 90 次/分,主动脉瓣听诊区及主动脉瓣第二听诊区可闻及收缩期喷射样杂音 4/6 级,心功能 III~IV 级(NYHA)。入院后患者夜间间断出现喘息提示心功能逐渐减退,病情危重,应积极处理主动脉瓣狭窄。

**作者简介:**王丽,女,副主任护师,本科

移酶 46 U/L,乳酸脱氢酶 444 U/L,心肌损害较前好转。

**2.2.2 中毒性脑病的治疗及护理** 患儿中度意识障碍,前囟膨隆,Glasgow 评分 10 分,易激惹,查 24 小时脑电图显示清醒脑电图异常(枕区慢波增多),睡眠脑电图正常,故静脉点滴甘露醇治疗,使用输液泵半小时内匀速输入,防止静脉渗出。住院第 3 天,患儿神志清,精神较前好转。

**2.2.3 皮下注射胰岛素的护理** 患儿诊断为 I 型糖尿病,出院后需终身使用胰岛素治疗。告知家长皮下注射时注射部位应选用上臂外侧、大腿外侧、腹部和臀部。在餐前 30 分钟遵医嘱皮下注射胰岛素(早餐和午餐前注射诺和灵 R,晚餐前注射诺和灵 30R),采用 75%酒精进行皮肤消毒,选用 4 mm 针头,并有计划、有次序更换注射部位,针孔纵横各间隔 1 cm。防止注射部位皮下脂肪发生萎缩、硬结等。观察患儿有无心悸、多汗、乏力等低血糖症状,并结合血糖值调整胰岛素的用量。

**2.2.4 饮食护理** 严格控制饮食,患儿入院时酮症酸中毒明显,神志不清、嗜睡,立即给予禁食不禁药,遵医嘱进行鼻饲,告知家长禁食的重要性,取得配合。住院第 3 天,鼻饲管内未见血性物,遵医嘱给予鼻饲

牛奶。住院第 8 天停鼻饲治疗改为经口进食牛奶及辅食。观察患儿进食后无恶心、呕吐、腹痛等情况,住院第 10 天改为糖尿病婴儿饭。

**2.2.5 做好基础护理** 患儿急性期绝对卧床休息。拉好床档,防止坠床,专人看护。患儿躁动时使用约束带做好保护性约束,密切观察四肢末梢循环状况,每 2 小时放松肢体 1 次。

**2.3 出院指导** 向患儿家长讲解坚持胰岛素治疗的重要性,不可随意中断;强调饮食原则是控制而不是限制,必须能满足患儿生长发育及日常活动的需要<sup>[1]</sup>。

## 3 小结

在治疗过程中,积极处理心肌炎、中毒性脑病等危重的合并症,严密观察病情变化,做好血糖监测,动态监测电解质、血气等变化,加强巡视,防止药物渗出;严格控制饮食,定时、定量、定餐;做好安全防护;做好家长的健康指导,使患儿病情尽快好转。

## 参考文献

- [1] 卢贤秀.22 例小儿糖尿病酮症酸中毒临床急救及护理措施[J].中外医学研究,2013,11(12):125-126.

(2018-01-11 收稿,2018-08-01 修回)

经医生评估,患者及家属决定选择介入换瓣手术。

## 2 护理

**2.1 心理护理** 患者病程长迁延不愈,又因近两年稍事活动后即出现喘憋症状而备受困扰,担心自己随时会出现意外,拖累子女且此次微创手术若不成功会加重家庭经济负担;家属除担心手术中患者会受到很大的创伤痛苦外,还顾虑手术若失败会对患者造成更大的伤害,因此术前患者及家属的心理负担比较重。针对患者的情况,科内委派一名经验丰富的护士及时与患者及家属沟通,向他们详细介绍手术目的,讲解手术过程,重点说明介入手术与外科手术相比的优势以及对患者的益处,解答患者及家属对手术的疑问,消除患者的思想顾虑及紧张恐惧的心理。

**2.2 术前准备** 经皮行主动脉瓣置换术为近年来国内的新兴技术,为保障患者的手术安全,术前以我科为主体联合心脏外科、心脏超声室、麻醉科、导管室、护理部等多部门进行术前讨论制定手术计划。

**2.2.1 术前予以血、尿、便常规,血生化,出凝血功能等常规化验检查;**患者还需行二维超声心动检查,为更准确的选取生物瓣膜的型号规格做准备;查血型,并合血备用;备皮:自颈部向下至大腿上1/3处(包括会阴部),两侧至腋中线,尤其是两侧腹股沟处;术前1日予抗生素皮试,记录药品的名称,批号,规格;术前12小时禁食水;术日晨予带有测量中心体温探头的导尿管导尿并保留尿管;术日晨在双下肢踝关节以上选取较粗静脉分别予以18号留置针穿刺并保留备用,并遵医嘱给予生理盐水500 mL静脉点滴补液及肾脏水化治疗。

**2.2.2 导管室备好抢救物品及药品并保证各个仪器功能良好,放于易取处,其中备至少四道以上的注射泵,以便麻醉给药使用及预防术中血压过低予以药物静脉泵入时使用。**因手术过程中会将血压降低到目标血压(收缩压<60 mmHg),所以还需备40支多巴胺注射液以应急之用,同时备50 mg鱼精蛋白注射液。

## 2.3 术后护理

**2.3.1 管路的护理** 将患者自导管室安全接回监护室,予平卧位注意保留右侧锁骨下深静脉置管通畅并妥善固定不可扭曲打折,继续遵医嘱予以静脉补液治疗。于术后第2日遵医嘱拔除尿管后患者可自行排尿,第3日遵医嘱拔除深静脉置管,未出现管路相关性感染。

**2.3.2 生命体征的监测** 连接心电、血压、呼吸及血氧饱和度监护,测量生命体征并记录。注意患者有无心率减慢或传导阻滞,因有90%以上的房室传导阻滞发生在TAVI术后1周内<sup>[2]</sup>,该患者术毕返回CCU

心电监护示:窦性心律,心率65次/分,血压127/75 mmHg,术后第3日复心电图提示间断出现左束支传导阻滞伴有1度房室传导阻滞,心率70次/分,及时通知医生,会诊后考虑与术后主动脉瓣周围组织水肿有关,未予特殊处理继续密切观察心电图变化,患者术后至出院后1周随访均无心前区不适主诉,心率波动于63~72次/分,心电图于术后第10日复查提示为窦性心律,完全性左束支阻滞,心率68次/分。

**2.3.3 术后麻醉的护理** 患者术中应用基础麻醉术毕清醒后返回监护室,3小时后拔除鼻咽通气道,未诉不适,于术后第2日患者主诉恶心,食欲减退,考虑与麻醉后的个体反应有关,给予患者清淡半流质易消化饮食并遵医嘱用调节胃肠功能药物,患者术后第3日主诉不适症状缓解。

**2.3.4 伤口的护理** 患者返回CCU后予以平卧位24小时,双下肢制动6小时,密切观察患者双侧股动脉穿刺处、左侧桡动脉穿刺处、颈内静脉穿刺处的伤口有无渗血渗液,触摸双侧足背动脉的搏动情况及皮温情况,患者术后第2日更换伤口敷料,无渗血渗液,术后第3日遵医嘱鼓励患者床上活动,术后第4日协助患者床边活动。

**2.4 康复指导** 嘱患者术后1周门诊复查,此期间按时服药不可随意增减药物,若有不适随时就诊;每日监测血压及血糖并记录;准确按时服用抗凝抗栓药物,若出现牙龈出血,鼻衄,不必紧张及时与主管医生联系;告知患者出院后活动量需循序渐进注意劳逸结合,不可过度劳累,保证患者术后的健康恢复。

## 3 小结

经皮主动脉瓣置换术运用于高龄、合并症多、体质虚弱不能耐受外科手术的主动脉瓣重度狭窄患者。此例患者术前联合相关部门做好手术计划、进行手术步骤推演,使每个部门都了解自己的任务;护士做好术前物品药品的全面准备,术后注意患者管路、伤口、生命体征、心电图等方面的监测观察,及时发现异常防止并发症的出现,指导患者出院后的饮食、用药观察、运动方法等,提高治疗效果。

## 参考文献

- [1] 潘志文,李明飞,周达新,等.重度主动脉瓣狭窄患者二叶式主动脉瓣的超声心动图分析[J].中华心血管病杂志,2015,43(3):244-247.
- [2] Erkapic D, De Rosa S, Kelava A, et al. Risk for permanent pacemaker after transcatheter aortic valve implantation: a comprehensive analysis of the literature [J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 2012,23(4): 391-397.

(2018-05-04 收稿,2018-09-11 修回)