

# 1 例主动脉夹层并发急性心包填塞的急诊护理

杨 荭

西部战区总医院急诊医学科 四川 成都 610083

**【摘要】**：主动脉夹层（aortic dissection, AD）也称主动脉夹层动脉瘤（aortic dissective aneurysm, ADA）或主动脉夹层血肿（aortic dissecting hematoma, ADH），是最复杂、最危险的血管致死性疾病。受诸多因素影响，近些年来的发病概率也呈现出不断上升趋势。在此报告了一例以急性心包填塞为主要症状的主动脉夹层的急诊护理过程。

**【关键词】**：主动脉夹层；心包填塞；急诊护理

## Emergency nursing of a case of aortic dissection complicated with acute cardiac tamponade

Hong Yang

Department of Emergency Medicine, Western Theater Command General Hospital, Sichuan, Chengdu, 610083

**Abstract:** Aortic dissection (AD) also known as aortic dissection aneurysm (ADA) or aortic dissection hematoma (ADH), It is one of the most complex and dangerous vascular fatal diseases. Affected by many factors, the incidence of disease in recent years has also shown a rising trend. We report a case of emergency care of aortic dissection with acute tamponade.

**Keywords:** Aortic dissection; Cardiac tamponade; Emergency care

主动脉夹层常因缺乏明显的临床症状或体征而突发病破裂致人死亡，是主动脉疾病中最危险的心血管急症，及早诊断、治疗能使生存率大为提高。急性心包填塞是指由于心肌穿孔、冠状动脉血管破裂等原因导致的心包腔内积液，引起心脏收缩舒张功能受阻、心排出量下降，容易造成急性循环衰竭、休克等严重并发症。2020年8月9日我院急诊科收治了一例以心包填塞为首发症状的主动脉夹层患者，入科后突发意识障碍、心脏骤停经抢救后行胸部320CT检查后成功转送至手术室行急诊手术。

### 1 病例介绍

患者男性，64岁，2020年8月9日因“胸背部疼痛1天”于我院急诊科就诊。既往高血压病史，未规律服药及定期监测血压。患者1天前因胸背部疼痛于当地医院就诊行胸部CT检查结果提示：升主动脉增粗，最宽径约4.4cm。心电图，胸痛三项均未见确切异常。休息后症状缓解。数小时后症状再发遂于我院急诊就诊。22:51分入科神智清楚，22:55突发意识障碍、呼吸急促、口唇紫绀，立即予以球囊辅助通气，医生在镇静、镇痛下行气管插管术、呼吸机辅助通气。床旁超声提示心包腔大量积液，立即在超声引导下于心包腔穿刺置管术，引流出鲜红色血液约140ml，患者突发心脏骤停，立即予以胸外心脏按压、盐酸肾上腺素注射液1mg/5min静推，盐酸多巴胺注射液升压治疗，抢救20分钟后患者生命体征恢复：心率55次/分，血压80/52mmHg。8月9日2:00离科行胸部320CT检查结果提示：主动脉根窦部—主动脉弓水平夹层形成，破口分别位于主动脉起始部及主动脉弓，假腔大于真腔。2:20急诊手术行全弓置换+术中支架置入术，术中见全心增大。置换术后给予体外循环下辅助心脏，同时予以多巴胺、去甲肾上腺素、间羟

胺等心脏特殊用药，患者心功能仍无明显恢复，血压无法维持，无法脱离体外循环机，心脏骤停宣布临床死亡。

### 2 护理

#### 2.1 疼痛的评估与护理

疼痛是主动脉夹层急性期患者最主要和最典型的表现。本例患者因反复胸背部疼痛一天入院，VAS疼痛评分为8分。遵医嘱给予强阿片类止痛药物，嘱患者绝对卧床休息，限制病人运动，吸氧（3~4L/min），22:53给予吗啡10mg肌肉注射后患者突发意识障碍，以丙泊酚、芬太尼镇静镇痛下行气管插管术。

#### 2.2 血压的监测及护理

动脉压和左心室射血速度是作用于主动脉壁形成主动脉夹层剥离并使其扩展的两个主要因素。因此，控制血压和左心射血力量对治疗夹层动脉分离尤为重要。理想的血压应控制在（100~110）/（60~75）mmHg，心率55~75次/min，尤其在急性期24h内。血压过低时，将影响全身各重要器官的血液供应。本例患者入科即予心电监护及双上肢血压监测测血压88/55mmhg，左右无明显差距，心率62次/分，每十分钟测量一次。

#### 2.3 管道的护理

##### 2.3.1 心包引流管的护理

患者经床旁心脏彩色多普勒检查提示心包腔大量积液，立即在超声引导下于心包腔穿刺置管术，引流出鲜红色血液约140ml，在患者进行心包积液引流期间，护士严格遵守无菌操作的原则进行局部皮肤护理，定时观察引流管位置及伤口敷料，保持伤口外敷料清洁干燥，防止逆行感染。患者病情危重由专人护理，密切观察引流液的性状、量及在位情况，防止导

管脱落等意外事件。

### 2.3.2 呼吸管路的护理

机械通气治疗作为患者心跳骤停后生命支持的主要方法，在呼吸机的使用过程中，呼吸机管路未能进行有效的固定或者支撑，可致管道脱落重新插管，管路折叠会导致呼吸机管路有效内径减少，直接增加呼吸道阻力，降低呼吸机通气量影响治疗效果。杯内冷凝水如未及时处理，一旦逆流入管道可引起VAP；呼吸机管路的有效固定与及时护理尤为重要。在护理时选用1只一次性橡胶手套充气（气量根据患者导管长度决定）固定呼吸机管路经气管插管与呼吸机管路连接管衔接处，保持气管导管中立位，此方法既使气管插管固定稳妥也保证呼吸管路通畅，同时减轻呼吸机管道对下唇皮肤的压力，减少局部皮肤压力性损伤及并发症。使用呼吸机机身管路固定架固定管路，根据患者插管位与呼吸机位置调整合适位置，置积水杯于最低位，每小时动态清理冷凝水。

### 2.4 心理护理

由于急诊抢救室环境嘈杂，对患者进行单独安置，避免刺激，为创造良好医疗环境对患者治疗效果的影响，提高其重视程度。患者入科时病情严重，患者家属心理负担重，容易产生悲观心理，对治疗效果产生疑问，甚至多次提出放弃治疗。针对患者家属的情绪变化及心理特点，对患者家属进行适当的心理疏导，向患者家属详细说明病情的严峻性及目前各项治疗意义。患者在科期间，护士充分尊重患者及其家属的知情权，及时告知病情变化，使患者及家属感到安全、可信赖，积极配合治疗。

## 3 急诊转运护理

由于主动脉夹层发病急、起病快、致死率高和病情变化复杂的特点，一般在患者进入急诊室后仅能够对其实施常规处理。因此在急诊科对其实施及时有效的转运非常重要，且患者病情危重，为进一步明确病情诊断以及是否需要行急诊手术，需外出行320CT检查确认后送往手术室行急诊手术，术后需收入心血管外科ICU继续治疗，为确保顺利转运，急诊需要提前做好各种转运前准备。院内转运是指在同一医疗单位不同医疗区域之间进行的转移和运送，急诊危重患者的转运要求组织性和高效率，根据患者疾病的种类进行评估和危重分级，患者危重级别的评估包括生命体征、意识、呼吸支持、循环支持、主要临床问题和预计转运时间。

### 3.1 计划统筹

危重患者转运由主管医生发起，当班医疗组组长负责统筹，开启院内绿色通道，提前联系好放射科及手术室做好准备，预估到达时间做好衔接工作，从各个环节减少等待时间，为患者争分夺秒手术时间。

### 3.2 沟通解释

主动脉夹层患者要求绝对卧床，减少搬动过床，在外出行相关检查及到达手术室时，均存在高危因素，提前告知患者家属转运途中存在的风险，取得同意与支持，以及出现呼吸心跳骤停时给予的应急预案。

### 3.3 仪器设备

患者病情危重，生命体征不稳定，转运前确认转运呼吸机、便携式氧气瓶、多功能监护仪、微量泵注射泵，急诊专用联络手机均处于良好备用状态，电子类医疗器械电量充足。携带便携式外出急救箱，备足够量的肾上腺素、多巴胺、去甲肾上腺素，确保药品无失效可使用。

### 3.4 生命体征评估

转运前评估患者生命体征、意识状态、呼吸循环呼吸，患者已在镇痛镇静下急诊抢救室内行气管插管术，呼吸机辅助呼吸。患者外院检查提示：升主动脉增粗，最宽径约4.4cm，转运途中密切关注患者生命体征变化，做好随时抢救准备，在搬动病人时动作轻柔，一人指挥，多人配合，一步到位。

### 3.5 人员配置

转运人员均熟练掌握危重症患者抢救技术，且了解病人病情发展及治疗进展，熟悉检查程序和各科室区域分布情况，此病人转运时共配置了四名工作人员：护师负责观察生命体征，管床护士负责管路仪器在位，主管医生负责指挥搬运，护工负责搬运、推床、登记。

### 3.6 管路管理

患者入科后给予浅静脉留置，后突发意识丧失，给予经颈内静脉深静脉置管，留置导尿。2:00外出前确认深静脉、浅静脉及心包腔引流管在位且通畅有效，确保液体剩余量足够行320CT检查，每次过床前夹闭尿管。

### 3.7 交接

按照科室危重患者转运交接核查表，2:20与手术室护士逐项查对交接后急诊行全弓置换+术中支架置入术。

危重患者转运交接核查表			
姓名:	病案号:	诊断:	日期:
转运前 核查	护理组长及医生核实，转运医护共同评估病情（ ）		签名:
	核对患者信息，通知家属，取得患者/家属同意（ ）		
	联系接收病人科室，确认床位及转运时间（ ）		
	转运设备完好备用（ ）		

	转运药物准备齐全有效 ( )						
	各管路在位通畅有效 ( )						
	受压皮肤完好 ( )						
离科生命体征	意识	体温	血压	呼吸	心率	血氧饱和度	签名:
入科生命体征	意识	体温	血压	呼吸	心率	血氧饱和度	签名:

(注: 接上表)

#### 4 小结

近年来,随着外科手术治疗水平的不断提高,急性主动脉夹层患者的病死率显著下降。临床实践证明,心包穿刺引流是缓解心包填塞的首选治疗方法。在整个急诊护理过程中,患者病情复杂多变,应密切观察患者的病情变化,对患者病情多维度动态评估,对于极高危患者或破口形成患者在进入急诊抢救室未行手术前,应给予患者安静的环境,及时止痛及监测生命体征,专人护理,多学科联合,缩短急诊就诊时间,早期手术降低死亡率,如何更精细化管理及缩减时间节点,有待未来进一步研究。

#### 参考文献:

- [1] 周阳,彭静,彭文,柴湘平.近十年我国主动脉夹层中文文献分析[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2018(02).
- [2] 李静.1例心肺复苏后患者并发急性心包填塞的护理[J].当代护士(中旬刊),2020,10:126-127.
- [3] 万慎娴,胡雁秋,华菲.一例杂合技术治疗 DeBakey I型主动脉夹层瘤的围手术期护理[J].护士进修杂志,2011,23:2188-2189.
- [4] 喻丹,周舸.1例房颤消融术后患者并发急性心包填塞的急救护理[J].中国老年保健医学,2021,04:163-164.
- [5] 史冬雷,刘晓颖,高健.急诊危重症患者院内转运共识的实施要点[J].中华急危重症护理杂志,2020,01:11-16.