

护理园地

食管恒径动脉畸形多次消化道大出血休克的护理

杨 丽, 吴翠丽, 杨莹莹, 丁威威, 叶向红

【摘要】 恒径动脉畸形又称 Dieulafoy 病, 是一种消化道血管畸形。文章旨在介绍 1 例食管恒径动脉畸形多次消化道大出血休克的护理, 根据病情特点, 采取相应护理措施: ①做到早期识别消化道出血、失血性休克的临床征象, 进行急救护理; 识别出血后, 立即进行液体治疗, 补充并维持有效循环血量同时运用血栓弹力图进行导向性输血治疗; ②出血位置位于食道, 气道管理尤为重要; ③平稳期开展早期活动方案, 预防 ICU 获得性衰弱的发生, 促进患者康复; ④心理疏导与患者预后息息相关。患者安全度过 5 次出血, 护理效果满意, 最终康复出院。

【关键词】 食管恒径动脉畸形; 消化道出血; 护理

【中图分类号】 R322.43

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2019)02-0208-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2019.02.023

0 引言

恒径动脉畸形又称 Dieulafoy 病, 是消化道血管畸形的一种^[1]。根据其病变部位, 诊断时冠以解剖名词, 如胃 Dieulafoy 病, 食管 Dieulafoy 病^[2]。由于病灶小, 位置隐匿, 发病率为肠道出血的 1%~2%, 但病死率最高可达 80.0%^[3]。出血呈间歇性, 给诊断造成困难, 又因其常导致消化道大出血并迅速发展为失血性休克危及患者生命。我科于 2017 年 2 月 24 日收治 1 例胰十二指肠切除术后伴食管 Dieulafoy 病, 并发 5 次上消化道出血及 4 次失血性休克的患者, 历时 66 d 的积极治疗及精心护理, 取得满意效果, 现报道如下。

1 病例介绍

患者, 女, 74 岁, 因十二指肠肿瘤收治我科, 于 2017 年 3 月 7 日在全麻下行胰十二指肠切除术 (Child 术式), 术后第 5 天, 实验室检查血红蛋白 110 g/L, ICU 平稳过渡后返回普通病房。

患者共经历了 5 次消化道出血。第 1 次出血时 (术后第 10 天), 予以止血药物治疗后生命体征恢复平稳。第 2 次出血时 (术后第 11 天) 胃镜检查示: 食道及胃内大量血凝块及暗红色血液, 手术部位吻合口完好无出血, 食道中段距门齿约 28 cm 处见一动

脉活动性出血, 底部见动脉残端伴搏动性出血, 诊断为食管 Dieulafoy 病。尝试予以钛夹夹闭动脉止血, 在施夹两次后患者出现 SpO₂85%、心率 150 次/min、血压 64/38 mmHg, 考虑因出血导致全身循环血量不足发生失血性休克, 遂立即停止操作, 转至 ICU 行气管插管、呼吸机辅助呼吸, 积极补液、输血、止血治疗后患者病情稳定。第 3 次出血 (术后第 12 天) 予以床边行第 2 次胃镜检查并止血, 对症治疗后血红蛋白上升至 72 g/L。第 4 次出血 (术后第 18 天), 行第 3 次胃镜检查, 提示有搏动性出血给予钛夹夹闭动脉成功止血。第 5 次出血 (术后第 21 天), 立即血管造影 (digital subtraction angiography, DSA) 行动脉栓塞术止血成功。DSA 术后第 2 天, 患者咳嗽无力, 再次行气管插管, 考虑患者气管插管时间共 13 d, 随后行气管切开。经积极抗感染、肠内、肠外营养支持等治疗, 术后第 50 天成功撤机。术后第 66 天康复出院。

2 护 理

2.1 早期识别出血 患者术后第 10 天晨 5:00, 突发呕血, 胃管引流出暗红色液体, 动脉血压由 115/55 mmHg 逐渐降至 85/45 mmHg, 脉搏 85 次/min 上升至 125 次/min, 医师快速评估病情, 迅速成立急救小组: ①一组 ICU 医护人员 (1 名医师和 2 名护士) 负责床边抢救工作, 立即采取侧卧位, 清除口腔及鼻腔内积血, 确保呼吸道通畅, 反复冲洗胃管确保胃管通畅度, 将血液充分引流出, 防止误吸发生。迅速建立 2 条静脉通道, 依据患者失血速度和量, 生命体征、意识、尿量变化实施液体治疗, 予以输血、抑酸,

作者单位: 210002 南京, 东部战区总医院 (原南京军区南京总医院)
全军普通外科研究所 (杨 丽、吴翠丽、杨莹莹、丁威威、
叶向红)

通信作者: 叶向红, E-mail: icyz@126.com

抗感染治疗。②另一组 ICU 人员同时启动,联系内镜医师明确治疗方案,护士准备床边内镜检查仪器、耗材、药品。③予以患者镇静剂的同时进行心理支持,耐心做好解释劝慰工作,消除紧张心理,5 h 后血压回升,生命体征逐渐平稳。

2.2 补充并维持有效循环血量 由于食管恒径动脉畸形出血量凶猛,患者前后失血 4100 mL,术后第 18 天(第 2 次出血)失血量最大(2100 mL),心率 146 次/min,血压 64/38 mmHg,快速评估病情,立即配合医师实施双腔中心静脉置管,同时采用 18G 留置针建立静脉通路,给予加压输注血制品。目前对危重患者血流动力学变化的监测是临床明确诊断、指导治疗、评估治疗反应及氧输送水平的手段^[4]。经桡动脉持续监测有创动脉血压,观察患者的外周血管阻力的变化。并进行动脉血乳酸、碱缺失,及血氧饱和度等指标评估机体灌注情况。精密尿量计监测每小时尿量,根据血压、CVP、尿量调节补液量,成功补充并维持有效循环血量。

2.3 导向型输血的护理及观察 患者第 1 次胃管引流出暗红色液体时,采 2 mL 静脉血,避免同一穿刺点多次操作致溶血,枸橼酸化后由经过专业培训的护士 2 h 内进行检测完成,运送途中不可剧烈震荡,以免影响结果。出血期间每 12 h 进行血栓弹力图(thromboela-stogram, TEG)监测,根据结果进行导向型输血。输血前肌肉注射盐酸异丙嗪,预防过敏反应的发生,但患者在术后第 11 天(第 2 次出血),输注悬浮少白细胞的红细胞时,出现发热反应,体温 38.3 ℃,立即减慢输血速度,更换输血装置及留置针,给予冰袋物理降温,1 h 后体温降至 37 ℃,继续输血,未发生输血反应。患者先后共输注悬浮少白细胞的红细胞 29 U、普通冰冻血浆 1180 mL、冷沉淀 20 U,复查 TEG、血常规结果示 R 值为 8 min, MA55 min, α -Angle55° 血红蛋白 95 g/L,提示出血得到控制。

2.4 人工气道管理 患者前后共失血 4100 mL,出现肺循环障碍。床边 X 胸片示两肺炎症,听诊示两肺痰鸣音,经口咽通气管吸痰,给予高浓度面罩吸氧,脉氧维持在 87%,动脉血气分析示:氧合指数 120 mmHg, PCO_2 32.5 mmHg。出血期间处于高代谢状态,耗氧量增加,给予患者气管插管。采用密闭式吸痰管,防止呼气末正压丢失加重缺氧,密闭式吸痰管每 24 h 更换 1 次。但通气治疗 48 h 后,患者痰液为中等量 II 度脓痰,留取痰培养,痰培养结果提示金黄色葡萄球菌,临床肺部感染评分(CPIS)为

6 分。针对病情采取以下护理措施并设置了专职气道护士对患者实施专职气道护理:①医师及时调整抗生素治疗,并调整雾化吸入次数由 2 次/d 调至 4 次/d;②实行按需吸痰,吸痰操作持续时间不超过 15 s;④严格执行手卫生,切断由于医务人员手造成的交叉感染,患者床尾配备快速手消毒剂。⑤吸引清除患者口腔分泌物,以 2 次/d 0.12% 洗必泰进行口腔护理。72 h 后患者 CPIS 评分为 3 分,呼吸机模式调整为适应性支持模式,氧浓度下调至 40%。术后第 50 d 成功撤离有创机械通气并接受人工鼻接气管切开套管吸氧,最后成功拔除气切套管。

由于出血位于食道,每日行误吸风险因素评估表进行评估评分波动在 8~9 分,有高度误吸的风险,主要采取以下措施:①保持胃管引流通畅,抬高床头 30°~45°;②口腔护理时增加气囊压力至 30~35 cmH₂O,口腔护理完毕后,气囊压力恢复至正常范围 25~30 cmH₂O;③每 4 h/次行声门下吸引;④2 次/d 监测腹内压,波动在 5~7 cmH₂O 之间,该例患者未发生误吸。

2.5 ICU 获得性衰弱的防范干预 ①机械通气期间实施浅镇静目标导向型方案,选择氟比洛芬(1.2~2.4) μ g/(kg·h)镇痛,以右美托咪啶注射液为基础的镇静;每日 8:00 暂停镇痛镇静药物,在严密监护下实施唤醒,进行自主呼吸。②开展 ICU 早期活动方案,由 ICU 医师负责评估患者的病情,根据患者的功能状况制订活动等级,责任护士协助患者活动,气道组长进行管路维护和生命体征监测^[5]。患者气管插管 38 d 后顺利拔管,ICU 期间先后进行床上踝泵运动,桥式运动,另辅以主动抗阻运动,坐立、站立练习、行走器辅助行走等活动。

2.6 心理疏导 患者治疗期间出现消极态度,不理睬医护人员的接触与询问,身体极度僵硬,不能屈膝,呈现被动治疗和护理的状态,因此加强心理护理尤为重要。护理人员多次与其家属进行沟通,详细介绍治疗,护理方案,并每日安排其家属两次探视,患者逐渐配合治疗,平稳期时能够配合护理人员更换卧位。

3 讨 论

食管 Dieulafoy 病以消化道出血为首发症状,出血位置位于食道,表现为持续或间断的呕血,其发生原因多为动脉畸形破裂所致,虽然发病率低,但致死率高,一旦破裂出血,若未及时发现和处理休克,将导致患者死亡^[6]。该患者由出血前红蛋白

110 g/L 最低降至 45 g/L。护士积极参与其中,通过与团队成员之间充分沟通,做到了早期识别消化道出血,进而对失血性休克做出正确的识别与评估,迅速启动急救护理,合理液体治疗。

有研究根据 TEG 结果导向性输血治疗,能够成功维持有效循环血量同时,且显著减少血浆、血小板和冷沉淀的输入量,根据血常规结果输注红细胞^[7]。与常规凝血功检测相比,TEG 能够更好地指导出血时患者个体化输血治疗。失血性休克患者由于有效循环血量减少,肺循环相继发生障碍,可出现急性呼吸窘迫综合征^[8]。本例患者由于出血位置位于食道,给气道护理增加了难点,同时增加了误吸的风险。护理中应该针对相应措施,防止患者发生误吸。

患者在 ICU 接受治疗 45 d,其中机械通气 38 d,是 ICU 获得性衰弱的高发人群^[9-10]。在 ICU 期间对患者实施浅镇静目标导向型方案和早期活动方案,可预防 ICU 获得性衰弱的发生。本例患者运用叶向红等^[11]2010 年设计的卧床患者锻炼器进行床上肢体功能锻炼,后续功能锻炼顺利,四肢肌力检查未发生对称性的衰弱征象。真正从护理专业的角度为患者的成功救治提供了重要的保障。护理人员采取个性化护理措施并通过全面、全程、细致、精心的观察与护理,患者最终康复出院。

[参考文献]

- [1] 孙 威,王 强. Dieulafoy 病诊疗进展[J]. 中国实用外志, 2010,30(6):254-256.
- [2] 王教学,杨 均. 食管病 2 例报道[J]. 胃肠病学和肝病杂志,2015,24(8):354-357.
- [3] 陈永庆,陈立波. Dieulafoy 病变致急性消化道大出血的综合治疗[J]. 中华外科杂志,2012,27(11): 916-919.
- [4] 刘亚萍,徐 诺,沈正华,等. 1 例重症胰腺炎多次腹腔大出血的救治与护理[J]. 东南国防医药,2017,19(3):315-317.
- [5] 曾 妃,金小娟. 早期活动策略在 ICU 机械通气患者中的应用研究[J]. 中华急诊医学杂志,2017,26(2):211-213.
- [6] 张广坛,张学东. 胃 Dieulafoy 病诊断与治疗[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2011,24(2):197-198.
- [7] 曹 春,高 涛,习丰产,等. 血栓弹力图指导腹部术后出血可能的输血治疗[J]. 临床检验杂志,2016,34(10):131-132.
- [8] 徐建宁,冯洁惠. ICU 经口气管插管口腔护理实践指引的制订及临床应用[J]. 解放军护理杂志,2016,28(9):33-35.
- [9] 赵贵美,焦琳琳,杨桂华. 早期循序渐进运动对 ICU 患者获得性衰弱影响的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志,2017,52(5): 177-181.
- [10] 蒋琪霞,刘 娟,刘玉秀. 半卧位不同角度对机械通气患者通气效果和并发症预防效果的临床观察[J]. 医学研究生学报, 2016,29(10):1083-1088.
- [11] 叶向红,江方正,郑桃花,等. 肢体功能锻炼强度对外科 ICU 患者康复效果的影响[J]. 中华护理杂志,2014,49(2): 143-146.

(收稿日期:2018-07-23; 修回日期:2018-10-17)

(责任编辑:刘玉巧)