

主动脉夹层患者转运 17 例分析

朱冰, 姜有金, 范文辉, 邹恒娣, 干军, 李珺, 严斐

(安徽马鞍山市人民医院急诊科, 243000)

中图分类号: R459.7; R543.16

文献标识码: B

DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2017.02.028

主动脉夹层是指主动脉内血液通过主动脉内膜裂口流入主动脉壁中层, 形成夹层血肿^[1]。主动脉夹层是一种非常凶险的心血管急症, 起病急, 进展快, 死亡率高^[2]。如未及时正确诊断及有效治疗, 患者发病 48 h 内, 病死率以每小时增加 1% 的速度增长, 1 周时达到 70%, 3 个月可高达 90%^[3]。现代社会饮食结构的不合理使高血压的发病率逐年增高, 而高血压正是主动脉夹层发生发展的重要诱因^[4], 主动脉夹层较高的致死率和致残率严重威胁着人们的健康。主动脉夹层手术难度大, 县市一级医院手术治疗技术尚不够成熟, 对患者进行救治的风险较大, 一般情况下给予转运到上级医院治疗, 因此, 如何提高转运成功率成为院外急救面临的一个问题。本研究回顾了 17 例主动脉夹层患者转运处理过程, 总结经验如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2014 年 5 月至 2015 年 12 月我院收治的 17 例主动脉夹层患者的病例资料, 男 11 例, 女 6 例; 年龄 44 ~ 84 岁, 平均年龄 64.9 岁。依据 De Bakey 分型^[5] 情况如下: I 型 6 例, II 型 6 例, III 型 5 例。既往有高血压病史 10 例, 糖尿病病史 2 例, 冠心病病史 1 例, 脑血管意外病史 3 例。临床表现主要为急性发作的胸背部或腹部疼痛。

1.2 方法

1.2.1 急诊科临床干预 针对入院时表现为突发剧烈的胸背部或腹部疼痛并同时合并有高血压病史或入院时血压增高的患者, 均应首先检查双上肢血压、脉搏, 进行心电图检查。怀疑主动脉夹层者, 应在病史采集和体格检查以后进行紧急处理。包括立即建立静脉通道; 完善常规实验室检查如: 血常规、肝功能、肾功能、血糖、心肌酶、D-二聚体^[6] 等; 心电

监护生命体征, 积极控制血压和心率; 加强心理疏导。在排除急性心肌梗死、急性肺血栓栓塞症等疾病后应当常规进行胸腹部 CT 或 CTA 检查, 以争取在较短的时间内明确患者的诊断。

1.2.2 疼痛干预 主动脉夹层患者多数因疼痛呈撕裂样或刀割样, 难以忍受, 伴有濒死感^[7]。主动脉夹层分离所致的胸痛是突然发生的持续性疼痛, 且起病时疼痛达到高峰。近侧夹层分离即 De Bakey I, II 型多表现为胸骨后疼痛。远侧夹层分离即 De Bakey III 型多表现为两肩胛间的背部疼痛, De Bakey I 型累及整个主动脉者时疼痛可涉及胸、颈、后背和腹部。控制疼痛对患者十分重要, 剧烈的疼痛可导致患者烦躁不安, 交感神经兴奋, 使血压心率居高不下。可以应用对心血管副作用较少的镇静剂, 如静脉应用地西洋等。疼痛剧烈时可用吗啡 3 ~ 5 mg 稀释后静脉注射, 每 30 分钟 1 次或根据临床医师的决定而用药。吗啡的镇痛、镇静效果较强, 呕吐等不良反应相对较少, 吗啡不仅能快速缓解患者的胸痛且能明显增强 β 受体阻滞剂减慢心率的效应、同时与血管扩张剂有协同作用。疼痛轻重和部位的变化与临床病情变化有着密不可分的关系。疼痛明显减轻或消失是主动脉夹层停止扩展的临床特征。如果疼痛消失后又出现, 应考虑可能是主动脉夹层继续扩展并有向外膜破裂的危险。如以胸痛急诊的主动脉夹层患者出现腹痛, 往往提示夹层撕裂进展至腹主动脉。疼痛不缓解或加重往往提示病情未得到控制或仍在进展。密切观察患者疼痛部位、疼痛性质以及缓解程度的变化是一个重要的环节。

1.2.3 血压的控制和监测 高血压是主动脉夹层的常见病因^[8]。血压的升高和降低与夹层的发生发展密切相关, 高压血流冲入血管壁可使血肿扩大, 甚至造成中膜破裂。因此, 迅速有效地控制血压是防止病情恶化的一项重要措施。硝普钠是主动脉夹层的首选降压药, 常用量为 $0.5 \sim 3 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$, 开始

以 15 $\mu\text{g}/\text{min}$ 微量泵持续注入,根据血压变化每 5 ~ 10 分钟调整剂量。其次为硝酸甘油或酚妥拉明。治疗目标是将血压控制在 $(100 \sim 120)/(60 \sim 70)$ mm Hg。主动脉夹层患者可因内膜撕裂血肿压迫一侧肢体使主动脉分支阻塞,出现动脉搏动消失或两侧强弱不等,血压降低,两侧血压出现明显不对称,故监测血压时应同时监测两侧血压。如有血压差别较大,上下肢血压差减少,搏动减弱消失,两侧强弱不等,说明夹层有继续撕裂的可能。

1.2.4 控制心率 患者因剧烈的疼痛、情绪紧张、恐惧、血压异常等使得心率超过 100 次/分。同时使用血管扩张药物导致后负荷降低,使心肌的收缩速率(dp/dt)增加而加重夹层的分离,所以在应用血管扩张药物的同时要加用抑制心肌收缩率的药物 β 受体阻滞剂^[9]。本组 17 例主动脉夹层患者口服 β 受体阻滞——酒石酸美托洛尔注射液,酒石酸美托洛尔为选择性 β_1 受体阻滞剂,有显著的减慢心率、降低血压作用,在减慢心率的同时降低心肌耗氧量,控制心率在 60 ~ 70 次/分,从而有效地延缓或终止夹层血肿的扩展,使症状缓解。

1.2.5 转运途中干预 转运小组由一名有资质的医生、护士和一名担架工及司机组成。医生和护士应了解患者的病情,对患者进行评估,评估内容包括意识状态、生命体征、补液通畅等。掌握转运的时机,降低转运的风险。并与上级接受医院联系,通知接受科室准备药品、仪器,调度相应的急救人员,做好接受准备。

在转运过程中密切观察患者心率、血压、心电图、呼吸、血氧饱和度等生命体征的变化,要密切观察患者的意识、精神状态、监测患者的尿量。注意控制血压、心率,继续用吗啡进行强有力的镇痛治疗,准备好各种抢救措施,使转运过程的监测、治疗就如同在急诊抢救室一样,以确保转运途中的安全。在发生意外情况时能够及时、有效的进行抢救。

在转运前要求患者提前在床上排空大小便,以避免在转运途中不必要的搬动对患者产生刺激;尽量使患者处于舒适卧位,绝对卧床休息,避免患者频繁的体位移动和任何可能导致用力的行为如咳嗽、喷嚏等,以免加重病情。嘱咐驾驶员提前了解路况,选择平稳少颠簸的路径。尽量做到车辆匀速行驶,避免突然提速和刹车,减少颠簸。车上备足急救物品,包括硝普钠、倍他乐克、吗啡、0.9% 氯化钠注射液、心电监护仪、便携式呼吸机、除颤仪。

剧烈的疼痛以及需要向上级医院转诊手术常使患者产生焦虑、恐惧情绪,导致患者的血压和心率升高和加快,不利于病情控制。因此加强心理安慰,做好与患者的沟通,及时评估患者的应激反应和情绪状态,关心安慰患者,消除患者焦虑恐惧情绪,帮助建立对疾病的正确认识,防止不良情绪对疾病的影响。关心体贴患者,以取得患者信任,使其积极主动配合治疗。同时告知家属此病的危险性,患者随时都有生命危险,患者家属在相关同意书上签字。告知家属在转运过程中会有相应的抢救措施和抢救预案。

2 结果

本组 17 例主动脉夹层患者均经 CT 或 CTA 明确诊断或高度怀疑主动脉夹层^[10-13]。目前主动脉夹层治疗主要是人工血管置换术和血管内支架术。马鞍山市人民医院不具备外科治疗主动脉夹层的条件,所以一旦确诊或高度怀疑此病时,尽快稳定患者病情,药物治疗主要是基于镇痛治疗、控制血压、减慢心率。本组 17 例主动脉夹层患者均安全转运,无一例发生转运意外。

3 讨论

主动脉夹层患者的血肿可沿主动脉纵轴发展,是一种非常危险的心血管疾病,可导致患者灾难性后果的发生^[14-16]。一旦确诊或高度怀疑主动脉夹层应采取积极有效的降压治疗控制血压和镇痛治疗,其次应当应用 β 受体阻滞剂降低心率和心肌的收缩率,更有效的控制血压,同时防止主动脉夹层的扩展。主动脉夹层患者转运途中出现意外的情况较多,需要有良好的转运急救设备、急救药品、急救措施来保证患者的生命安全,在积极的治疗同时关注患者的情绪,加强对患者的护理,尤其是心理护理,避免患者频繁的移动和情绪的剧烈波动,才能最大程度降低患者病死率。

参考文献

- [1] 孟庆义. 急性主动脉夹层的急诊救治[J]. 中国临床医生杂志, 2008, 36(1): 11-12.
- [2] AFIFI RO, SANDHU HK, LEAKE SS, et al. Determinants of operative mortality in patients with ruptured acute type a aortic dissection[J]. Ann Thorac Surg, 2016, 101(1): 64-71.
- [3] 罗芳, 周宪梁, 惠汝太. 主动脉夹层的诊断进展[J]. 内科急危重症杂志, 2007, 13(5): 266-269.
- [4] HOWARD DPJ, BANERJEE A, FAIRHEAD JF, et al. Population-based study of incidence and outcome of acute