

急性肠系膜静脉血栓形成患者介入治疗的护理

杨海霞, 范本芳, 丁文彬

【摘要】 目的 总结介入溶栓治疗急性肠系膜静脉血栓形成患者的护理。**方法** 对 19 例急性肠系膜静脉血栓患者行经皮穿刺股动脉、肠系膜上动脉置管间接肠系膜静脉溶栓治疗, 总结分析术前、术后的护理措施, 包括术前心理护理、有效的胃肠减压、病情观察评估、早期介入手术、术后严密的病情观察、溶栓护理、抗凝护理及营养支持。**结果** 19 例置管溶栓患者在术前术后规范的治疗及护理下, 1 例溶栓 48 h 后出现腹痛进行性加重、腹膜刺激征, 转外科手术治疗。18 例患者介入治疗后症状缓解, 排便正常。出院后随访 12 个月, 18 例患者均无明显的腹痛腹胀, 排便正常。**结论** 介入溶栓治疗是治疗急性肠系膜静脉血栓患者的安全、有效的方法。充分术前评估准备、早期介入溶栓以及术后病情的严密监测、溶栓抗凝护理、并发症的观察是手术成功和患者早期康复的重要保障。

【关键词】 急性肠系膜静脉血栓形成; 介入溶栓治疗; 护理

中图分类号: R642.6 文献标志码: A 文章编号: 1008-794X(2016)-11-1017-04

Nursing experience for patients with acute mesenteric venous thrombosis receiving interventional thrombolysis therapy YANG Hai-xia, FAN Ben-fang, DING Wen-bing. Department of Interventional Radiology, Nantong Municipal First People's Hospital, Nantong, Jiangsu Province 226001, China

Corresponding author: FAN Ben-fang, E-mail: fanbenfang@126.com

【Abstract】 Objective To summarize the nursing experience for patients with acute mesenteric venous thrombosis who are treated with interventional thrombolysis therapy. **Methods** A total of 19 patients with acute mesenteric venous thrombosis were included in this study. Puncture of femoral artery and percutaneous superior mesenteric artery catheterization to perform indirect mesenteric venous thrombolysis was carried out in all patients. Preoperative and postoperative nursing measures, including preoperative psychological care, effective gastrointestinal decompression, close observation and correct evaluation of clinical conditions, early use of endovascular thrombolytic therapy, postoperative strict observation and proper nursing measures for thrombolysis, anticoagulation, nutritional support, etc. were summarized and analyzed. **Results** Normative preoperative and postoperative treatment and nursing were strictly implemented in all 19 patients. One patient developed abdominal pain with progressive aggravation and peritoneal irritation signs at 48 hours after thrombolysis therapy, and the patient was transferred to surgical treatment. After interventional thrombolysis therapy the clinical symptoms were relieved in the remaining 18 patients, and the defecation returned to normal. The patients were followed up for 12 months, and no obvious abdominal pain or distension was observed in the 18 patients, the defecation was normal. **Conclusion** Endovascular thrombolytic therapy is a safe and effective treatment for acute mesenteric venous thrombosis. Adequate preoperative evaluation and preparation, early performance of interventional thrombolysis, close monitoring of the disease after thrombolysis, nursing for a safe anticoagulant and thrombolytic therapy, and observation of complications are the important guarantee for a successful operation and early rehabilitation. (J Intervent Radiol, 2016, 25: 1017-1020)

【Key words】 acute mesenteric venous thrombosis; interventional thrombolytic treatment; nursing care

DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2016.11.022

作者单位: 226001 江苏省南通市第一人民医院介入科

通信作者: 范本芳 E-mail: fanbenfang@126.com

急性肠系膜静脉血栓(acute mesenteric venous thrombosis, AMVT)是一种由于血液在肠系膜静脉内异常凝结,阻塞静脉管腔,血液回流受阻所致的少见的静脉淤滞性疾病,易导致麻痹性肠梗阻、肠坏死、肠穿孔。临床表现不典型,早期缺乏特异性体征,病死率可达 8%~50%,占肠道缺血性疾病的 10%~15%^[1-2]。AMVT 患者中约 1/3 发生肠坏死。抗凝治疗及手术切除坏死肠管是经典的治疗方法。近年来随着影像学技术及介入治疗的发展,AMVT 的早期诊断和治疗的效果得到提高^[3]。我科 2010 年 1 月—2014 年 12 月对 19 例急性肠系膜静脉血栓患者行经皮穿刺股动脉、肠系膜上动脉置管间接肠系膜静脉介入溶栓治疗,经过规范的护理,治疗效果满意,现将护理体会报道如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组 19 例 AMVT 患者,其中男 10 例,女 9 例,年龄 25~72 岁,平均 45 岁。发病距就诊时间为 6~72 h。19 例患者就诊时均有不同程度的腹胀、腹痛、恶心、厌食等症状,其中伴腹泻 10 例、腹水 4 例,低热 8 例。均无腹膜刺激征,无肠梗阻、肠坏死征象,均经腹部增强 CT 确诊 MVT。其中 8 例腹部手术史(手术距离此次就诊时间均>1 年),5 例有深静脉血栓病史,4 例有肝硬化门脉高压症,2 例原因不明,均无抗凝溶栓禁忌证。

1.2 介入治疗方法

19 例患者采用 Seldinger 技术穿刺右股动脉置入 5 F 导管鞘,经鞘管引入 4 F Cobra 导管置于肠系膜上动脉(SMA)行间接 SMV 造影,证实 SMVT 后留置导管于 SMA 近端,首剂一次性快速给予 20 万 U 尿激酶导管内推注,后以微量泵经导管持续泵入尿激酶 1 万 U/h,同时每日 2 次低分子肝素钙 5000 U 皮下注射。留置导管期间每日监测凝血指标,每 48 小时行血管造影检查以评估疗效,若 SMV 内血栓大部分/全部溶解或患者腹部症状、体征明显缓解/消失,则拔除溶栓导管及鞘,股动脉穿刺部位绷带加压包扎。出院后口服华法林抗凝治疗,国际标准化比值(INR)维持在 2.0~3.0。

1.3 结果

19 例置管溶栓患者中,16 例患者溶栓后腹胀、腹痛症状减轻,导管留置平均时间 5~8 d。2 例患者溶栓过程中出现黑便和暗红色血便,立即停止溶栓

并拔出导管,给予对症治疗后出血停止。1 例溶栓 48 h 后出现腹痛进行性加重、腹膜刺激征阳性、血便转外科手术治疗,后因腹腔感染、多器官衰竭死亡。其中 18 例患者介入治疗后症状缓解,排便正常,均未发生护理并发症。出院后口服华法林抗凝,随访 12 个月 18 例患者均无明显的腹痛腹胀,排便正常。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 AMVT 患者往往发病突然,腹痛剧烈且病情发展较快,常伴有腹胀、腹泻、恶心、呕吐、血便及发热等症状,可出现焦虑、恐惧等心理表现。护士认真倾听患者的主诉,给予患者针对性的心理干预和支持。主动向患者介绍疾病相关知识,介入治疗的优点及早期溶栓的必要性,消除患者紧张焦虑情绪;介绍成功的案例,增加患者战胜疾病的信心,主动配合治疗。

2.1.2 胃肠减压的护理 AMVT 患者因肠道血液循环障碍可出现肠蠕动减慢甚至肠梗阻肠坏死,引起腹胀腹痛。有效的胃肠减压,可吸出胃肠道内的气体和液体,减少肠腔内的细菌和毒素的吸收,改善肠壁血运^[4]。胃肠减压间,护士妥善固定管道,做好口鼻腔护理,防止管道脱落及鼻部皮肤压疮发生。维持有效的负压,观察引流液的量、性状、颜色。本组 14 例患者术前行胃肠减压,腹胀腹痛症状有所缓解。14 例均有气体引出,4 例引流少量淡黄色胃液,未发生管道脱落及鼻部皮肤压疮。

2.1.3 密切观察病情,完善介入术前准备 严密观察患者的生命体征,尿量变化,防止禁食期间休克的发生。加强对腹部症状及体征的观察评估。本组患者术前均有不同程度的腹胀腹痛,予以对症处理,未有腹膜刺激症状。完善介入术前的准备,包括血常规、肝肾功能、凝血全套、心电图、腹部增强 CT 检查、备皮、联系 DSA 室备好术中物品及药品,做好手术准备。

2.2 术后护理

2.2.1 严密监测病情变化 患者术后心电监护,监测心率、血压、呼吸、血氧饱和度、体温变化,每班听肠鸣音 1~2 次,观察排便、排气、腹痛腹胀的缓解情况,准确记录 24 h 出入量,做好交接班。经过护士仔细观察发现,3 例患者在溶栓过程中出现腹痛加重,护士立即报告医师,对症处理后腹痛缓解。2 例患者

出现消化道出血,立即停止溶栓,给予对症治疗后出血停止。1 例患者溶栓 48 h 后出现腹痛进行性加重、腹膜刺激征、血便,立即转外科手术治疗。

2.2.2 溶栓导管护理 术后患者均经股动脉置入鞘管及溶栓导管各 1 根。保持术侧肢体伸直勿弯曲;观察术侧肢体的皮温、颜色、活动、感觉及足背动脉搏动情况;指导患者床上活动,防止下肢深静脉血栓的形成。导管穿刺处予以 HP 透明贴膜固定,并在穿刺处贴膜外侧用记号笔标记导管深度,导管外露部分椭圆形环绕后用 HP 敷料“高举平台法”妥善固定于大腿中段前侧,防止管道滑脱、打折和管道处皮肤压疮形成。溶栓导管末端肝素帽无菌纱布包裹。鞘管及导管用胶布标记清楚,保持管道通畅,遵医嘱予以尿激酶导管内泵入;严格执行无菌操作;观察导管穿刺处有无红肿、渗血。本组患者术侧肢体活动及足背动脉搏动均正常。5 例患者穿刺处有少量渗血,经砂袋压迫后出血停止,无管道感染、滑脱、打折及导管处皮肤压疮现象。18 例患者 5~7 d 后 DSA 造影显示血栓基本溶解,予以拔管。

2.2.3 溶栓护理 本组患者使用的溶栓药物是尿激酶。尿激酶应现用现配。在溶栓过程中,加强溶栓后并发症的观察护理:①出血。严密观察患者生命体征及有无皮肤瘀斑,口腔黏膜出血,鼻腔出血,黑便,血尿等出血倾向;注意神志、瞳孔的变化,警惕颅内出血;指导患者适当床上活动,防止身体各部位与硬物碰撞;口腔护理时动作轻柔,防止牙龈出血;尽量减少各种穿刺,静脉输液予以浅静脉针留置;任何有创性操作后,应压迫 5~10 min^[5]。每天监测 PT、APTT 及血小板,根据检查结果调节用药情况,本组患者 APTT 在 50~65 s 之间,未发生严重的出血现象。②过敏反应。表现为患者可出现畏寒、寒颤、胸闷、皮疹、发热等不适。本组 1 例患者尿激酶使用中出现畏寒、寒战、发热不适,予监测生命体征、吸氧、抗过敏治疗后好转。

2.2.4 抗凝护理 AMVT 患者不管是手术或非手术治疗,抗凝始终是十分重要和必要的^[6]。本组患者进行的是低分子肝素钙皮下注射和华法林口服。低分子肝素钙注射时,应仔细核对药物剂量,首选腹部距脐 5 cm 以外部位,捏起局部皮肤垂直进针,缓慢注入,注射完毕局部按压 10 min^[7],避免按摩,防止皮下出血。定期检测血小板计数,防止发生肝素诱导血小板减少症。华法林起效缓慢,使用时要与低分子肝素重叠使用 3~4 d。严密监测 INR,连续 2 d

测定的 INR 2.5 (2.0~3.0) 时,停用低分子肝素,单独口服华法林,据 INR 调整用量。护士指导患者及家属学会出血症状的自我观察,发放华法林口服健康教育手册,定期检测 INR,做好用药指导。本组患者抗凝治疗期间,INR 2.0~2.5。

2.2.5 营养支持 急性的肠系膜静脉血栓可迅速出现小肠和系膜充血、肿胀、弥散瘀斑,严重影响静脉引流,导致肠管的出血性梗死,影响肠道功能。一旦确诊后即要禁食,给予胃肠外营养(TPN)维持。尽早建立中心静脉通路,如: CVC 或 PICC 导管,做好管道的观察与护理。TPN 配置时,严格执行无菌操作,现配现用,配置好的营养液 24 h 内输完。TPN 输注,使用微量输液泵匀速泵入,观察输液泵的运转情况,建立了输液泵使用巡视单,输注过程中每 8 小时用生理盐水 20 ml 脉冲式冲管 1 次。保持管道通畅。每周抽血检查血常规、肝肾功能、电解质情况。患者肠道功能恢复后,可进食少量水,观察有无不适感,而后逐渐过渡。饮食原则由少量饮水过渡至流质饮食、半流质饮食逐渐恢复至正常饮食^[8]。本组患者 TPN 间未发生导管感染及严重代谢紊乱等并发症。术后 7~10 d 开始进食,开始进少量开水,无腹痛腹胀后进食米汤、稀粥、面条直至普食。

3 健康宣教

向患者讲解疾病相关知识,诱发因素。指导患者适当活动,养成规律的生活习惯。饮食清淡,低脂饮食,多食易消化的食物,保持大便通畅。出院后口服华法林抗凝治疗,抗凝治疗至少维持 3~6 个月,存在高凝状态的患者甚至要终身抗凝^[9]。服药期间定期监测大便隐血、血常规、凝血功能等;若出现腹痛、腹胀、黑便等现象要立即就诊。

4 讨论

AMVT 临床表现一般缺乏特异性,易漏诊、误诊。早期主要表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐不适,疾病进一步发展,可出现肠坏死、肠穿孔、急性腹膜炎等严重并发症。早期清除血栓,能减轻肠道水肿,避免肠坏死^[10]。因此,对既往有腹部手术史,深静脉血栓病史等患者出现腹痛腹胀,排便改变,护士要高度警惕 AMVT 的可能,及时与医师联系,安排患者腹部增加 CT 检查,早期确诊,早期治疗对患者的预后至关重要。

有介入治疗适应证的 AMVT 患者,要尽早行介

入溶栓及抗凝治疗。护士要立即开放绿色通道,完善各项血标本的采集,联系 DSA 室,做好手术准备,紧急置管溶栓。术后妥善固定溶栓导管,本组患者中,将溶栓导管椭圆形环绕后用 HP 敷料“高举平台法”固定于大腿中段前侧,有效地防止管道滑脱、打折和导管处皮肤压疮的发生。置管溶栓后要注意观察腹痛部位、性质、程度、持续时间变化。腹痛范围有无改变,压痛、反跳痛、肌紧张有无减轻,腹胀程度是否较前减轻,肠鸣音是否恢复,是否排便,有无出血现象,随时听取患者的主诉,发现异常情况及时通知医师^[11]。这需要护理人员要有扎实的相关基础知识和敏锐的观察能力、高度的责任心,护士对术后患者严密的病情观察,并发症的早期发现处理是患者得以康复的重要保证。

[参 考 文 献]

- [1] Yanar F, Agcaoglu O, Gok AF, et al. The management of mesenteric vein thrombosis: a single institution's experience[J].

Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2013, 19: 223-228.

- [2] 杨艳丽, 李 铭, 任庆国, 等. 急性肠系膜缺血的诊断和治疗进展[J]. 中华消化杂志, 2012, 32: 876-878.
- [3] 田锦林. 肠系膜静脉血栓诊断及介入治疗策略[J]. 中国介入影像与治疗学, 2015, 12: 371-374.
- [4] 吴俊英. 急性肠系膜静脉血栓形成的临床观察与护理[J]. 全科护理, 2010, 8: 234-234.
- [5] 周国花, 张文侠, 包英群, 等. 急性肠系膜静脉血栓形成行手术治疗 21 例的护理[J]. 护理与康复, 2011, 10: 40-42.
- [6] 杨志强, 熊吉信, 周为民, 等. 急性肠系膜上静脉血栓形成的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20: 1372-1375.
- [7] 褚 婕, 胡 琼, 戚 媚, 等. 深静脉血栓形成患者的抗凝风险管理[J]. 护理学杂志, 2016, 31: 38-40.
- [8] 赵 霞, 何 涛. 介入溶栓治疗肠系膜上静脉血栓形成的护理[J]. 医学研究与教育, 2014, 13: 47-50.
- [9] 马婧崧, 颜志平. 门静脉系统血栓: 从病因到治疗的研究进展[J]. 介入放射学杂志, 2015, 24: 362-368.
- [10] 李 玮, 高宗恩, 隋守光, 等. 急性肠系膜上静脉血栓经静脉和动脉途径溶栓比较[J]. 介入放射学杂志, 2015, 24: 1098-1101.

(收稿日期:2016-01-13)

(本文编辑:俞瑞纲)

·消 息·

欢迎订阅 2017 年《介入放射学杂志》

《介入放射学杂志》是我国第一本有关介入放射学基础研究、临床应用等方面的学术性期刊。是中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、《中文核心期刊要目总览》临床医学/特种医学类核心期刊、中国科学引文数据库来源期刊、《中国生物医学文献数据库》(CBM)收录期刊、《中国学术期刊文摘》(CSAD-C)源期刊,并已进入俄罗斯《文摘杂志》(AJ of VINITI)、荷兰《医学文摘》(EMBASE)等 6 个国际检索系统。据 2016 年版中国期刊引证研究报告,本刊 2015 年度核心影响因子为 1.093,在中国科技核心期刊综合评价核心影响因子排名第 195。杂志的宗旨是介绍介入放射学方面最新的学术成果和临床经验,范围涵盖神经介入、心脏介入、血管介入、肿瘤介入、非血管介入等各个方面。具有内容丰富、资料新颖、学术性强、编辑规范等特色,创刊以来受到国内外介入放射学界的重视与欢迎,对我国介入放射学事业起到了积极的推动和促进作用。2002 年曾被评为第 3 届华东地区优秀期刊。杂志为大 16 开铜版纸印刷,国内外公开发行。中国标准连续出版物号:ISSN 1008-794X, CN31-1796/R, 可在全国各地邮局订购,邮发代号:4-634。也可直接向编辑部订购。为满足广大作者与读者的需要,本刊 2017 年为月刊,92 页,每月下旬出版,每期定价 15 元,全年 180 元。编辑部地址:上海市长宁区华山路 1328 号,邮政编码:200052,联系电话:021-62409496。