

DOI: 10.12209/CAIM202210080001

· 中西医结合临床案例 ·

1例原发性醛固酮增多症患者 二次外科手术的护理体会

赵彬彬, 沈学敬

(河南省汝阳县人民医院 普外二科, 河南 汝阳, 471200)

摘要: 总结1例原发性醛固酮增多症患者经腹膜后途径二次腹腔镜手术的护理要点。术前加强对高血压和低血钾的管理和干预,做好脑出血、脑灌注不足、心力衰竭、跌倒的应急处理,制定个性化饮食方案和心理指导;术后加强出血、休克的观察及预防,以及改良式引流管的护理。

关键词: 原发性醛固酮增多症; 外科手术; 腹腔镜; 术后护理

Nursing of a patients with primary aldosteronism requiring second operation

ZHAO Binbin, SHEN Xuejing

(Second Department of Surgery, Ruyang People's Hospital, Ruyang, Henan, 471200)

ABSTRACT: This paper summarized the key points of nursing in a patient with primary aldosteronism requiring second operation of retroperitoneal laparoscopy. Nursing key points were as follows: preoperative management and intervention on hypertension and hypokalemia, emergency treatment for cerebral hemorrhage, cerebral hypoperfusion, heart failure and falls, personalized diet plan, psychological guidance, observation and prevention of postoperative bleeding and shock, and improvement of drainage tube maintenance.

KEY WORDS: primary aldosteronism; surgery; laparoscope; postoperative nursing

原发性醛固酮增多症简写原醛症,又称Conn综合征,是指肾上腺皮层分泌过多的醛固酮所引起,主要临床症状为高血压、醛固酮高、低钾血症、肌软弱无力或周期性瘫痪等,原发性醛固酮增多症病变体积直径多在2 cm以内,对于直径 ≤ 6 cm的肾上腺瘤来说,腹腔镜单侧肾上腺全切术已经成为“金标准”^[1],腹腔镜术后血醛固酮及血钾大部分可恢复正常,血压治愈患者能够达80~99%^[2-3]。但本例患者术后1年内,症状一直未缓解,术后一年需要进行二次手术,反复入院治疗,患者的心理及经济负担沉重,采用气管内麻醉易并发肺部感染,瘤体切除后,易出现电解质紊乱、腹腔内出血、靶器官损害、低血压、心动过速等休克症状^[4],给治疗及护理带来很大的困难。经过整合式治疗和综合护理,给予密切观察并积极预防并发症,该患者高血压、低钾血症显著改善,治疗效果明显,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

患者女性,46岁,3年前患者无明显诱因出现高血压,伴低钾血症,间断口服降压药物及补钾治疗,效果不佳。14个月前检查时发现“左侧肾上腺区占位”,无腰痛,无发热,无腹痛腹胀等。1年前行手术治疗,术后患者高血压、低钾血症无明显缓解。1月前复查64排CT示:左肾上腺区见一圆形低密度影,大小约1.7 cm $\times$ 1.2 cm,醛固酮化验值870.35 pg/mL,钾(K)2.3 mmol/L。继续口服药物治疗,效果不佳,以“左侧肾上腺占位”收治入院,入院诊断:左肾上腺占位。焦虑状态:应用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分21分,为中度焦虑。高血压四项:血管紧张素I(37℃)值1.8 ng/mL,血管紧张素I(4℃)值为0.60 ng/mL,肾素活性(PRA)值为1.2 ng/(ml $\cdot$ h),醛固酮化验值为870.35 pg/mL,血浆醛固酮与血浆肾素活性的比值(ARR)72.539(原醛症)。血生化:K 2.2 mmol/L(低钾血症)。

收稿日期:2022-10-08

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

术前给予低盐、低脂饮食。给予降压药物硝苯地平 20 mg 口服, 2 次/d, 并测量血压, 2 次/d。口服氯化钾缓释片 1g, 3 次/d, 静脉补钾治疗。给予螺内酯 20 mg, 3 次/d, 拮抗醛固酮。各项指标在正常范围, 给予心理指导, 患者能以良好的心态接受手术。于 2021 年 3 月 20 日全身麻醉下行经腹膜后途径腹腔镜下左侧肾上腺肿瘤切除术, 术中做好手术配合及病情观察, 遵医嘱应给予药物应用, 维持血压、心率稳定, 手术顺利。术后第 5 天拔除左腹膜后引流管。患者术后第 11 天血压和血钾恢复正常, 康复出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 血压、血钾的管理和干预: 血压平稳是手术治疗顺利开展的基础, 预防血压剧烈变化, 控制血压平稳下降是术前护理工作重点。患者入院血压: 收缩压波动 140 ~ 165 mm Hg, 舒张压波动 90 ~ 100 mm Hg。给予口服降压药物硝苯地平缓释片 20mg, 2 次/d。遵医嘱术前每天测血压 2 次, 或根据病情随时监测。观察患者用药后反应, 告知患者高血压的相关知识及服药后可能出现头疼、面红或皮肤发红并伴有热感、上下肢红肿等。为患者及家属讲解瘤体受到刺激时, 会导致醛固酮分泌过多, 进而导致血压出现剧烈变化。患者瘤体位于左侧盆腔, 应避免挤压、按摩等刺激下腹部及盆腔动作, 保持平卧位、右侧卧位休息。进行体位变换时, 要动作轻缓, 避免蹲便、憋尿, 保持大便通畅。术前 1 周患者血压平稳下降至收缩压 131 ~ 140 mm Hg, 舒张压 77 ~ 91 mm Hg。

患者术后易发生高血压和碱中毒, 这是由于过多的醛固酮作用在肾远曲小管, 钠-钾互相交换增多, 导致钠水潴留和低血钾^[2]。患者出现不同程度的头痛、肌肉无力和抽搐、乏力症状, 严重时可突然跌倒。护理人员做好跌倒、坠床危险因素的评估, 每班询问患者, 及时满足患者的生活需求, 告知活动时有家属陪护, 避免跌伤。遵医嘱给予静脉补钾, 速度以 40 ~ 60 滴 / min 为宜, 以免造成患者静脉的刺激性疼痛。遵医嘱监测尿量, 每小时尿量 > 50 mL, 平均 24 小时尿量为 2200 mL。定期复查血钾, 维持血钾在正常值范围内^[5]。经干预后患者无跌倒发生, 用药 7 d 后头痛、乏力症状逐渐减轻, K 4.3 mmol/L, 心率 < 100 次 / min。

2.1.2 运用“知-信-行”模式适时饮食调节:

患者入院时 K 2.2 mmol/L (低钾血症), 低钾出现腹胀、乏力、厌食症状。根据患者的病情制定了个体化的饮食方案, 向患者讲解低钾可能出现的恶心、呕吐、腹胀乏力、肌无力症状和心动过速、肠麻痹、呼吸衰竭等并发症。“知”: 使患者认识到低钾对自身疾病的影响, 给予低钠、高热量饮食, 并禁用一切用盐腌制的食品, 如咸肉、香肠、咸蛋等, 每日食盐量不超过 5g, 禁用辛辣食物, 宜用植物油烹调^[6]。“信”: 患者相信护士给予的饮食指导正确有效。“行”: 患者食欲下降, 能够依据指导, 改变自己的饮食^[7], 选择自己喜欢的食物, 少量多餐, 并辅以含钾高的水果如香蕉、橘子等。患者术前血钾上升至 4.3 mmol/L, 低钾血症得到改善。

2.1.3 心理护理: 入院后患者面对需要再次进行手术的现状, 担心再次手术依旧无法缓解病情, 内心焦虑。应用 HAMA 量表评定为 21 分 (中度焦虑)。建议通过“话疗和话聊”, 让手术后恢复良好的患者现身说法, 以达到消除其紧张恐惧及焦虑情绪的目的。术前责任护士多次绘制泌尿系统简易解剖图, 通过图画简单模拟手术方式与过程, 并向患者及家属介绍手术的目的、预期效果, 使患者和家属能够清晰形象的看到身体构造和手术方式与过程。画图讲解后, 责任护士询问患者内心想法, 进行开放式提问, 鼓励和引导患者说出自己内心真实想法与感受, 疑惑和焦虑的问题, 针对患者的问题进行多次耐心的解答, 逐步打消了患者及家属的疑虑。经心理护理后, 再次应用 HAMA 进行评估, 患者评分 6 分 (无焦虑), 患者能以良好的心态积极配合治疗, 接受手术。

2.2 术后护理

2.2.1 严密监测血压变化: 患者术后清醒后返回病房, 遵医嘱给予持续心电监护持续监测脉搏、心率、血压, 氧气吸入。术后盐皮质激素突然减少, 钠离子及水大量排出, 会出现体液相对不足的情况; 大量钾离子随尿液排出, 患者容易发生低血压及低钠、低钾。围手术期并发症发生率在 5% ~ 15%^[4], 低钾后心电图示: 心动过速、T 波平坦, 倒置, 出现 U 波。每 30 ~ 60 mn 观察心电波形变化, 患者有无反应迟钝、定向力减退、嗜睡症状, 遵医嘱补充水、电解质, 应密切监测血压和血生化检查等结果。术后 4 h 每小时测量 1 次血压, 血压波动在 117 ~ 136/70 ~ 85 mm Hg, 血压平稳后之后改为每小时测量 1 次血压, 持续监测 4 d, 血压波动 115 ~ 145/65 ~ 91 mm Hg, 遵医嘱停止心电

监护监测,改为每天测血压2次,或根据病情随时监测。患者未用降压药血压波动在120~135/70~90 mm Hg,血钾维持在3.9~4.2 mmol/L。

2.2.2 腹腔内出血的观察与预防:经腹腔镜途径肾切除术能降低机体的应激反应,减低肿瘤因子水平,利于患者肾功能恢复,且安全性高^[8]。但是由于术中应用气腹使后腹腔压力高,可以使压力小的血管闭合不出血,但是当压力解除后可出现继发性出血^[9]。术后组织夹脱落,肾上腺动、静脉继发出血等都可以起术后出血。腹腔内出血是腹腔镜手术的主要并发症。术后应密切观察腹部体征及腹膜后引流管及切口渗液的颜色、量及性质。由于腹腔镜手术是用组织夹来处理肾上腺血管,频繁呕吐和剧烈咳嗽等增加腹内压的因素,都可能导致组织夹脱落而引起大出血的,因此应避免剧烈咳嗽引起内出血。术后如出现切口渗血突然增多、颜色鲜红和腹部阳性体征,引流液鲜红,24 h引流量约50 mL,超过300 mL并为血性^[10],或出现血压下降、面色苍白、心慌气短、心率增快、四肢湿冷等出血性休克症状,提示有活动性出血的存在。嘱患者制动,并遵医嘱给予酚磺乙胺针等止血药物,有效控制出血。患者生命体征平稳,心率<100次/分,无大出血的发生。

2.2.3 腹胀的观察及护理:经腹腔镜途径手术,临床常引发肠麻痹导致腹胀。由于患者术后需要禁食,钾摄入不足,易产生低钾,引发腹胀。腹胀使伤口张力增高,影响切口愈合,并使膈肌升高,影响呼吸功能。术后8 h生命体征平稳后改半卧位,鼓励患者适当床上活动,有利于引流及改善呼吸功能。术后4~5 d协助患者下地活动,促进排气、排便,减轻腹胀。患者无便秘无腹胀的发生。

2.2.4 引流管的护理:①防脱管:引流管脱管后极易引起腹膜后血肿、腹腔后积液。护士首先应做好管道评估及宣教,用“高举平台法”将引流管妥善固定在腰部,引流袋低于引流口位置60 cm,床头悬挂防脱管标识,指导患者在翻身活动时避免因过度牵拉而致引流管脱落。②保持引流管通畅:每班每2小时将引流管从近心端向远心端挤捏,避免引流管堵塞,密切观察引流液的颜色、量及性质并记录。③引流袋更换:每周更换引流袋2次,每次更换时用止血钳夹闭引流管。④排痰:此类患者多采用气管内插管麻醉,术后气管内分泌物多,加上切口处疼痛,容易发生肺部感

染,鼓励患者做深呼吸及咳嗽,协助翻身叩背,必要时给予雾化吸入帮助痰液排出。⑤引流口观察:观察切口有无红肿、有无渗液等表现,保持敷料清洁干燥,有渗出、松动及时更予更换。⑥应对意外脱管:教会患者及家属当引流管脱出时应立即捏住引流口并及时通知医务人员。⑦拔除引流管:术后第1天引出50 mL暗红色血液,术后第2—4天均引出10 mL暗红色血液。术后2—3天,每天引流量<20 mL可拔除引流管^[10];术后第5天24 h时引流量<5 mL,给予拔除左腹膜后引流管。护理人员应在拔除后观察患者有无渗血、胸闷、发烧、乏力等症状。

2.3 健康教育

指导患者出院后4—6周复查B超、血醛固酮、血钾、血压,以判断疾病的治疗效果及康复情况。指导患者自我心理调节,保持豁达开朗的心情和稳定的情绪,规律生活,劳逸结合,3个月内避免重体力活动,合理饮食,以清淡、营养、富含维生素、高纤维素为主,保持大便畅通,避免感冒,预防腹内压增高。如血压波动,可根据血压调整药物应用,直至血压波动正常后停止药物应用^[11]。

3 讨论

原发性醛固酮增多症分泌醛固酮激素,瘤体切除后,激素分泌不足易出现电解质紊乱、腹腔内出血、低血压、心动过速等休克症状,造成患者手术风险极高、治疗护理难度大。术前应积极对血压的管理和干预,加强血钾监测和患者焦虑情绪的护理;术后加强并发症的预防与护理,完善改良式引流管的观察和护理。基于快速康复理念,应用“知、信、行”护理模式指导患者主动控制血压、血钾及饮食调节,为手术顺利进行奠定基础。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 郭旭东,王翰博,蒋绍博,等.腹腔镜肾上腺全切术与部分切除术治疗肾上腺醛固酮腺瘤的对比研究[J]. 山东大学学报(医学版), 2011, 49(11): 146-150.
GUO X D, WANG H B, JIANG S B, et al. Laparoscopic partial versus total adrenalectomy for aldosterone-producing adenoma [J]. J Shandong Univ

- Health Sci, 2011, 49(11): 146-150. (in Chinese)
- [2] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册: 2014 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- NA Y Q, YE Z Q, SUN Y H, et al. Chinese Guidelines for Diagnosis and Treatment of urological diseases, 2014 [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, Co., Ltd, 2014. (in Chinese)
- [3] 陈云江, 龚艳春, 戴军, 等. 腹腔镜在手术治疗原发性醛固酮增多症中应用[J]. 临床军医杂志, 2018, 46(4): 468-470.
- CHEN Y J, GONG Y C, DAI J, et al. Application of laparoscopy in that surgical treatment of primary aldosteronism [J]. Clin J Med Off, 2018, 46(4): 468-470. (in Chinese)
- [4] 彭欢, 孙兆林, 罗光恒. 单侧原发性醛固酮增多症的外科治疗[J]. 现代泌尿外科杂志, 2018, 23(1): 69-72.
- PENG H, SUN Z L, LUO G H. Surgical treatment of unilateral primary aldosteronism [J]. J Mod Urol, 2018, 23(1): 69-72. (in Chinese)
- [5] 李霞, 魏力. 腹腔镜治疗原发性醛固酮增多症患者的围手术期护理[J]. 中华护理教育, 2013, 10(6): 269-271.
- LI X, WEI L. Perioperative nursing of laparoscopic surgery for patients with primary hyperaldosteronism [J]. Chin J Nurs Educ, 2013, 10(6): 269-271. (in Chinese)
- [6] 孙燕. 155 例低钾血症患者的病因分析与防治对策[D]. 杭州: 浙江大学, 2012.
- SUN Y. Cause analysis and control measures for 155 cases of patients with hypokalemia [D]. Hangzhou: Zhejaing University, 2012. (in Chinese)
- [7] 苏晓宏, 余小虎. 知信行模式的护理干预对高血压患者自护能力、生活质量及血压控制的影响[J]. 中国初级卫生保健, 2019, 33(8): 102-103.
- SU X H, YU X H. Effect of KAP nursing intervention on self-care ability, quality of life and blood pressure control of hypertensive patients [J]. Chin Prim Health Care, 2019, 33(8): 102-103. (in Chinese)
- [8] 刘克普, 李智斌, 阮东丽, 等. 后腹腔镜下根治性肾切除术治疗肾癌的效果及对患者肾功能的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(4): 87-89.
- LIU K P, LI Z B, RUAN D L, et al. Effect of retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy in the treatment of renal carcinoma and its influence on renal function of patients [J]. Clin Res Pract, 2021, 6(4): 87-89. (in Chinese)
- [9] 黄向江, 方烈奎, 张轶庠, 等. 腹腔镜术中腹膜后大血管损伤的处理[J]. 中华泌尿外科杂志, 2013, 34(6): 448-450.
- HUANG X J, FANG L K, ZHANG Y X, et al. Management of major blood vessel injury during urological laparoscopic surgery [J]. Chin J Urol, 2013, 34(6): 448-450. (in Chinese)
- [10] 中华医学会. 临床技术操作规范·泌尿外科分册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013.
- CHINESE MEDICAL ASSOCIATION. Technology Code of Clinical Practice: Division of Urology [M]. Beijing: People's Military Surgeon Press, 2013. (in Chinese)
- [11] MATTSSON C, YOUNG W F. Primary aldosteronism: diagnostic and treatment strategies [J]. Nat Clin Pract Nephrol, 2006, 2(4): 198-208.

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。