

- 白-1 及其相关信号链酶表达的影响. 中华危重病急救医学, 2013, 25:154-158.
- [13] 李阳, 张新日, 陈丽丽. 小窝蛋白-1 在大潮气量机械通气大鼠肺组织中的表达. 国际呼吸杂志, 2013, 33:881-884.
- [14] Lv XJ, Li YY, Zhang YJ, et al. Over-expression of caveolin-1 aggravate LPS-induced inflammatory response in AT-1 cells via up-regulation of ePLA2/p38 MAPK. Inflamm Res, 2010, 59:531-541.
- [15] Zhang H, Sun GY. LPS induces permeability injury in lung microvascular endothelium via AT₁ receptor. Arch Biochem Biophys, 2005, 441:75-83.
- [16] 李旭, 张晓娟, 马晓春. 肝素对脂多糖诱导内皮细胞损伤中基质金属蛋白酶及其组织抑制剂基因表达的影响. 中国危重病急救医学, 2012, 24:490-492.
- [17] 刘秀娟, 穆恩, 梁英健, 等. 高糖培养脂多糖刺激下肺脏微血管内皮细胞通透性改变及 DDAH/NOS/NO 失衡在其发生机制中的作用. 中华危重病急救医学, 2013, 25:140-144.
- [18] 徐淑凤, 王平, 梁志欣, 等. 脂多糖诱导肺微血管内皮细胞炎性损伤机制的探讨. 中华结核和呼吸杂志, 2011, 34:816-820.
- [19] Tirupathi C, Shimizu J, Miyawaki-Shimizu K, et al. Role of NF- κ B-dependent caveolin-1 expression in the mechanism of increased endothelial permeability induced by lipopolysaccharide. J Biol Chem, 2008, 283:4210-4218.
- [20] Hu G, Vogel SM, Schwartz DE, et al. Intercellular adhesion molecule-1-dependent neutrophil adhesion to endothelial cells induces caveolae-mediated pulmonary vascular hyperpermeability. Circ Res, 2008, 102:e120-131.
- [21] Bogatcheva NV, Zemsanova MA, Kovalenkov Y, et al. Molecular mechanisms mediating protective effect of cAMP on lipopolysaccharide (LPS)-induced human lung microvascular endothelial cells (HLMVEC) hyperpermeability. J Cell Physiol, 2009, 221:750-759.
- [22] 王立军, 胡国昌. Caveolae 介导的跨细胞转运与血管内皮通透性. 国际麻醉学与复苏杂志, 2010, 31:60-62, 15.

(收稿日期:2013-07-01)

(本文编辑:李银平)

· 经验交流 ·

嗜铬细胞瘤致高血压危象并发消化道出血的急救与护理

赵园媛

嗜铬细胞瘤能够分泌儿茶酚胺, 患者可因血压升高造成心、脑、肾血管的损害, 甚至可因高血压危象发作而危及生命^[1]。2013 年 2 月本科收治 1 例误诊为原发性高血压的嗜铬细胞瘤患者, 现就其住院期间的急救与护理经过报告如下。

1 临床资料

患者男性, 65 岁, 因阵发胸闷、憋气伴头晕、恶心、心悸入院, 既往有高血压史 20 年, 未规律治疗, 患者入院时血压 170/100 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 心率 90 次/min, 律齐, 立即遵医嘱给予降压、扩张冠状动脉(冠脉)、抗凝等治疗。入院后患者胸痛频繁发作, 行冠脉造影+冠脉介入治疗术(PCI), 于前降支中段病变处置入 2 枚支架。术中血压升至 190/110 mm Hg, 同时伴面色苍白、大汗淋漓, 遵医嘱给患者含服卡托普利、静脉泵入压宁定后血压降至正常; 术后血压在 105/75~220/130 mm Hg, 心率 100~120 次/min, 伴憋气、剑突下不适。术后 8 h 患者突然呕吐暗红色液体 200 mL, 伴面色苍白、大汗, 考虑上消化道出血, 经胃管注入凝血酶、冰 0.9% 氯化钠溶液洗胃, 同时禁食水、胃肠减压、洛赛克抑酸及保护胃黏膜等治疗, 情况好转, 术后 6 d 病情基本稳定。根据患者血压波动大、交感神经功能亢进等表现, 结合实验室检查结果, 诊断为嗜铬细胞瘤, 转入泌尿外科进行相关手术。

2 急救护理的注意事项

2.1 保持呼吸道通畅:抬高患者床头 15°~30°, 及时清理呼吸道分泌物, 吸氧, 必要时及早行气管切开。

2.2 预见性护理:有文献报道, 部分患者消化道大出血前 3 d 的脉搏明显增快, 此现象早于其他症状如胃部不适、头晕、心悸等出现^[2]。由于该患者有再次呕血危险, 护士应增强预见性

识, 采取护理措施, 术后 24 h 心电监护, 监测患者脉搏、血压、心率、呼吸、意识、皮温、血氧饱和度等, 记录尿量、呕吐物、大便情况, 做好抢救准备。切不可随意停用或间断服用降压药, 以免发生因不合理用药导致的高血压危象^[3]。

2.3 并发症的观察与护理:①高血压患者血管张力大, 包扎后针眼愈合不好易发生渗血造成皮下血肿, 应予以高度关注。②PCI 治疗可造成血管内膜损伤, 或因穿刺部位包扎过紧、压迫过重使肢体缺血, 引起动脉血栓形成或栓塞, 需密切观察患者术肢远端动脉搏动及皮温, 询问有无肢体麻木、疼痛等。③护理操作检查时应避免刺激肿瘤区, 排尿时一定要有家属或护士监护, 防止在排尿中突然发生高血压危象, 以便及早发现和处理^[4]。

2.4 转科指导:做好转科前宣教, 告知患者药物服用方法、注意事项及出院后可能出现的情况; 指导患者调整膳食, 以清淡、易消化、低盐、低脂、低胆固醇饮食为主, 保持大便通畅; 戒烟戒酒, 保持愉快心情, 适当进行体力活动, 如打太极拳、八段锦等^[5]。控制心血管疾病危险因素, 定期复诊。

参考文献

- [1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1689-1690.
- [2] 王烁, 潘世芬, 李春盛. 8 例 SARS 合并上消化道出血患者的临床特点分析. 中国危重病急救医学, 2004, 16:595.
- [3] 胡大一. 高血压急症——新认识与临床实践. 中国危重病急救医学, 2003, 15:516-518.
- [4] Jemec GB, Martins L, Claessens I, et al. Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. Br J Dermatol, 2011, 164:330-335.
- [5] 陶丽丽, 马晓昌. 原发性高血压中医辨证分型的研究进展. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15:190-192.

(收稿日期:2013-10-18)

(本文编辑:李银平)