

颅内动脉瘤介入栓塞术围术期的护理

刘彩萍¹,高永芳¹,刘云华²

(1. 南华大学附属南华医院神经外科,湖南 衡阳 421002;2. 南华大学医务所)

摘要: **目的** 分析总结颅内动脉瘤介入栓塞术围术期的护理。**方法** 对21例行介入栓塞术的颅内动脉瘤患者在术前进行一般护理、心理护理和充分的术前准备;在术后进行一般护理、舒适护理、密切的病情观察,以及住院期间并发症的观察、预防及护理等进行总结。**结果** 1例呈植物生存(术前已浅昏迷),2例术后偏瘫,18例治愈出院,2例偏瘫患者出院后3个月回访中1例可以下床行走,另1例肌力基本恢复,生活能自理。**结论** 护理人员精心的围手术期护理是保证颅内动脉瘤患者介入栓塞术成功的基础。

关键词: 颅内动脉瘤; 栓塞术; 围术期; 护理

中图分类号:R473.74 **文献标识码:**B

颅内动脉瘤是颅内血管壁的囊性膨出,多因动脉壁局部薄弱和血流冲击而形成,极易破裂出血,是蛛网膜下腔出血最常见的原因之一。主要表现为剧烈头痛、呕吐、意识障碍、脑膜刺激征等,严重者出现颅内压增高引起枕骨大孔疝而致呼吸骤停。以往直接开颅动脉瘤蒂夹闭术是其主要的治疗手段,但损伤大,致残率高。随着现代医疗技术的迅速发展,介入栓塞疗法以安全、方便、快捷、损伤小的特点越来越赢得医疗界、患者及家属的关注^[1]。但好的治疗效果需要高质量的护理,减少并发症、降低致残率,围手术期护理至关重要。2009年1月~2012年12月,本科室对21例颅内动脉瘤患者行介入栓塞术,通过一系列护理措施,取得了满意效果。现报道如下。

1 临床资料

2009年1月~2012年12月,本科室收治颅内动脉瘤患者62例,均经全脑血管造影(DSA)确诊并明确动脉瘤的位置、形态、大小和数目等。其中有21例患者行介入栓塞术治疗,男8例,女13例,年龄38~69岁,平均48.5岁,该组患者均在全麻下经股动脉穿刺置管,采用电解可脱弹簧圈栓塞治疗。术毕当天入重症监护室(ICU)监护,第二天转入普

通病房。

2 护理方法

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 密切观察患者的意识、瞳孔、生命体征及肢体活动情况,嘱患者绝对卧床,抬高床头30°,禁止坐起或下床,避免突然改变体位;保持病室安静,避免声、光刺激和频繁接触,减少不必要的探视,稳定患者情绪;饮食清淡富含纤维素,遵医嘱每晚酚酞片1片口服,保持大便通畅,避免用力排便;保持呼吸道通畅持续低流量吸氧,预防感冒避免用力咳嗽;控制癫痫发作,保证充足睡眠,预防再出血。本组有1例患者入院时为嗜睡,后因情绪激动致再出血而意识改变为浅昏迷,术后一直呈植物状态。

2.1.2 心理护理 此类患者多突然发病,病情发展迅速,家属常出现震惊、焦虑、恐惧等心理问题;且部分患者或家属文化水平低、医学知识缺乏,谈瘤色变。护理人员要切实做好患者与家属的解释工作,告知动脉瘤并非肿瘤,是可以治愈的。并请采用该手术治疗成功的患者或家属现身说法,帮助患者树立信心,减轻恐惧或焦虑心理。

2.1.3 术前准备 完善各项实验室检查如血常规、肝肾功能、心肺功能、凝血功能等,练习床上大小便时术侧肢体制动及伸髋平卧24h翻身方法,术前一天双侧腹股沟区备皮,做好抗生素皮试,术前禁食12h、禁水8h,对心理紧张及睡眠差的患者,按医嘱给予镇静剂,女性病人了解月经情况。术前用药后

换好手术衣、裤,有假牙者取下假牙,与手术室护士做好患者管道、皮肤、病历及影像资料的交接。留置针尽量选择在上肢。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 21 例患者术毕当天均送入 ICU 监护,去枕平卧头偏向一侧,麻醉苏醒 6 h 后抬高床头 15 ~ 30°,始终保持呼吸道通畅,持续低流量吸氧。术侧下肢制动,穿刺部位加压包扎后沙袋压迫 8 h,髋关节保持伸直位 24 h,防止伤口渗血。搬动患者或翻身时,应使头颈部呈一直线,防止头颈部过度扭曲或震动。患者转入普通病房后仍需保持病房安静,限制探视人员,避免情绪激动,注意保暖。术后当天禁食,第二日予流质或半流质饮食,以清淡、营养丰富、富含纤维素的食物为主,鼓励多饮水促进造影剂排泄。昏迷患者留置胃管行鼻饲饮食,注意消化道有无出血,留置尿管保持大小便通畅。

2.2.2 舒适护理 介入术后术侧下肢伸直制动 24 h,长时间被动体位患者易出现腰酸背痛等不适,护士应向患者及家属解释正确卧位的重要性,让其明白制动是防止穿刺点出血,并能主动配合。若患者想翻身时,护士会紧紧按压穿刺点,助其向术侧翻身 60°,或向对侧翻身 20 ~ 30°,保持髋关节伸直,对侧下肢可自由屈伸,从而减轻限制性体位导致的躯体疲劳^[2]。

2.2.3 病情观察 密切观察并记录患者的意识、瞳孔、生命体征变化及肢体活动情况。动脉瘤破裂出血的患者因血液刺激疼痛敏感结构或颅内压高会产生头痛症状,介入术后脑血管痉挛、脑血流过度灌注也会头痛,再出血加重头痛。应仔细观察头痛部位、性质和持续时间,区分原因对症处理。本组有 10 例患者为术后脑血管痉挛致头痛,经对症处理后缓解。有 2 例患者出 ICU 后股动脉鞘管仍未拔,应注意观察足背动脉搏动情况,防止鞘管扭曲和脱出。并在拔鞘管后局部按压 20 min,2 例患者穿刺处均未出现渗血及血肿、瘀斑。

2.3 并发症的观察、预防及护理

2.3.1 脑血管痉挛 动脉瘤破裂后 4 ~ 14 天是脑血管痉挛的高峰期^[3],患病率高达 70%,其中 17 ~ 40% 将并发神经功能障碍^[4]。主要因血性脑脊液刺激脑膜及介入术中微导管导丝和栓塞材料对血管壁刺激引起,也可由操作不当引起,表现为头痛、意识障碍加重、肢体瘫痪和麻木、失语等。常规使用尼莫地平,该药是新一代钙离子通道阻滞剂,有扩脑血

管的作用^[5],可预防脑血管痉挛。术后继续使用 7 ~ 10 天,并观察有无胸闷、面色潮红、血压下降等不良反应,注意避光输注,4 mL/h 微量泵持续泵入保证血药浓度。本组有 14 例患者其中 4 例在术前、10 例在术后出现顽固性头痛,意识改变不明显,经持续尼莫地平微量泵泵入,及栓塞术后定时行腰椎穿刺脑脊液置换术^[6],脑血管痉挛症状逐渐缓解。

2.3.2 脑梗死 主要是由于瘤内血栓脱落或栓塞材料脱落堵塞血管所致,术前规范给药和术中规范操作能有效降低栓子脱落,包括全身肝素化、不间断给导管冲水和排除空气等。若出现偏瘫、失语甚至意识不清应考虑脑梗死,嘱患者绝对卧床休息,保持平卧,遵医嘱予尿激酶等溶栓治疗并做好抢救准备。溶栓治疗时应注意一切操作宜轻柔,各种注射或穿刺后按压时间延长至 5 min 以上,定时监测凝血机能。本组有 2 例术后肢体偏瘫,经 CT 或 MRI 检查确诊为脑梗死,予对症处理。出院后 3 个月回访中 1 例可以下床行走,另 1 例肌力基本恢复,生活能自理。

2.3.3 动脉瘤再破裂 动脉瘤破裂出血后若不能得到及时正确的处理,有 40% 病例在 3 周内会发生再次出血,再出血的死亡率高达 80%^[7]。再出血可发生在动脉瘤闭塞前的任何时候,也可发生在术中或术后,多因血压、颅内压波动和手术中机械刺激引起^[8]。故栓塞时应控制好血压和患者情绪,使其处于安静配合状态,术后也要严密监护,密切观察意识、瞳孔、生命体征和肢体活动情况,告知患者及家属如剧烈咳嗽、用力排便、情绪激动、体位变动过快过猛,睡眠不好,烦躁不安等都可能诱发再出血。本组有 1 例患者首次出血后意识嗜睡,家属一直犹豫不能决定是否做手术,住院 5 天时患者因家庭琐事情绪激动再次出血,意识障碍加重为浅昏迷,立即予介入栓塞术,但术后患者意识障碍一直无好转,呈植物生存。

2.3.4 穿刺点局部血肿 多发生在介入术后 6 h 内,主要与术中肝素过量或凝血功能障碍,术后穿刺肢体频繁活动或局部压迫力度过小有关。因此介入术后穿刺处按压 20 min 后,局部加压包扎并用沙袋压迫 8 h,穿刺下肢制动 24 h。严密观察术侧肢体皮肤颜色和温度、末梢血运及足背动脉搏动情况,严格交接班,发现异常及时报告医生处理。本组无 1 例患者出现穿刺点血肿。

2.3.5 下肢血栓形成 栓塞过程中血管内皮受损

可造成动脉血栓;患者肢体瘫痪加上凝血机制改变易造成下肢静脉血栓。故在患者术后6 h生命体征稳定的情况下,应适当按摩患肢尤其是小腿下部,或使用弹力长筒袜,以降低血栓发生率。如发现足背动脉搏动减弱、皮温降低颜色苍白、下肢疼痛,应警惕下肢血栓栓塞。本组无1例患者出现下肢血栓。

3 讨 论

颅内动脉瘤破裂出血是神经外科的常见疾病,在脑血管意外中居第三位,仅次于脑血栓形成和高血压性脑出血。因其发病时病情危急,作为护理人员在术前不仅应严密观察病情、积极进行术前准备,还要根据患者及家属不同的知识层次与心理承受能力,热情主动地沟通,缓解其焦虑与恐惧心理,使其身体和心理情况都稳定在最佳状态以迎接手术。本组有1例患者首次出血后5天因情绪激动再次出血,意识障碍加重为浅昏迷,立即予介入栓塞术,但术后患者意识障碍一直无好转,呈植物生存。

在术后作为护理人员也不能放松警惕,既要尽量保证患者舒适,更要严密观察病情积极预防并发症。本组21例患者中有4例在术前、10例在术后出现顽固性头痛,意识改变不明显,医生考虑为脑血管痉挛,予对症处理后缓解;另有2例术后脑梗死致肢体偏瘫,经积极处理出院后3个月回访中1例可以下床行走,另1例肌力基本恢复,生活能自理。

总之,护理人员的精心护理如:术前一般护理、心理护理、充分的术前准备;术后一般护理、舒适护

理、密切的病情观察;及整个住院期间并发症的观察、预防及护理等可以减少并发症、降低致残率、提高患者生存质量,是保证颅内动脉瘤患者介入栓塞术成功的关键,是治疗中不可缺少的环节。本组21例患者中除1例呈植物生存外,2例偏瘫患者3个月后1例可下床行走,另1例生活能自理,其余18例均治愈出院。

参考文献:

- [1] 吴怀英. 弹簧圈栓塞治疗颅内动脉瘤蛛网膜下腔出血患者的护理[J]. 中华护理教育, 2012, 9(1): 30-31.
- [2] 夏昌华, 陈红梅, 黎华, 等. 颅内动脉瘤栓塞术患者健康教育需求与指导[J]. 护士进修杂志, 2006, 21(11): 1008-1009.
- [3] 胡锦清, 林东, 沈建康, 等. 脑血管痉挛高峰期栓塞破裂动脉瘤[J]. 中华放射学杂志, 2005, 39(5): 480-483.
- [4] 陈罡, 杭春华. 蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛的治疗现状及临床进展[J]. 医学研究生报, 2006, 19(6): 569-572.
- [5] 王丹玲, 赵丽萍, 杨晓艳, 等. 电解可脱卸弹簧圈栓塞破裂动脉瘤患者³H治疗的护理[J]. 解放军护理杂志, 2008, 25(2): 49-50.
- [6] 孟庆丽, 瞿雨英. 颅内动脉瘤夹闭术围手术期的护理[J]. 当代护士, 2011, 1: 40-41.
- [7] 陆永妹, 刘彦, 童玉梅. 32例颅内动脉瘤介入治疗围手术期的护理[J]. 当代医学, 2011, 17(30): 97-98.
- [8] 黎艳, 杜芸, 鹿兰英, 等. Matrix 电解弹簧圈栓塞治疗颅内动脉瘤的护理[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(13): 1203-1204.

(此文编辑:朱雯霞)