

颅内动脉瘤破裂经血管内介入栓塞治疗的临床护理

王小霞,曹作为,夏 鹰,陈伟明

(海口市人民医院神经外科,海南 海口 570208)

【关键词】 颅内动脉瘤;介入治疗;护理

【中图分类号】 R473.73 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003-6350(2014)03-0465-02

蛛网膜下腔出血(SAH)是临床上一种死亡率和致残率均很高的脑血管疾病,其中颅内动脉瘤破裂出血是其最常见病因。数字减影血管造影(DSA)是诊断颅内动脉瘤的金标准^[1],众多学者一致认为其结果可靠。脑动脉瘤一旦确诊,为防止再次出血,应尽早手术,临床上常以手术夹闭或血管内介入栓塞治疗^[2]。加强住院患者的临床护理对提高患者的手术成功率、提高生存质量,防止再出血都有着非常重要的意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 2 月至 2012 年 4 月我院神经外科收治的 56 例 SAH 患者的临床资料,其中男性 30 例,女性 26 例,年龄 20~76 岁,平均(48.7±8.51)岁。入组病例全部系有症状就诊,重点以突发头痛或者突发意识障碍等典型自发性蛛网膜下腔出血症状入院。所有病例行头颅 CT 平扫均有显示脑内或者颅底脑池及蛛网膜下腔内存在异常的高密度出血灶。56 例患者全部行 DSA 全脑血管造影检查。入组病例中 39 例接受血管内介入栓塞治疗,并在 1 周后均行 CTA 或 DSA 复查。

1.2 手术方法^[3] 气管内插管全麻,用 Seldinger 技术穿刺股动脉,根据颅内动脉瘤的大小、位置等进行定位,DSA 定位后,将微导管头塑形,在路径图引导下导入瘤腔,根据动脉瘤大小选择型号合适的弹簧圈,填塞动脉瘤体。每次脱卸弹簧圈前行血管造影,确保载瘤动脉不受影响。

2 结果

本组 39 例手术成功,术后未见明显并发症。32 例患者痊愈出院,出院时轻度神经功能障碍 3 例,严重神经功能障碍 2 例;死亡 2 例。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 病情及手术方式的介绍 术前主动详细

向患者介绍讲解其疾病的有关知识,血管内介入栓塞治疗动脉瘤的方式及手术的优点和成功病例,初步消除患者及家属的恐惧心理,交待术前注意事项,有助于手术的顺利进行。

3.1.2 心理护理 Mitchell 等^[4]在临床进行了大量研究,良好的心理护理对手术患者及癌症患者的病情变化有着重要作用。许多患者缺乏对手术的认识,充满对手术的恐惧,患者容易有情绪上的应激变化,如过度激动、紧张、兴奋、以及悲伤难过等心理情感变化,这些都可能影响患者病情。因此,心理护理在治疗的过程中都起着非常重要的作用。应多与患者及家属沟通,减轻患者的心理负担。

3.1.3 一般护理 初次出血后的 24 h 内是脑动脉瘤再次出血的高峰期,首次出血后的 14 d 内有累积达 20% 的再次出血率,而动脉瘤再出血的死亡率高达 80%。围手术期的一般护理显得尤为重要,应在此期间告知患者应绝对卧床休息,保持安静,保持情绪稳定,营造一个良好的就手术前环境,并且交待家属,需要减少人员探视。同时避免其头部振动,尽量少搬动患者。协助患者保持大便的通畅。在此期间,如发现患者出现焦虑不安等症状,在排除再出血的前提下,为保证患者休息安全与质量,应遵医嘱适当使用止痛剂。一般护理的前提及原则就是要保证患者行手术前的安全环境及为手术顺利进行做铺垫。

3.1.4 神经外科专科护理 密切观察患者的病情及意识、瞳孔、生命体征等,及时发现异常,做好积极应急处理。做好专科护理的同时做好护理记录,第一时间发现患者病情变化。

3.1.5 常规术前准备 (1)了解患者的药物过敏史,术前口服扩血管药,一定程度上预防脑血管痉挛。(2)了解患者的既往史,协助医生评估患者病情。(3)术前常规检查:检查患者出凝血时间、血小板计数,肝肾功能、电解质、血常规、传染病四项、血糖、

血压等。(4)备皮:患者行腹股沟区和会阴部的皮肤准备。(5)备术中用物:备好造影剂、可脱性弹簧圈、麻醉剂、肝素钠、生理盐水、无菌手套、股动脉穿刺包、动脉加压器及常用的抢救用药等。(6)术前患者准备:术前 6 h 禁食、禁饮,不禁药。术前 30 min 给予镇静剂及留置导尿管处理。

3.2 术中护理

3.2.1 建立静脉通道 配合医生,协助患者卧于导管床上,在患者左侧肢体建立静脉通道的同时保持患者输液管道通畅,防止输液管折叠扭曲,观察注射局部液体外渗情况,若有外渗,需要及时处理。

3.2.2 术中记录 做好护理记录并在术中和医生积极配合沟通。

3.2.3 术中监测 密切观察病情,注意心电监护仪上各项参数及指标,监测患者血压:血压过高是造成动脉瘤破裂出血的重要原因。目前采用控制性低血压是保证手术安全进行的重要措施之一,目前许多专家对这一观点持赞成态度。术中的患者收缩压控制在 100 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),舒张压在 60 mmHg,每小时测 12 次血压,密切观察患者的心率、呼吸及血氧饱和度的变化,并注意患者意识、瞳孔的改变。若心电监测上的各项指标出现异常应及时报告手术医生。

3.3 术后护理

3.3.1 密切观察患者病情 严密监测患者的意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度的变化,以 GCS 评分标准对患者的意识状态进行判断,观察的内容有患者双侧瞳孔的大小,且是否对等、对光反应是否灵敏。术后注意严密观察患者的征兆,如患者有无眩晕、剧烈头痛、呕吐、失语、意识障碍、偏瘫等神经症状出现,如有情况尽快报告医生,及时影像学检查尽早发现脑缺血、脑血栓形成等并发症,以便及时处理。

3.3.2 体位 术后予监护病房,术后绝对卧床 24 h,去枕平卧 6 h,待患者清醒后抬高床头 15°~30°。麻醉未完全清醒前给予适当约束,固定好输液管、导尿管。正确的体位有助于降低颅内压、减轻脑水肿。

3.3.3 穿刺部位护理 加强穿刺部位护理能在一定程度上防止穿刺处血肿发生。术后穿刺侧肢体伸直制动 12 h,并随时观察穿刺部位有无渗血,肢体皮肤的颜色、感觉、温度、足背动脉搏动等情况以及患者肢体末梢血液循环的变化情况^[5],注意患者腹部情况,严格交接班,发现异常及时处理。全麻清醒患者术后 6 h 鼓励多饮水,促进排尿及造影剂的排出,进食蔬菜、水果并加服温和的通便药物,保持大便通畅,避免过度用力。术后在病情许可下让患者逐步进行自行翻身,增加被动肢体活动。

3.3.4 监测血压 保持患者术后正常血压,提高

脑灌注压,满足患侧脑组织足够血容量,防治脑血管痉挛造成的脑梗塞。

3.3.5 并发症的预防及护理^[6] 术后常见的并发症为血栓栓塞和动脉瘤破裂。本组临床研究中,有 3 例术后脑血管痉挛严重造成迟发性脑缺血性损害,2 例出现小范围内脑梗死。为防止并发症的发生,需减少发生并发症的诱因,其诱因主要有各种原因造成的脑血管痉挛、低血压低血容量致脑灌注不足、相对的高凝状态等。

3.3.6 神经功能障碍的康复 本组临床研究中,轻度神经功能障碍 3 例;严重神经功能障碍 2 例。当患者出现偏瘫、失语应及时进行康复治疗。早期应定时翻身,按摩受压部位,防止褥疮发生;进行患肢被动活动,避免肌肉萎缩及关节僵直;及早进行语言功能的恢复训练,可让患者反复练习发言,练口形,尽可能地恢复其语言功能。有些患者需要长期的神经功能锻炼,所以应对出院后患者进行指导使其继续进行功能锻炼。

4 小结

颅内动脉瘤破裂的后果严重,对患者的身心造成重大影响。血管内介入栓塞治疗是目前治疗动脉瘤的主流方法,但是任何手术都有风险,最大程度地提高手术成功率除了与医生技术相关外,还与我们的护理工作也有着重要的关联。所以我们在护理过程中做好各项准备,运用科学的护理方法,有条理针对性地进行临床护理工作,对预防动脉瘤破裂与及时发现病情恶化起着积极重要的作用。心理护理,术前的充分准备、术中与医生的良好配合、术后对病情的严密观察及对并发症的护理观察贯穿整个过程。护理工作在该病治疗过程中至关重要,能够减少术后并发症发生,提高患者生存质量。

参考文献

- [1] Chappell ET, Moure FC, Good MC. Comparison of computed tomographic angiography with digital subtraction angiography in the diagnosis of cerebral aneurysms: a meta-analysis [J]. *Neurosurgery*, 2003, 52(3): 624-631.
- [2] 王洋,白如林. 颅内动脉瘤治疗方法的选择及研究进展[J]. *中华神经医学杂志*, 2010, 9(12): 1294-1295.
- [3] 肖哲,袁军,韩天旺. 血管内栓塞治疗颅内动脉瘤 48 例临床分析[J]. *中华神经医学杂志*, 2011, 10(10): 1070-1072.
- [4] Mitchell O, Durrani A, Price R. Rehabilitation of patients following major head and neck cancer surgery [J]. *Br J Nurs*, 2012, 21(10): 31-37.
- [5] 陈宏玲,刘振川,陈明慧,等. 颅内动脉瘤介入栓塞术治疗蛛网膜下腔出血的护理[J]. *中华护理杂志*, 2006, 41(7): 620-621.
- [6] 袁晓丽,曾芬莲,彭亚敏. 血管内栓塞治疗颅内动脉瘤术中并发症的预防及护理[J]. *护士进修杂志*, 2010, 25(13): 1241-1242.

(收稿日期:2013-09-05)