

颅内动脉瘤夹闭术围手术期护理体会

王 为, 李科琴, 杨 蓉, 王云丽, 白 鹏
(昆明医科大学第一附属医院神经外二科, 云南 昆明 650032)

[关键词] 颅内动脉瘤; 护理; 夹闭术

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 12-0156-03

在脑血管意外中, 颅内动脉瘤破裂仅次于脑梗死和高血压性脑出血, 位居第三. 自发性蛛网膜下腔出血占有脑卒中的 5%~10%, 发病率为 6~20/10 万, 其病因以颅内动脉瘤破裂最为常见, 占 50%~80%^[1]. 颅内动脉瘤是由于脑动脉管壁的局限性异常扩展而形成, 主要是由于动脉管壁局部缺陷和管壁内压力增高而形成. 总结昆明医科大学第一附属医院自 2012 年 2 月至 2013 年 8 月所行的 73 例动脉瘤夹闭术围手术期临床观察及护理及出院随访, 取得了令人满意的结果.

1 临床资料

1.1 一般资料

昆明医科大学第一附属医院自 2012 年 2 月至 2013 年 8 月共行动脉瘤夹闭术 73 台, 其中女性 42 例, 男性 31 例, 年龄 15~70 岁, 平均 50 岁, 其中男性 40~60 岁占男性总人数的 83.87%, 女性 40~60 岁占女性总人数的 73.8%, 40~70 岁占女性总人数的 92.85%. 发病时间 1 周内入院 42 例, 发病时间大于 1 周有 31 例 (其中发病时间小于 30 d 22 例, 1~2 个月 11 例, 3 个月, 4 个月, 6 个月, 8 个月, 11 个月各 1 例)

1.2 动脉瘤的分布部位

脑内动脉瘤有 68 例, 颈内动脉瘤有 5 例. 单发动脉瘤 61 例, 多发动脉瘤 12 例. 左侧动脉瘤 34 例, 右侧动脉瘤 32 例, 双侧动脉瘤 7 例. 其中大脑中动脉动脉瘤有 25 例 (包括 M2 段 2 例, M1 段 4 例, M1M2 段交叉处动脉瘤 5 例) 占脑内动脉瘤的 36.74%. 前交通支动脉瘤有 19 例, 占脑内动脉瘤的 27.94%. 后交通支动脉瘤有 12 例, 占脑内

动脉瘤 17.64%. 大脑前动脉动脉瘤 6 例 (包括 A2 段 3 例, A1A2 交叉处 2 例, A4 段 1 例), 占脑内动脉瘤 8.82%. 前动脉处, 前动脉起始段, 小脑后下动脉, 大脑后动脉 P2 段各 1 例. 颈内动脉床上突动脉瘤, 颈内多发动脉瘤各 1 例.

1.3 动脉瘤的临床表现

动脉瘤发病的主要症状有: 突发剧烈头痛 (57 例)、呕吐 (26 例)、(16 例)、视力下降 (5 例)、意识丧失 (4 例)、肌力下伴有头晕降 (3 例)、癫痫、意识障碍、晕厥各 2 例, 记忆力下降、眼胀痛, 言语不清各 1 例. 此外, 也有无任何临床症状, 外伤发现 3 例, 由 CT 发现 2 例.

1.4 脑膜刺激阳性体征

颈项强直是最广为承认和使用的脑膜刺激征^[2], 本组病人并非所有入院查体时, 颈抵抗均呈阳性, 其阳性反应与发病时间的长短有关, 发病时间较长者, 颈抵抗不容易查出. 而颈抵抗阳性者术后大部分有减轻. 术前 (颈抵抗阳性 38 例, 颈抵抗可疑 7 例, 颈抵抗阴性 28 例). 术后 (术前为阳性, 术后转阴性的有 15 例; 术前阳性, 术后仍为阳性的 2 例; 术前阳性可疑, 术后转为阴性的 1 例.)

1.5 手术方法及结果

在全麻插管下开路行颅内动脉瘤夹闭术 (动脉瘤夹闭术 70 台, 动脉瘤夹闭术 + 血肿清除术 3 台). 73 例患者疗效满意: 治愈 (56 例), 好转 (14 例), 自动出院 3 例, 其中 1 例患者进入手术室时动脉瘤破裂; 1 例患者术后第四天出现呼吸、心跳骤停; 1 例患者术后出现大面积脑梗.

2 围手术期护理

[基金项目] 云南省教育厅重大专项课题 (zd2012001)

[作者简介] 王为 (1979~), 女, 云南昆明市人, 护理本科, 护师, 主要从事临床护理工作. 王云丽和王为对本文有同等贡献.

[通讯作者] 白鹏. E-mail: frogprincea@163.com

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 (1) 入院后积极妥善安置患者, 让患者先消除陌生环境及本身疾病所造成的心理压力. 向患者做疾病的相关健康宣教, 住院期间发生再出血较为常见, 有报道动脉瘤再出血占同期住院动脉瘤患者的 16%, 死亡率高达 70%~90%, 再出血的最高危险发生在动脉瘤破裂后的第 1 周后期及第 2 周早期, 83%再出血发生在 2 周内^[3]. 入院后合理用药, 加强心理护理, 消除患者紧张情绪, 对预防再出血有一定的帮助. 应告之患者需绝对卧床休息, 保持病室安静, 避免强光刺激, 避免情绪激动, 血压升高, 限制探视, 保证患者休息, 预防动脉瘤破裂. (2) 饮食上应进食高蛋白, 高维生素, 高营养易消化的食物, 以补充机体所需, 提高机体抵抗力, 保持大便通畅, 防止便秘的发生, 教会病人床上排便的方法和习惯, 避免因术后不习惯在床上排便而引起的便秘和尿储留致动脉瘤破裂可能. (3) 重视患者降压药的正确使用, 入院后即使用尼膜同剂持续泵入, 成年人 5~10 mL/h, 血压控制在 100~120/70~90 mmHg, 密切观察患者的意识、脉搏、呼吸、血压. 如患者忽然出现头痛剧烈, 意识障碍加重, 应立即观察瞳孔, 通知医生, 配合抢救. (4) 准备手术前 1 d, 告之患者术前须禁食 10~12 h, 禁饮 6~8 h, 术前一天给予患者剃头, 备血, 再次做心理疏导. 如术前晚患者焦虑不安, 无法入睡, 可遵医嘱给舒乐安定口服, 以防因睡眠不足而血压升高, 影响次日的手术.

2.1.2 DSA 检查前后的护理 (1) 介绍疾病知识, 减轻病患焦虑恐惧的心理, 进行各项治疗护理的前后均向患者做好解释工作, 让患者做到心中有数. 患者入院后应常规行 CTA 检查, 以明确诊断, 当 CTA 不能明确时需进一步行护理人员应详细向病患及家属介绍做 DSA 的必要性及术前、术后的相关知识, 以取得病患及家属的理解和配合. 同时做好各项术前准备, 比如: 备皮、备血、皮试及碘过敏试验, 术前用药及术前禁饮禁食的注意事项. (2) 行 DSA 术后返回病房, 应用事先准备好的沙袋或盐袋压迫穿刺部位 12 h, 术侧肢体制动, 并嘱患者 24 h 内绝对卧床, 严密观察穿刺部位的敷料是否有渗血, 有无血肿形成, 观察术侧肢体 (与对侧肢体相比较), 术侧肢体动脉搏动是否良好, 皮温是否正常.

2.2 术后护理

2.2.1 术后一般护理 患者术毕后需送人监护病房进行监护治疗, 去枕平卧, 头偏向健侧, 给予

心电监护及面罩氧气吸入. 密切观察患者的生命体征, 意识尚不清醒的患者应给予约束带约束, 定时放松, 慎用药物镇静剂. 保持呼吸道通畅, 气管插管的应备吸痰装置, 及时清除呼吸道内的分泌物, 以防肺部感染的发生. 注意观察患者四肢肌力及活动度的情况. 本组病例术后出现高热 (23 例)、电解质紊乱 (18 例)、肺部感染 (15 例)、低蛋白 (9 例) 偏瘫 (9 例), 术后运动性失语、脑梗、血糖升高各 1 例.

2.2.2 引流管的护理 术后带有术区硬膜外引流管、导尿管、深静脉置管等^[4]. 护理人员应保持各引流管的通畅, 观察并记录引流液的性、色、量. 避免引流管受压, 扭曲, 阻塞, 脱落. 术区引流管放置硬膜外是将术中的残留血液引流至体外, 正常引流液淡红色, 量少. 如果引流液颜色鲜红, 引流量突然增多, 提示有活动性出血, 应立即通知医生并采取措施, 同时做好尿管、深静脉置管、输液管道或胃管的护理, 防止病人术后因意识欠清时拔出, 特别是男性病人因尿管刺激不适自行扯出尿管致尿道撕裂, 应注意避免.

2.2.3 术后相关并发症的观察及护理 (1) 术后高热: 本组观察的 73 例病例中有 23 人高热, 一般体温均在 39℃~40℃之间, 高热多表现为: 躯干体表高热, 呼吸、心率增快, 一般与肺部感染, 泌尿系统感染有关. 护理要点: ①采用物理降温措施, 如使用酒精或温水擦浴, 冰袋物理降温. 或是遵医嘱给泰诺林等退热药物对症处理. ②高热时, 患者的机体处于高代谢状态, 口腔唾液分泌减少, 加强口腔护理. 若高热持续不退, 并伴有头痛、呕吐、颈项强直等, 应重点考虑颅内感染, 应加强抗炎治疗. 本组病例有一例发生颅内感染, 因脑内植入器械引起. 高热时遵医嘱抽血培养, 必要时进行脑脊液细菌培养. 观察病人经上述对症处理后体温均降至正常, 最长发热时间未超过 1 周. (2) 脑血管痉挛: 脑血管痉挛 (cerebral vascular vasospasm CVS) 是常见的术后并发症, 也是颅内动脉瘤蛛网膜下腔出血的最主要致死原因. 其主要表现为: 一过性的神经功能障碍, 如头痛, 短暂的意识障碍, 肢体麻木或偏瘫、失语. 本组观察病人术后出现偏瘫 9 例, 运动性失语 1 例, 脑梗 1 例. 其临床表现通常为逐渐发展, 呈进展性或波动性. 其主要的治疗原则: 在手术干预后, 血性脑脊液的引流和三高治疗, 即高血压, 高血容量, 高血液稀释度治疗, 避免低血压, 低血容量. 应密切观察患者的瞳孔、意识状态和神经系统定位体征. 遵医嘱给予钙通道阻滞剂, 尼莫地平针

(尼膜同针) 24 h 持续泵入, 根据血压调整, 持续 10 ~ 12 d 后改口服。每天的静脉输液量应维持在 4 000 ~ 5 000 mL, 保持一个高血容量的状态, 准确记录 24 h 出入量。头痛为脑血管痉挛的首发症状, 如发现异常, 应立即通知医生查看, 并给予对症处理。(3) 颅内血肿: 术后颅内出血是术后严重的并发症之一。是由于患者凝血功能障碍, 动脉瘤夹闭不全再次破裂等原因引起的。术后患者出现瞳孔不等大, 一侧进行性扩大, 意识障碍等。本观察组出现颅内血肿再次行血肿清除术的患者有 3 例, 经过护士和医生的患者病情的细致观察, 及时发现病情变化, 及时手术治疗及精心护理。最终患者均痊愈出院。(4) 本组病例中 15 人出现肺部感染, 其中 2 例入院时带入, 2 人出现泌尿系统感染, 1 人出现因脑内植入器械引起的感染。值得注意的是不是所有的肺部感染的病人都会引起发热, 有的肺部感染的病人也没有发热症状的出现。本组肺部感染病人 15 例, 其中 10 例出现高热, 1 例出现低热, 4 例未出现发热。肺部感染时由于病人卧床时间太长, 病情危重, 体征较差, 气管插管(切开)等感染高危因素。预防措施: 加强翻身、拍背; 每天定时定点的给予雾化吸入, 以稀释痰液, 机械排痰等措施, 气管插管的患者用密闭式吸痰管吸痰及气道湿化液持续泵入, 以利稀释痰液。气管切开的患者应每天两次更换气切处的敷料, 避免感染。同时积极给予营养支持, 必要时由肠内、肠外两种途径供给, 以增强患者的抵抗力。上述患者均治愈出院, 未出现后遗症。(5) 水电解质紊乱: 主要表现为低钠及低钾血症。本组观察病例中有 18 例出现水电解质紊乱。低钠血症表现为: 全身虚弱, 精神怠倦, 表情淡漠, 严重时可发生肌肉痉挛。低钾血症表

现为: 四肢软瘫, 无力。术后应严密观察患者是否有上述症状, 并定期监测电解质以便及时发现和纠正。低钠血症者嘱患者及家属在进食时多加盐, 如为留置胃管者, 可从胃管中注入盐水。低钾血症者, 嘱患者多食香蕉, 橙子, 榨菜等含钾高的蔬菜及水果, 鼓励患者多进食。经口服及静脉两条通路补给, 及时复查电解质, 最终电解质水平恢复正常。

3 讨论

颅内动脉瘤夹闭术在神经科手术中是一个复杂, 创伤性大, 风险高的手术。早期诊断及治疗对颅内动脉瘤的治愈是十分重要, 而围手术期对患者的观察及护理更是起到了很重要的作用, 本次观察病例中, 有 3 例病患出现了病情变化, 经过护理人员的细致观察, 及时发现并手术之后, 患者均痊愈出院。颅内动脉瘤夹闭术是一项成熟的神经外科手术, 对于患者围手术期的优质护理对改善患者的预后起到了积极的作用, 否则, 后遗症及致残率, 甚至致死率就会大大提高。

[参考文献]

- [1] 吴江, 贾建平, 崔丽英. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 175.
- [2] WILLIAM W. campbell. 神经系统检查[M]. 北京: 科学出版社, 2007: 669.
- [3] 周学萍. 颅内动脉瘤围手术期的护理[J]. 吉林医学, 2011, 32(3): 586.
- [4] 黄瑞英. 颅内动脉瘤病人围手术期的护理[J]. 当代护士, 2011, 2: 45 - 46

(2013 - 09 - 17 收稿)