

【临床护理】

自发性蛛网膜下腔出血患者脑血管造影及介入治疗的护理

陈丽静, 伦丽芳, 蔡 涛

(东莞市人民医院 神经外科, 广东 东莞 523018)

【摘 要】 总结自发性蛛网膜下腔出血(SAH)患者进行数字减影脑血管造影(DSA)及颅内动脉瘤介入栓塞治疗的护理。提出术前做好心理、护理预防脑血管痉挛、血压控制在13~16/9~11 kPa(120/100/70~80 mmHg)、防止动脉瘤破裂: 预防感冒, 保持大便通畅; 加强健康教育; 术中做好体位护理, 保持呼吸道通畅, 密切配合医生操作, 加强病情监测; 术后正确处理及预防介入栓塞治疗颅内动脉瘤并发症, 使患者安全度过围手术期, 护理干预措施至关重要。

【关键词】 自发性蛛网膜下腔出血; 颅内动脉瘤; 脑血管造影; 介入治疗; 护理

【中图分类号】 R651; R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1008-9969(2006)05-0035-02

颅内动脉瘤发病率文献[1]报道0.2%~7.9%, 动脉瘤性蛛网膜下腔出血是一种危及生命的急性脑血管病, 动脉瘤可反复多次破裂, 导致再出血, 病死率和致残率很高^[2]。脑血管造影术自1927年Egsmo-nis首创以来^[3], 迅速普及介入神经放射技术为许多脑血管性疾病的治疗开辟了新途径。动脉瘤的诊断依据于常规的脑血管造影检查, 介入治疗是近年来用于自发性蛛网膜下腔出血的新技术, 微创在欧美被广泛应用^[4]。数字减影脑血管造影(digital subtraction angiography, DSA)对自发性蛛网膜下腔出血(spontaneous subarachnoid hemorrhage, SAH)的病因诊断具有重大意义, 是最可靠的检查手段^[5], 同时利于明确出血原因因为动脉瘤, 合适者可行弹簧圈栓塞治疗, 减少致残率, 提高生活质量^[2]。现将2001年1月-2005年8月89例自发性蛛网膜下腔出血患者进行DSA及38例颅内动脉瘤患者行弹簧圈栓塞治疗围手术期护理报道如下。

1 临床资料

89例自发性蛛网膜下腔出血患者, 以头痛、恶心、呕吐、一侧肢体乏力或意识障碍就诊, 其CT/MRI诊断为蛛网膜下腔出血。男51例, 女38例, 年龄14~70岁, 平均46.8岁。经DSA检查确诊89例自发性蛛网膜下腔出血原因为颅内动脉瘤38例, 其中前交通动脉瘤16例, 后交通动脉瘤13例, 大脑中动脉瘤4例, 颈内动脉瘤2例, 大脑前动脉2例, 眼动脉瘤1例, 根据病情及经济条件选择30例给予电解可脱弹簧圈栓塞, 8例给予水解可脱弹簧圈栓塞。本组行介入治疗38例患者, 术中顺利, 术后继发脑血管

痉挛4例、脑梗死2例。经临床用药治疗及对症护理, 恢复良好, 全部动脉瘤栓塞成功。术后复查MRI或全脑血管造影, 动脉血流供血正常, 术后半年随访均无继发再出血现象。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前准备 (1) 心理护理。根据患者不同层次、不同文化、不同要求, 做好心理指导, 讲解介入治疗目的和意义、方法、手术过程、术中配合及以往成功的病例, 大约费用。告知患者注射造影剂时可能出现突感头发热、心悸等症状是正常现象, 造影后很快消失, 不必紧张。(2) 预防脑血管痉挛。本组患者术前3 d遵医嘱给予尼莫通10 mg/d, 1~2 ml/h静脉用药, 使用微量注射泵24 h维持泵入。(3) 控制血压。本组10例高血压患者术前遵医嘱给予开搏通25 mg口服, 3次/d, 控制血压在13~16/9~11 kPa(120~100/70~80 mmHg), 以减少动脉瘤破裂的可能^[6]。(4) 防止动脉瘤破裂: 预防感冒, 保持大便通畅, 排便时不要突然用力, 术前均遵医嘱给予缓泻剂果导2片, 1次/d, 保持情绪稳定, 保证睡眠质量。(5) 术前进行神经功能检查, 术后进行对比, 并作好记录, 以观察栓塞的效果及病情有无异常变化。

2.1.2 健康教育 (1) 指导患者做颈内动脉压迫耐受试验, 了解颈动脉系统侧支循环情况, 并促进和加强侧支循环的建立。具体方法: 健侧拇指用力触压患侧颈动脉, 同时患侧食指触摸患侧颞浅动脉, 如患侧颞浅动脉搏动消失, 则说明颈动脉压迫确实。一般每次压迫持续20 min, 4~5次/d。(2) 注意预防感冒, 避免用力咳嗽和打喷嚏。(3) 饮水、进食时速度不可过快, 以防引起呛咳。

【收稿日期】2006-01-13

【作者简介】陈丽静(1965-), 女, 广东梅州人, 大专学历, 本科在读, 副主任护师, 护士长。

2.2 术中护理 (1)体位。患者取平卧位,枕下置头圈以固定头部,嘱患者保持头部不晃动,以免影响成像效果。(2)保持呼吸道通畅。给予吸氧,建立静脉通道,接高压注射器,防止空气栓塞,控制造影剂速度,若患者出现呕吐、面色苍白、呼吸急促、血压下降,提示药物过敏,立即停止注射并配合医生进行抢救。(3)病情监测。给予患者采用神经安定镇痛麻,有报道^[6]神经安定镇痛麻危险性大,术中严密观察患者瞳孔、血压、心率、 SaO_2 及肢体活动,防止癫痫发作。

2.3 术后护理

2.3.1 病情观察 (1)行心电图监护,保持呼吸道通畅,给予低流量吸氧。(2)严密观察患者神志、瞳孔、血压、肢体感觉和运动情况并记录,与术前神经功能进行对照检查。(3)预防脑水肿:甘露醇不仅可脱水、降低颅内压,还可以增加脑血流量,保护脑组织。术后颅内压增高和原有高血压者应保持较高血压水平,以提高脑灌注压,满足患侧脑组织供血。根据病情遵医嘱静滴 20%甘露醇 150~250 ml,1次/12 h。(4)对于动脉瘤介入栓塞,术后早期严格限制活动,卧床休息 36~48 h,限制体力活动 1~2周。(5)由于手术或栓塞物质刺激,患者可能出现较严重的头痛、呕吐,让患者保持安静,遵医嘱给予镇静剂和止吐剂。

2.3.2 药物治疗及护理 为减轻及预防术后并发症,术后遵医嘱给予尼莫通 10 mg/d 静脉泵入,有效缓解脑血管痉挛,改善脑缺血;用药期间注意观察不良反应,有无血压明显下降、面色潮红、心动过速、头痛、头晕、多汗、皮疹等,出现不良反应停药后症状很快消失,严格掌握用量及静脉泵滴入速度,同时避光,监测血压、脉搏、呼吸情况,为医师用药提供可靠数据。术后应用抗凝药物预防血管内血栓形成,速避凝是一种低分子肝素钙,其抗凝作用快速、持久,常规用量为 0.4 mg 皮下注射,1次/d,应用 2~3 d 后改用小剂量肠溶阿司匹林,100 mg/次,1次/d,口服 3 个月抗凝治疗,术后 1 周内遵医嘱给予每天监测出、凝血时间,观察牙龈、结膜、皮肤有无出血点,为医师调整抗凝药物剂量提供可靠依据。

2.3.3 预防肾功能损害 因短时间内注射大量造影剂可导致肾功能下降,尿量减少或引起肾功能不全,术后 1 周内观察尿的变化及血生化情况,鼓励患者

多饮水,根据医嘱适当增加补液量,以利造影剂排泄。

2.3.4 并发症观察及护理 (1)脑血管痉挛。本组有 4 例患者术后出现脑血管痉挛,由于导管在血管内停留时间较长,加之栓塞材料等因素,诱发脑血管痉挛。表现头晕、头痛、呕吐、失语、短暂意识障碍、肌力下降,多见于术后 12~24 h 内发生。早期发现及时处理可避免因脑缺血、缺氧而出现不可逆的神经功能障碍^[7]。(2)动脉瘤破裂出血。是血管内栓塞术后严重并发症之一^[8],术后严密监测血压 24~72 h,避免一切引起血压骤升因素,保持大便通畅,遵医嘱给予果导 2 片,1次/d,保持心情舒畅,及时发现瘤体破裂先兆征象,做好急诊开颅手术各项准备工作。本组无 1 例出现动脉瘤破裂出血。(3)脑梗死。是最严重的并发症之一。文献报道^[9]弹簧圈栓塞治疗相关的血栓栓塞并发症为 10%。本组 2 例患者出现一侧肢体无力、失语,CT 示轻度脑梗死,遵医嘱加强抗凝、扩容治疗后,肢体功能及语言明显恢复,无出现其他并发症。

2.3.5 出院指导 嘱患者出院后注意劳逸结合,不宜过度疲劳,避免情绪激动,保持良好睡眠;合理饮食,保持大便通畅;严格遵医嘱服药;告知患者 1~3 个月后来院复查,了解动脉栓塞术后的变化情况。

[参 考 文 献]

- [1] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1988: 606-658.
- [2] 魏涛,张青山,曹驰.自发性蛛网膜下腔出血脑血管造影及介入治疗的临床应用[J].实用医技杂志,2005,12(7): 1692.
- [3] 凌峰.介入放射学[M].北京:人民卫生出版社,1993: 83-91.
- [4] 李明华.神经介入影像学[M].上海:科学技术出版社,2000: 31-58.
- [5] 范文辉,孙胜军,杜柏林,等.数字减影脑血管造影术中预防血栓形成的体会[J].中国交通医学杂志,2005,19(1):68.
- [6] 元卫国,孟庆海,李国彬,等.急重症自发性颅内出血的脑血管造影和血栓处理[J].青岛医药卫生,2004,36(1):15.
- [7] 汪沁芳,厉春林,李莉.数字减影全脑血管造影术的护理配合[J].护理学杂志,2005,20(2):19.
- [8] 肖书萍,王桂兰.介入治疗与护理[M].北京:中国协和医科大学出版社,2005: 98.
- [9] 许奕,刘建民.破裂性前交通性动脉瘤的电解可脱弹簧圈栓塞治疗[J].介入放射学杂志,2001,10(2):72-77.

[本文编辑:杨玩华]