

. 护理技术 .

颅内未破裂动脉瘤局麻下栓塞术中配合及健康指导

冯娟娟 张纯 方艳 张青 柳洁 何金玉 郑婷

【摘要】目的 总结在局麻下行颅内未破裂动脉瘤栓塞术中护士配合及健康指导的经验。**方法** 回顾性分析局麻下行血管内栓塞治疗的8例颅内未破裂动脉瘤的临床资料,均采用专业的术中配合及健康指导。**结果** 8例治疗效果良好,术中正确配合,未出现因病人或者介入护士配合因素导致延长介入治疗时间、导管移位、增加造影剂量的问题。**结论** 通过术者、介入护士、病人的密切配合,局麻下行颅内未破裂动脉瘤栓塞术,能缩短治疗时间,减少辐射量,减少造影剂剂量。

【关键词】 颅内未破裂动脉瘤;血管内栓塞;局部麻醉;术中护理

【文章编号】 1009-153X(2019)07-0437-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

随着栓塞技术和材料迅猛发展,血管内介入治疗已经成为脑动脉瘤最常用的治疗方式^[1,2]。目前,动脉瘤栓塞治疗绝大多在全麻下进行,术中病人无自主活动,配合程度极高,可控性强。在局麻下行动脉瘤介入治疗可减少麻醉反应,损伤小,恢复快,尤其适用于对麻醉药物有禁忌证以及行DSA时配合程度极高的病人。2018年2~12月在局麻下行未破裂动脉瘤栓塞术共8例,现就术中配合总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 8例中,男性3例,女性5例;年龄35~60岁。其中3例合并甲状腺功能亢进症,3例合并糖尿病。CTA示颅内动脉瘤,均为择期手术。

1.2 治疗方法 术前向病人介绍导管室环境、DSA机转动时的噪音、局部穿刺时的疼痛感,消除病人焦虑。术者与介入护士共同对病人进行详细评估,掌握基础疾病信息,了解病人心理动态。对于基础疾病多、不能耐受全麻者,或术中使用麻醉药物对基础疾病影响较大者,且具有一定配合能力者,由介入护士在术前进行全面的术前、术中指导。术中按DSA常规方式造影,然后直接在局麻下行动脉瘤栓塞术。

2 介入护士的配合

2.1 一般准备 物品准备充分,能够做到术者需要时第一时间供给。所需物品定位定量放置,随用随取。

2.2 加压输液的准备 介入治疗一般建立3~4个通

路,所有初次连接通路液体应先排尽输液袋内空气,连接止液输液器后再加压至300 mmHg^[3]。莫非氏管处用记号笔做好标注,如①②③④,①为主通路,以便术者区分。主通路输液钩内侧挂两袋已加压液体,内侧一袋为备用,便于术中快捷更换液体。

静脉输液处连接1~2个三通阀,在近心端预留三通口一个,便于术中推注药物。

更换加压袋内液体时,反折莫非氏管上方,保持高压状态,避免造影管内血液因压力改变急速回流,引起动脉导管内血栓形成。

2.3 介入护士要求 熟练掌握造影管的作用、使用部位,以及掌握造影仪器、介入流程、颅内血管解剖、各项手术材料。这决定护士与术者的配合程度。能通过术者的操作指导自己下一步应该做的工作,并对手术过程和即将使用的介入材料有预判能力及准备。造影剂可造成神经毒性、肾脏毒性和过敏反应等,使血管造影检查复杂化^[4],因此应熟练掌握不同部位造影剂推注速度、量、压力,通过屏幕判断造影管部位,与医生复述,确认无误后进行调节。3D造影应选择为单次推注,2D可选择多次推注。应牢记调节剂量,在更换造影部位后与医生确认调节剂量。

2.4 及时给药,准确记录 常规抽吸肝素钠2 ml+生理盐水8 ml、欣维宁10 ml,处于备用状态。导引导管到位后予肝素钠配置液5 ml(6125 U)静脉推注。根据医嘱以准确的剂量在上述三通预留口推注,节约术者等待时间,准确记录每次应用肝素的时间、剂量,掌握肝素的半衰期(1 h),以便快速计算病人体内的肝素量^[5]。保持活化凝血时间在250~300 s^[6]。

3 病人的配合和指导

3.1 心理指导 由于病人对疾病认识不足,对介入治

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2019.07.021

作者单位:430033 武汉,湖北省第三人民医院神经外科(冯娟娟、张纯、方艳、张青、柳洁、何金玉、郑婷)

通讯作者:张纯, E-mail:55132838@qq.com

疗不了解,容易出现紧张、焦虑等负性情绪^[7],除常规护理准备外,制作 DSA 介入视频,运用视频的形式告知病人介入室的布局、介入的方式、方法、注意事项,让病人简单明了的了解介入手术过程,减轻病人对手术的恐惧和焦虑。

3.2 把握吞口水时机的指导 局麻下行介入治疗,病人为清醒状态,部分病人会出现口水聚集,原因包括紧张情绪、唾液腺自主分泌、咽喉部刺激感等因素。在介入治疗期间,病人频繁地吞咽口水会影响术者的操作、造影质量、导管移位等问题。术中告知病人心情平静,尽量不要讲话(如有特殊不适及时告知),尽量不要吞咽口水,如有咳嗽感尽量轻咳。术中指导吞咽口水时机选择:准备造影前;介入护士调整造影剂量时;术者准备介入材料时;术者未在进行介入操作的其他时刻。通过介入护士的指导病人能够在合适的时机吞咽口水、轻咳等问题,保证病人舒适的同时缩短手术时间、减少辐射量。

3.3 造影指导 造影剂在快速推注行脑动脉造影时,病人能体会到头部发热发胀或静电般感受,使用 OXNY 胶会嗅及大蒜味,致恶心、呕吐。术前做好指导,告知可能出现的症状和感受,让病人提前做好心理准备,避免因术中出现以上现象时导致紧张不安。

3.4 体位 体位的摆放直接影响造影质量,平卧时身体呈直线,避免扭曲,头部用专用头部固定带固定,头摆正。告知病人头部在手术期间勿动,予安全护栏,防止坠床。

3.5 电极线的摆放 以Ⅲ导联为佳,位置为两侧至锁骨上近肩胛处,左侧为左下腹肋缘。避免贴至锁骨上动脉沿线以及胸部,在造影期间会干扰术者的操作,尤其是贴在造影途径动脉处,需要重新更换电极片部位,因造影前手术台已为无菌台面,更换时可能污染手术无菌区域。心电监护导线不要从胸口跨过。各导线妥善固定,以不影响 C 臂的旋转为宜。

3.6 保护性约束 与病人及家属做好沟通,签署《知情保护同意书》,适当约束双侧下肢,告知双腿伸直制动、避免下肢屈曲。

3.7 及时沟通,心理安慰 术中与病人进行语言性和非语言性交流,安慰鼓励病人,告知病人手术进程,在术者未操作间隙询问病人感受,减轻焦虑恐惧感。

4 结果

8 例治疗效果良好,术中正确配合,未出现因病人或者介入护士配合因素导致延长介入治疗时间、导管移位、增加造影剂量的问题。

5 讨论

动脉瘤介入治疗麻醉方式上从全麻到局麻的过渡是介入技术发展的必然趋势。需要加强介入护士的专科性培养,全面掌握仪器的使用方法、各种介入材料的使用、脑血管的解剖、造影剂量的使用及注意事项、病情的观察及护理等。

病人在术中简单的弯腿可能会导致导管移位,轻微的头晃动会导致造影质量。所以做好术前术中配合的指导与手术时效性密不可分,介入护士需要了解病人的心理动态,在术前与病人多沟通,加强术中配合的指导,告知术中造影时头部感受,取得病人的信任感。术中加强体位的管理,指导病人吞口水的时机,予头部及四肢的保护性约束,告知手术步骤,运用语言性和非语言性交流方式鼓励病人。通过对病人的指导能让其在术中默契配合,达到高效的完成手术的目的。

通过术者、介入护士、病人三方的密切配合能做到以最短的时间、最小的辐射量、最少的造影剂剂量做最优质的动脉瘤栓塞术,提高效率,提高质量,体现术者技术水平以及介入护士的专科性和专业性。

【参考文献】

- [1] Ferns SP, Sprengers ME, van Rooij WJ, *et al.* Coiling of intracranial aneurysms: a systematic review on initial occlusion and reopening and retreatment rates [J]. *Stroke*, 2009, 40(8): e523-e529.
- [2] Seibert B, Tummala RP, Chow R, *et al.* Intracranial aneurysms: review of current treatment options and outcomes [J]. *Front Neurol*, 2011, 2: 45.
- [3] 董丽,张敏,王慧. Solitaire 支架联合 Neuro 导管治疗颅内大动脉急性闭塞的术中护理[J]. *全科护理*, 2016, 14(19): 2005-2006.
- [4] 张桂运,陈左权,顾斌贤,等. 颅内动脉瘤栓塞术后早期再次破裂原因分析[J]. *中华神经外科杂志*, 2007, 23(11): 819-822.
- [5] 应彩羽. 破裂后颅内动脉瘤介入手术中的监测与护理[J]. *浙江临床医学*, 2011, 13(7): 831-832.
- [6] 谭华桥,周育苗,方淳,等. 血管内介入治疗周围型颅内动脉瘤 17 例[J]. *介入放射学杂志*, 2016, 25(4): 279-285.
- [7] 荣向霞,黄冠敏,黄艳,等. 血管内介入栓塞术治疗颅内动脉瘤的护理[J]. *安徽医学*, 2013, 34(9): 1408-1409.

(2019-02-25 收稿, 2019-04-11 修回)