

颅内动脉瘤血管内栓塞治疗后并发症的观察与护理

马 丽(成都军区总医院门诊部,成都 610083)

【摘要】 目的 探讨颅内动脉瘤血管内栓塞治疗后并发症的观察方法与护理措施。方法 回顾性分析 79 例在该院行血管内栓塞治疗的颅内动脉瘤患者资料,对术后出现的并发症进行观察并总结护理体会。结果 8 例患者术后出现相关并发症,分别为脑血管痉挛、穿刺点局部血肿、颅内动脉瘤再破裂、脑梗死与急性脑积水。通过相应的护理措施,8 例患者均好转出院。结论 及时发现血管内栓塞术后并发症并进行有效的护理干预对降低颅内动脉瘤患者致残、致死率具有重要意义。

【关键词】 颅内动脉瘤; 栓塞治疗; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2880-02

随着介入医学的快速发展,血管内栓塞治疗颅内动脉瘤(AN)已广泛应用临床,相比开颅手术该治疗具有创伤小、恢复快的特点,但栓塞术后并发症的发生仍不容忽视。为此本文对本院进行血管内栓塞治疗的 74 例 AN 患者临床资料进行了回顾性分析,对其中 8 例出现的术后并发症的患者护理措施进行了总结和归纳,现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月至 2012 年 8 月于本院进行血管内栓塞治疗的 74 例 AN 患者,其中男 42 例,女 32 例;年龄 22~69 岁,平均 48.32 岁;前交通动脉瘤 23 例,后交通动脉瘤 20 例,左侧大脑中动脉瘤 11 例,右侧大脑后动脉瘤 9 例,颈内动脉眼动脉段动脉瘤 6 例,基底动脉末段动脉瘤 5 例。所有患者就诊时均有头痛、呕吐、复视、眼睑下垂等 1 种或几种 AN 临床表现,且术前均通过 CT 血管造影(CTA)、核磁共振血管成像(MRA)或数字减影脑血管造影(DSA)检查确诊为 AN。

1.2 手术及监护方法 本组所有患者均在全身麻醉及肝素化下行右侧股动脉插管行电解可脱性微弹簧圈栓塞治疗,术后送入神经重症监护病房进行多系统综合监护,监护内容包括意识、瞳孔、心率、呼吸、体温、血氧饱和度、穿刺部位、足背动脉搏动及穿刺下肢远端末梢循环情况等。

1.3 并发症的护理措施

1.3.1 穿刺点局部血肿 (1)术后患者绝对卧床休息 24 h,穿刺侧肢体适当保暖,并制动 6~8 h,保持伸直,避免屈膝,穿刺点用弹力绷带包扎固定 24 h,并用 1 kg 砂袋加压 6~8 h。(2)严密观察穿刺局部有无渗血、肿胀,加压砂袋有无移位,足背动脉搏动情况(每 15 分钟 1 次,观察 8~12 次),以及皮肤颜色、肢体温度、痛觉、末梢循环等有无改变及腹部情况(因导管损伤或刺破血管可引起腹腔出血)。

1.3.2 脑血管痉挛 脑血管痉挛的防治及护理主要为及时合理予以使用特异性脑血管钙离子拮抗剂尼莫地平。尼莫地平是一种具有脑组织选择性的钙离子通道阻滞剂,能有效缓解脑血管痉挛,改善脑缺血,但此药可引起血压下降,因此用药过程中应严格掌握用量及速度,同时监测患者血压和心率的变化,观察有无血压下降、面色潮红、心动过速等不良反应。

1.3.3 颅内动脉瘤再破裂出血 (1)严密监测患者血压的变化,切忌血压忽高忽低,必要时可采用控制性低血压治疗。(2)将患者安置在安静、光线柔和的病室,尽量避免外界各种不良因素的刺激。(3)避免用力排便、剧烈咳嗽或打喷嚏、情绪激动等导致颅内压剧烈升高引起动脉瘤破裂出血。(4)做好家属和

患者的解释工作,限制探视和陪护人员。

1.3.4 继发性脑梗死 术后早期应严密观察患者生命体征、语言、运动及感觉功能的变化,尤其是对突发的失语及偏侧体征的患者应及时行头颅核磁共振弥散加权扫描,以早期明确是否存在继发性脑梗死。

1.3.5 急性脑积水 (1)注意引流管最高点距外耳道 15~20 cm,并观察引流液的颜色、形状、量,翻身时引流管保留足够长度,避免脱出、扭曲、打折。(2)遵医嘱在患者睡前口服镇静催眠药如舒乐安定或思诺思。(3)饮食方面,避免喝含有兴奋神经系统的饮料如可乐、雪碧等,可给患者鸡汤、鱼汤、排骨汤等,在各种汤料里适当放盐,以提高患者食欲。

2 结果

74 例患者术后出现相关并发症 8 例(10.81%)。穿刺点局部血肿 2 例,于术后 4 h 出现约 2 cm×3 cm 大小皮下血肿,均系对医嘱依从性较差频繁活动穿刺侧肢体导致,及时给予局部冷敷,并抬高下肢 15°~20°,36 h 后给予局部热敷、理疗后血肿逐渐消退;脑血管痉挛 3 例,患者分别于术后 9~36 h 内出现不同程度的上述症状,经治疗后症状均在 24 h 内消失,未遗留神经功能缺失,考虑脑血管痉挛致短暂性脑缺血发作;颅内动脉瘤再破裂 1 例,于术后 3 h 突发头痛、呕吐、烦躁不安,急诊行 CT 检查提示颅内出血,立即行开颅血肿清除术,术后使用多功能监护仪,严密观察患者生命体征、瞳孔、意识、头痛、呕吐等情况,同时给予药物镇静和硝普钠静脉滴注,控制收缩压在 120~130 mm Hg,10 d 后患者康复出院。急性脑积水 1 例,术后 24 h 意识由清醒转为昏睡状态,并在 2 h 内呕吐 2 次,急诊行 CT 检查提示急性交通性脑积水,立即行脑室穿刺外引流术,3 d 后意识完全清醒,未再出现呕吐及其他不适症状;脑梗死 1 例,于术后 2 d 突发右侧肢体无力及失语,考虑脑梗死的可能,后经头颅 MRI 检查证实为左侧大脑中动脉系统梗死,及时给予甘露醇脱水、尼莫同扩张血管等治疗措施后,患者 11 d 后症状明显好转出院。

3 讨论

穿刺点局部血肿易发生在术后 6 h 内,与术中全身肝素化后穿刺点压迫不完全或术后包扎绷带松脱,动脉硬化,血管弹性差,术中应用过量肝素或凝血功能障碍,术后穿刺侧肢体活动过于频繁等因素有关^[1];介入手术中由于导管对脑血管的机械刺激容易诱发脑血管痉挛^[2],文献^[3]报道颅内动脉瘤栓塞围术期脑血管痉挛发生率为 41%~71%,故在栓塞术后 48 h 内出现头痛、失语、肢体麻木、短暂意识障碍等症状应考虑脑血管

痉挛的发生,及时地经颅多普勒检查有利于确诊;颅内动脉瘤再破裂是血管内栓塞术后最严重的并发症^[4],常可危及生命,是患者致残和死亡的主要因素,多由于术中导丝,微导管,弹簧圈对瘤体壁机械刺激及凝血机制改变或术后血压急剧波动引起;由于动脉插管易损伤血管内膜,血液黏稠度改变,血管内感染及抗凝药用量不足等均可能导致血栓形成引起脑动脉或全身其他部位的血管栓子脱落而导致脑梗死。高血压、脑动脉硬化、血管炎与动脉瘤的发生与发展有关^[5],脑梗死的发生加重脑组织的损伤,影响预后^[6]。脑积水是颅内动脉瘤栓塞术后常见的并发症之一,急性脑积水可造成患者神经功能明显损害^[7]。术后应注意观察,及早发现,通常表现为术后早期意识清楚,而后逐渐出现高级神经活动障碍加重,如神志淡漠、反应迟钝、尿便失禁等。经头 CT 证实有进行性脑室扩张,诊断明确后常需行手术治疗^[8]。

颅内 AN 是严重危及人类健康的疾病,但如能及时合理诊治,绝大部分患者是可以完全治愈的。血管内栓塞能解决诸多传统开颅手术无法解决的问题,已成为目前治疗颅内动脉瘤的重要手段,但术后并发症无法完全避免,为此应在术后密切观察患者的病情,及时做出正确的判断,对各种可能发生的并发症进行有效的预见性护理,是确保手术疗效并减少病残及病死率的关键。

参考文献

[1] 王慧玲. 颅内动脉瘤介入术的护理进展[J]. 护理研究,

2009,23(5):1145-1146.

[2] 袁萍,程佩杉,黄春娟,等. 血管内栓塞治疗颅内动脉瘤围手术期护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(4):48-49.

[3] 邵华明,王穗暖,宣井岗,等. 颅内动脉瘤栓塞治疗并发症的分析[J]. 临床神经外科杂志,2007,4(2):65-66.

[4] 赵振伟. 颅内破裂动脉瘤栓塞后再出血分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(11):497-499.

[5] 丁轩,鲍洪,吴开华,等. 破裂颅内动脉瘤介入治疗并发脑梗死的临床分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2011,16(11):505-506.

[6] 崔群建,赵洪洋,刘建生. 颅内动脉瘤术后并发急性脑积水及脑血管痉挛防治[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(6):606-607.

[7] 孙亚邓. 重型颅脑损伤与继发性脑梗死的预防及治疗[J]. 中国实用神经疾病杂志,2006,9(3):22-23.

[8] 朱卿,兰青. 颅内动脉瘤的个体化血管内介入治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2010,15(10):457-458.

(收稿日期:2013-01-23 修回日期:2013-05-16)

鼻出血的护理干预及效果分析

李 智(第三军医大学第三附属医院,重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨鼻出血的护理干预及效果,指导临床工作。**方法** 对本该科室近 10 年有关鼻出血的患者进行的观察和护理。**结果** 通过给予心理护理,严密的病情观察,积极治疗,预防感染,患者均恢复良好。**结论** 对鼻出血患者及时观察和精心护理,对于减少并发症和促进恢复效果明显。

【关键词】 鼻出血; 护理; 干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2881-03

鼻出血是耳鼻喉科常见的急症,可由多种全身或局部原因引起。鼻出血轻者可自行止血,重者常对患者身心健康带来严重危害,甚至危及生命^[1]。对鼻出血患者良好的护理,不仅可使患者、家属、医生放心,而且可使患者少吃苦,缩短住院日。近年来随着医学模式向生物-心理-社会模式的转变,有关鼻出血护理的重要性越来越被人们重视。现就近年来有关鼻出血护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2009 年 10 月至 2011 年 10 月鼻出血患者 125 例。其中门急诊 58 例,住院 67 例(老年患者 25 例,小儿 12 例,其他 30 例)。

1.2 方法 对本科室 10 年的 125 例鼻出血患者采用一系列护理干预进行观察和护理。

2 结果

125 例鼻出血,门急诊中的 54 例 1 次治疗痊愈,4 例经 2 次治疗后痊愈,所有的住院鼻出血 67 患者经过及时观察和精心护理均未出现并发症。

3 讨论

3.1 护理干预

3.1.1 门急诊鼻出血患者的干预 鼻出血患者绝大多数是急诊,由于鼻出血的存在往往使患者及其家属十分恐惧,而紧张恐惧可导致肾上腺素分泌增加,皮肤黏膜充血,从而加重鼻出血^[2]。

3.1.2 加强心理护理 医护人员不能在患者面前惊慌失措,而要镇定自如,有条不紊地进行检查和治疗,尽快控制出血。对患者应有充分的理解和同情心,切勿因习以为常而表现出漠不关心和无动于衷的态度,更不可埋怨或训斥患者,即使患者有时因缺乏医学常识或过度紧张而行为失常,也应予以谅解。另外,注意保护性医疗制度,不可在患者旁谈论有关鼻出血的严重性和不良后果。对患者最关心的问题,如出血的后果,是否患癌症,为什么鼻腔填塞后眼睛、耳朵会冒血等,给予耐心的解释。

3.1.3 准备好各种止血用物和急救物品 1%麻黄碱棉片,1%麻黄碱液,1%地卡因液,枪状镊、弯盘、鼻镜、凡士林油纱条,落地反光灯、后鼻孔填塞球、纱布、绵球、压舌板、导尿管、明胶海绵等,积极配合医生止血。

3.1.4 体位 如患者出血量多,时间较长者应半卧于检查床上止血,以防血压下降或虚脱造成意外。