

内,使局部肿瘤组织接受高浓度的化疗药物,以杀死肿瘤细胞。整体护理作为新兴的一种护理工作模式,以人为中心,以护理程序为基础框架,把护理程序系统化地运用到临床护理和护理管理中。目的是根据人的生理、心理、社会、文化、精神等多方面需要,提供最佳护理^[5-6]。

刺激性咳嗽是肺癌患者最早和常见的症状,大咯血是晚期肺癌常见死亡原因之一,主要源于支气管动脉的破裂,中晚期肺癌由于组织内小血管较多,癌组织易坏死,从而患者易发生大咯血,介入术后肿瘤组织坏死脱落致瘤体血管破裂而引起大咯血症状。肺癌合并咯血者通过灌注和栓塞术,能够达到抗肿瘤和止血的双重疗效。介入术中高浓度化疗药物对骨髓有抑制作用,可刺激胃肠道,出现恶心、呕吐等胃肠道症状^[7-8]。本次研究结果显示,观察组患者咳嗽、咯血、恶心呕吐和骨髓抑制均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示整体护理可降低患者并发症,改善患者症状。由于肺癌介入术后可出现并发症,通过建立规范化护理程序,提高护理观察和预见性,做到早发现、早治疗^[9]。术后保持呼吸道通畅,防止窒息,加强口腔护理,减轻不良刺激,对呕吐频繁者注意补充水、电解质、营养液支持疗法。一旦出现大咯血,稳定患者情绪,立即通知医生,积极配合医生抢救。使患者头偏向一侧,去枕平卧,头低脚高位;保持呼吸道通畅,迅速建立呼吸、静脉通道,避免窒息的发生。肺癌介入患者易产生绝望、恐惧等负性心理,从 SAS、SDS 评分可看出,观察组干预后生活质量评分均好于对照组,进一步提示整体护理通过高度的责任感和同情心,使患者情绪稳定,改善其不良心理状态,增强其治疗信心。针对患者术后存在焦虑、恐惧、紧张、悲观等情绪,明显影响睡眠质量、进食及配合治疗,加强心理护理可增加患者对疾病及治疗方法的认识并配合治疗,减轻患者焦虑抑郁情绪,增强患者治疗疾病信心,提高对治疗配合度。因此,整体护理重视患者的生物、心理和社会方面对人的健康影响。按照护理程序,有计划积极主动的护理,并向家庭延伸。全面、整体的身心护理,减轻了患者的痛苦,提高了患者的生存质量^[10-12]。

综上所述,整体护理对肺癌介入术患者咳嗽、咯血症状及并发症具有明显地改善作用,并可促进患者日常生活质量的提

高,影响着疾病的结局和预后。

参考文献

- [1] 金涛,胡伯年,胡国明. 急诊介入栓塞术治疗晚期肺癌大咯血 7 例观察[J/CD]. 中华危重症医学杂志:电子版, 2010,3(4):253-255.
- [2] 刘丹,黄东,陈艳,等. 循证护理在肺癌患者介入治疗术后康复过程中的对照研究[J]. 中国医药导报, 2013, 10(36):124-129.
- [3] 栾明霞. 肺癌介入治疗 210 例护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010,16(5):51-52.
- [4] 康凤英,杨辉,周卫,等. 责任制整体护理模式的发展回顾与实施现状的误区分析[J]. 全科护理, 2011,9(32):2964-2966.
- [5] 杨春颖,陈颖,梁曼. 整体护理在重度子痫前期患者中的应用效果评价[J]. 西部医学, 2012,24(6):1190-1192.
- [6] 黄扬,朱宇峰,张兴仕. 中晚期肺癌介入治疗的临床疗效分析[J]. 中外医学研究, 2011,9(22):124-125.
- [7] 文亚兰. 肺癌介入治疗并发症的预防及护理[J]. 全科护理, 2010,8(12):1083-1084.
- [8] 王东禹,姜楠,李佳慧. 康复干预对肺癌患者术后生活质量的作用分析[J]. 护士进修杂志, 2012,27(21):2012-2013.
- [9] 向春玉,陈贵华. 肺癌介入术的护理[J]. 检验医学与临床, 2013,10(3):362-363.
- [10] 刘爱华,马萍. 376 例肺癌介入治疗病人并发症的预防及护理[J]. 全科护理, 2009,7(34):3151-3152.
- [11] 杜凤兰. 整体护理模式在肺癌患者中的应用[J]. 航空航天医学杂志, 2012,23(4):484-485.
- [12] 张娟,翁向群,李美端. 80 岁以上肺癌 43 例术后肺部并发症原因分析与护理[J]. 中国误诊学杂志, 2008,8(35):8703-8704.

(收稿日期:2014-04-04 修回日期:2014-06-10)

血管内介入治疗颅内动脉瘤患者的护理探讨*

李学如¹, 戴德君¹, 张紫寅^{1△}, 唐建建¹, 谢雪梅²(1. 四川省眉山市人民医院神经外科 620010; 2. 中国医科大学第一附属医院病理科, 沈阳 110001)

【摘要】 目的 探讨血管内介入治疗颅内动脉瘤患者的护理要点。方法 回顾性分析 2009 年 7 月至 2012 年 5 月眉山市人民医院行血管内介入的 67 例颅内动脉瘤患者病历资料,对其做特殊的术前、术中及术后护理,观察患者治疗效果。结果 2 例患者在造影过程中发生动脉瘤破裂出血,5 例患者在栓塞过程中动脉瘤破裂出血,经中和肝素、填塞,术后持续腰穿引流预后良好。23 例患者术中发生脑血管痉挛,给予罂粟碱动脉内注射后,痉挛完全缓解。11 例患者发生穿刺点皮下血肿。术后 1 例患者因与人争执发生动脉瘤再次破裂,经紧急开颅手术,患者康复良好。结论 护理人员对介入治疗颅内动脉瘤患者细致的术前、术中、术后护理对保证手术成功具有重要的作用。

【关键词】 可脱性微弹簧圈; 血管内介入; 颅内动脉瘤; 栓塞; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)20-2923-03

颅内动脉瘤是引起蛛网膜下腔出血的一种常见脑血管疾病,首次发生破裂出血病死率高达 42%,动脉瘤破裂时患者往

往出现剧烈头痛,严重者出现意识丧失和神经功能障碍^[1-2]。颅内动脉瘤发生再次破裂病死率非常高,所以积极处理动脉瘤

* 基金项目:辽宁省高校优秀人才计划项目(LJQ2011085)。

△ 通讯作者,E-mail:13518052018@139.com。

是降低病死率的有效方式^[3]。目前闭塞颅内动脉瘤的主要方式为显微外科夹闭和血管内介入。随着神经介入技术及材料的进步,血管内介入以其创伤小、并发症少、恢复快等特点成为治疗颅内动脉瘤的首选方式^[4]。眉山市人民医院采用血管内介入治疗技术成功栓塞 67 例颅内动脉瘤患者,取得了良好的治疗效果。现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2009 年 7 月至 2012 年 5 月眉山市人民医院行血管内介入的 67 例颅内动脉瘤患者病历资料,其中男 31 例,女 36 例;年龄 31~76 岁,平均 45.4 岁。所有患者术前均行数字减影血管造影(MRA)检查证实为颅内动脉瘤,67 例患者共 81 枚动脉瘤,其中 50 例为单发动脉瘤,11 例为 2 枚动脉瘤,5 例为 3 枚动脉瘤,1 例为 5 枚动脉瘤。窄颈动脉瘤 69 枚,宽颈动脉瘤 12 枚;小于 3 mm 的动脉瘤 37 枚,3~6 mm 20 枚,大于 6 mm 24 枚。术前 CT 检查证实颅内蛛网膜下腔出血患者 53 例,10 例患者未见颅内出血。53 例颅内出血患者均有头痛、恶心、呕吐等颅内压增高的临床症状,其中 23 例嗜睡,15 例昏睡,5 例浅昏迷。10 例未破裂动脉瘤中 7 例因长期头痛行 CTA 检查被发现,2 例因脑梗死行 CTA 检查被发现,1 例长期头晕行 MRA 检查被发现。67 例动脉瘤 Hunt-Hess 分级,Ⅰ级 10 例,Ⅱ级 47 例,Ⅲ级 3 例,Ⅳ级 7 例,Ⅴ级 0 例。采用支架辅助微弹簧圈栓塞 9 枚动脉瘤,球囊辅助微弹簧圈栓塞 2 枚动脉瘤,单纯微弹簧圈栓塞 63 枚动脉瘤,7 例行载瘤动脉的闭塞。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理 (1)心理护理。神经介入手术属于新兴的治疗方法,再加上患者及家属对治疗方式不熟悉,担心手术风险及治疗效果,甚至担心会留下偏瘫、运动性失语、感觉性失语、长期卧床等神经系统后遗症,且由于此类治疗费用高,患者及其家庭承受着精神与经济的双重负担。因此,护理人员应细致、耐心地向患者及家属讲解手术方式及治疗目的、优势,缓解患者紧张、恐惧,帮助患者树立治愈疾病的信心。此外,由于动脉瘤手术风险较高,应积极、主动、反复地向家属讲明手术目的、术中及术后可能存在的风险及预期效果,以争取患者家属的同意及支持。(2)一般护理。颅内动脉瘤很容易发生再次破裂,若发生再次破裂出血,病死率将增加 10%左右。因此,应避免诱发动脉瘤破裂的一切因素。在等待治疗期间,患者应绝对卧床休息,保持病房环境安静,减少亲戚、朋友的探视,保持患者大小便通畅,嘱咐患者不可用力解大小便,密切观察血压变化,保持血压平稳。遵医嘱给予患者扩血管和预防血管痉挛药物,并保持呼吸道通畅,低流量氧气吸入,以保持脑细胞充分供养。抬高床头约 15°以保证静脉充分引流,降低颅内压以减轻脑组织水肿。密切观察患者生命体征、瞳孔变化、肢体活动及意识状况,若患者术前突然出现剧烈头痛、瞳孔散大、恶心呕吐、意识障碍及局灶性定位体征,应考虑到颅内动脉瘤破裂出血的可能,及时通知医生,做好急诊手术的术前准备。

1.2.2 术中护理 (1)帮助患者摆好体位,使用头托固定患者头部,嘱患者造影过程中若有不适用言语告知医护人员,不可轻易挪动头部。准备好利多卡因、造影剂、聚维酮碘,协助铺巾,严格遵守无菌操作,术中应多次检查动脉加压输液袋,随时观察加压袋压力情况,使压力保持在 400 mm Hg,注意更换输液袋,防止空气进入静脉系统造成严重临床后果。(2)术中应按照体质量给予低分子肝素钠,首次剂量为 2~3 mg/(kg·h),以后每隔 1 h 减半给药,记录低分子肝素钠注射时间及用

量,随时报告医生。(3)由于介入室空间狭小,C 臂旁摆放麻醉机,应保持呼吸道通畅及吸痰装置的正常工作,并随时与麻醉医师沟通、配合,对手术中出现烦躁不安的患者给予镇静药物,以保证手术过程中血压平稳,确保手术正常进行。(4)局麻下造影可能会造成导管相关机械性脑血管痉挛,造成患者局部动脉痉挛,引起剧烈头痛,术中应持续给予尼莫地平泵入。此时应密切观察患者瞳孔变化,警惕颅内动脉瘤再次破裂出血,若发现瞳孔散大,应及时报告麻醉师和手术医生

1.2.3 术后护理 (1)一般护理。将床头摇高 10~20°,以利于颅内静脉回流,降低颅内压,减轻脑水肿。术后右侧肢体制动 6 h,可在床上进行轻微翻身活动。若术后气道分泌物多,应将患者头部偏向一侧,用吸痰管吸尽分泌物。每小时检测血压、脉搏、呼吸、血压、体温、瞳孔等变化情况,并做好记录。对于高血压患者,将血压控制在基础血压的 80%左右,以保持脑灌注,不能过分降低血压,以防止血压过低导致脑梗死。对于支架辅助弹簧圈栓塞的患者,术后 3 d 应皮下注射低分子肝素钠,每 6 h 一次,每次 0.4 mL,并在 3 d 后嘱患者口服硫酸氢氯吡格雷,每日 1 次,每次 75 mg;阿司匹林每日 1 次,每次 75 mg。(2)血管痉挛的护理。动脉瘤破裂后涌出的血液直接进入蛛网膜下腔,刺激血管或血细胞产生多种血管收缩物,造成血管痉挛。护理上应使用尼莫地平持续静脉泵入,以缓解脑血管痉挛,进而预防其可能引起的脑缺血。但此药物可引起血压下降,应密切观察患者有无血压急剧下降、心动过速、面色潮红等不良反应的表现。(3)穿刺部位的护理。局部给予穿刺点动脉压迫器压迫止血,压迫 6 h,每小时观察穿刺部位有无渗血、肿胀等情况。部分患者多次穿刺股动脉,经过全身肝素化,穿刺点易出血及形成皮下血肿,术后应密切观察穿刺侧足背动脉搏动情况,及时观察下肢皮肤温度是否正常,下肢是否有感觉障碍,并与对侧肢体比较。若患侧足背动脉较对侧明显减弱,同时伴下肢皮肤颜色发绀、下肢疼痛等,则提示穿刺点可能发生血肿压迫动脉,应及时报告医生并作相应处理。(4)健康教育。向患者及家属告知血管内介入术后仍然存在再次出血的风险,并告知患者诱因,如情绪激动、用力大小便、过量饮酒、过度劳累、高胆固醇饮食、屏气、用力咳嗽等,应限制重体力活动 2~3 周,防止微弹簧圈移位。嘱咐患者 3~6 月后回院复查。

2 结果

2 例患者在造影过程中发生动脉瘤破裂出血,5 例患者在栓塞过程中动脉瘤破裂出血,经中和肝素、填塞,术后持续腰穿引流预后良好。23 例患者术中发生脑血管痉挛,给予罂粟碱动脉内注射后,痉挛完全缓解。11 例患者发生穿刺点皮下血肿,经局部热敷、理疗后,血肿在术后 15 d 后完全消失。术后 1 例患者因与人争执发生动脉瘤再次破裂,经紧急开颅手术,患者康复良好。

3 讨论

颅内动脉瘤是指因颅内动脉异常改变引起的血管瘤样突起,处理动脉瘤的两大方式为开颅动脉瘤夹闭术和血管内介入栓塞术^[5]。随着导管技术和介入材料的进步,血管内介入治疗动脉瘤应用得越来越广泛,其优势在于能够自由控制释放微弹簧圈,达到完全栓塞动脉瘤的目的,从根本上消除再次破裂的可能性,避免了开颅手术,从而增加了手术的安全性和有效性。

本研究中共有 7 例患者发生术中动脉瘤破裂出血,其中 2 例患者发生在造影过程中,5 例患者发生在栓塞过程中。颅内动脉瘤造影过程中发生动脉瘤破裂可能原因为造影剂压力过大、患者血压波动过大、精神紧张、再次自发出血等。栓塞术中

破裂出血的可能机制为微导管、微导丝、微弹簧圈刺破动脉瘤以及高压注射造影剂诱发动脉瘤破裂。为了达到动脉瘤完全栓塞而使微弹簧圈过度栓塞也可能诱发动脉瘤术中破裂。相关文献报道显示,血管内介入术中发生动脉瘤破裂的概率为 1.3%~8.0%,而发生的主要原因为动脉瘤被刺破^[6-7]。本研究中,5 例患者术中发生动脉瘤破裂,占 7.5%,与以上文献报道结果相似。

本研究中 23 例患者于术中出现脑血管痉挛,原因多为术中导管、导丝刺激血管引起,若不及时纠正,则可能发生术后脑梗死。术后患者不可情绪激动及用力大小便,本研究中 1 例患者因术后与人争吵动脉瘤再次破裂出血,经开颅手术,行血管夹闭后,病情转归良好。血管内介入手术处理颅内动脉瘤是一种精细的微创技术,对手术医生、麻醉师、护士之间的配合要求非常高,若忽视手术中的任何一个细小环节都可能导致患者术后出现严重的并发症。因此,术前充分准备、术中严密监测、术后密切观察是保证手术成功的重要因素^[8]。

综上所述,护理人员对血管内介入治疗颅内动脉瘤患者细致的术前、术中、术后护理对保证手术成功具有重要的意义。

参考文献

[1] Lauric A, Safain MG, Hippelheuser J, et al. Intracranial aneurysms; individual in the risk of rupture [J]. Lancet Neurol, 2014, 13(1): 25-27.
 [2] Greving JP, Wermer MJ, Brown J, et al. Development of

the PHASES score for prediction of risk of rupture of intracranial aneurysms; a pooled analysis of six prospective cohort studies [J]. Lancet Neurol, 2014, 13(1): 59-66.
 [3] Igase M, Igase K, Kohara K, et al. Visit-To-Visit variability in systolic blood pressure is a novel risk factor for the growth of intracranial aneurysms [J]. Cerebrovascular Diseases, 2013, 36(5/6): 401-406.
 [4] 陈兴华. 介入栓塞术治疗颅内动脉瘤的护理 [J]. 中国伤残医学, 2009, 17(4): 5.
 [5] Pereira-Filho AA, Pereira AG, Pereira-Filho N, et al. Long-term behavioral and cognitive outcomes following clipping for incidental unruptured intracranial aneurysms [J]. Neuropsychology, 2014, 28(1): 75-83.
 [6] Thomas AJ, Gross BA. Ruptured intracranial aneurysms in young adults: Seeing the forest for the trees [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2013, 115(12): 2556.
 [7] Oh K, Yc L. Single-session Coil Embolization of Multiple Intracranial Aneurysms [J]. J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg, 2013, 15(3): 184-190.
 [8] Penn DL, Witte SR, Komotar RJ, et al. The role of vascular remodeling and inflammation in the pathogenesis of intracranial aneurysms [J]. J Clin Neurosci, 2014, 21(1): 28-32.

(收稿日期: 2014-04-10 修回日期: 2014-08-20)

连续性肾脏替代治疗尿毒症脑病的护理*

罗纪聪, 袁发煊, 梁 莉[△] (第三军医大学新桥医院肾内科, 重庆 400037)

【摘要】 目的 探讨连续性肾脏替代(CRRT)治疗尿毒症脑病(UE)的护理要点。**方法** 回顾性分析 2009 年 8 月至 2013 年 8 月第三军医大学新桥医院肾内科收治的 40 例 UE 患者的病历资料, 总结 CRRT 治疗 UE 患者的护理要点及治疗效果。**结果** 40 例患者均行 CRRT 治疗, 治愈 35 例, 好转 3 例, 无效 1 例, 放弃治疗 1 例。**结论** 做好 CRRT 治疗 UE 患者的病情观察及各项护理工作促进患者康复的重要保障。

【关键词】 连续性肾脏替代治疗; 尿毒症脑病; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)20-2925-03

尿毒症脑病(UE)也称肾性脑病,是慢性肾功能衰竭患者的严重并发症之一,主要由尿毒症引起中枢神经系统损伤,而产生的一系列神经、精神症状。UE 多出现在透析治疗前,具有发病隐匿、病情危重、病死率高的特点,是肾内科的危急重症。本院收治的 40 例 UE 患者经连续性肾脏替代治疗(CRRT),疗效满意,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析本院 2009 年 8 月至 2013 年 8 月收治的 UE 患者 40 例,其中男 19 例,女 21 例;年龄 14~72 岁,平均 40.05 岁。均有慢性肾病史,其中慢性肾小球肾炎 14 例,慢性肾盂肾炎 6 例,高血压肾病 5 例,糖尿病肾病 5 例,狼疮性肾炎 4 例,药物性肾损害 3 例,多囊肾 2 例,梗阻性肾病 1 例。规律性血液透析(每周 3 次)24 例,不规律性血液透析 13 例,未行血液透析 3 例。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准^[1]: (1)患者确诊为尿毒症;

(2)患者血液生化指标无显著改变或突然加重;(3)患者有明显的神经、精神症状,主要表现为早期的疲劳、乏力、记忆力减退、性格改变等,随着病情发展,患者可出现昏迷、肌肉痉挛、抽搐等症状;(4)排除其他引起神经、精神症状的可能。排除有药物中毒及精神疾病患者。患者均对本研究签署知情同意书,并报医院伦理委员会批准。

1.3 临床表现 40 例患者中,24 例为癫痫大发作,均为阵发性发作,无持续状态出现;9 例为局灶性癫痫,发表现为四肢和(或)头颈部小抽搐,有短暂意识丧失;7 例表现为抑郁、幻觉、妄想、思维紊乱、自杀行为、狂躁、伤人毁物等精神症状。患者脑电图检查结果均异常,多见额顶部占优势的高波幅慢波,均可见棘波、棘-慢波、尖-慢波或各种频率范围的发作性高波幅放电。

1.4 护理方法

1.4.1 神志观察 UE 患者早期无特异性表现,容易漏诊,因

* 基金项目:重庆市科委科技攻关计划项目(2011C236)。

△ 通讯作者, E-mail: shen_39@163.com。