

. 护理技术 .

脑功能区动静脉畸形显微手术后的护理

郑红 董丽 孙君芳

【摘要】目的 探讨脑功能区动静脉畸形(AVM)显微手术治疗的术后护理措施。**方法** 回顾性分析 36 例经显微手术治疗的脑功能区 AVM 患者的术后护理措施,包括基础护理、并发症护理和出院指导。采用 GOS 评分对患者的治疗效果作出评定。**结果** 36 例患者术后随访 6 个月至 2 年,恢复良好 27 例,中残 4 例,重残 3 例,死亡 1 例;术前 Spetiler-Martin 分级 II 级、III 级、IV 级和 V 级预后良好率分别为 100%、92.3%、84.6% 和 100%。**结论** 术后护理是脑功能区 AVM 显微外科手术的重要组成部分,实施积极有效的术后护理,是脑功能区 AVM 取得良好效果的关键。

【关键词】 动静脉畸形;脑功能区;显微手术;护理

【文章编号】 1009-153X(2015)04-0245-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.4; R 473.6

脑动静脉畸形(arteriovenous malformation, AVM)是颅内最常见的血管畸形,是由一团动脉、静脉及动脉化的静脉(动静脉瘘)样血管组成^[1],其病变部位的脑动静脉之间缺乏正常的毛细血管网,动脉与静脉直接相通,形成动静脉间的短路,从而产生一系列血流动力学上的紊乱,出现相应的临床症状和体征。AVM 最常见的症状有出血、癫痫、头痛和神经功能障碍。脑组织重要功能区包括感觉运动皮质、语言功能区、视觉皮质、丘脑及下丘脑、内囊区、脑干、小脑脚及小脑深部的各核群等,累及此部位的 AVM 称为脑功能区 AVM^[2]。近年来我科采用显微手术治疗脑功能区 AVM,配合积极有效的护理措施,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2008 年 6 月至 2013 年 10 月我科收治脑功能区 AVM 患者 36 例,其中男性 21 例,女性 15 例;年龄 6~57 岁,平均 31.1 岁。

1.2 临床表现 本组颅内出血 25 例,其中昏迷 2 例,嗜睡 3 例,偏瘫 14 例,言语障碍 1 例,视力下降 2 例,视野缺损 3 例,其他症状 5 例。颅内未出血 11 例,其中癫痫 6 例,视力下降 1 例,视野缺损 1 例,眼睑下垂 1 例,头痛 2 例。Spetzler-Martin 分级 II 级 8 例、III 级 13 例、IV 级 13 例、V 级 2 例。

1.3 疗效评价 对本组病例的治疗结果,根据 GOS 评分评定疗效^[2],恢复良好和中残定义为预后良好。

2 结果

出院时,恢复良好 20 例,中残 12 例,重残 4 例;预后良好率为 88.9%。36 例患者术后随访 6 个月至 2 年,恢复良好 27 例,中残 4 例,重残 3 例,死亡 1 例,预后良好率为 91.7%。术前 Spetiler-Martin 分级 II 级 8 例,预后良好率为 100%;III 级 13 例,预后良好率为 92.3%;IV 级 13 例,预后良好率为 84.6%;V 级 2 例,预后良好率为 100%。

3 讨论

3.1 基础护理

3.1.1 严密观察病情变化 患者术后均进入重症监护室,严密观察患者瞳孔、生命体征、意识状况及神经系统症状,特别是血压的观察尤为重要。持续监测呼吸、心率、血压及血氧饱和度,急性颅内压增高常引起呼吸、心率及血压等方面的异常改变。意识、瞳孔变化往往早于生命体征变化,是判断脑疝形成的早期征象。密切观察患者意识及瞳孔变化情况,并进行 GCS 评分。对于术后发生中枢性高热者,可给予物理降温。如有病情变化需及时通知医生,及时采取有效治疗措施,以挽救患者的生命。

3.1.2 呼吸道管理 翻身拍背,及时吸痰。保持呼吸道通畅,防止呼吸道梗阻。呼吸道梗阻可发生低氧血症,造成脑缺氧及脑微循环障碍,导致脑组织损害,加重脑水肿。AVM 术后可给予持续低流量氧气吸入,监测血氧饱和度。

3.1.3 常规护理 患者绝对卧床休息,保持病房安静,限制探视,避免情绪激动及劳累,采取有效措施减轻患者的应激状态,帮助患者消除顾虑,树立战胜疾病

的信心。对有脑室引流的患者,需观察引流液的颜色,脑脊液波动不明显时应检查引流管有无扭曲、受压、闭塞、脱落,并注意脑脊液性状,判断是否脑脊液粘稠导致引流不畅,严格控制流速。若引流不畅时,可在严格无菌操作下用少量生理盐水冲洗。

3.2 并发症的护理

3.2.1 脑水肿/脑出血 术后主要并发症是脑水肿/脑出血,其主要原因是正常灌注压突破。正常灌注压突破假说认为术后脑水肿/脑出血是由 AVM 动脉血经畸形血管团直接导入静脉,使动脉内压降低及静脉内压升高,病变附近血管长期处于极度扩张及低压状态,使脑血管自动调节能力下降,当病变切除后,该区域的血流量将随脑灌注压的上升而增加,导致正常灌注压突破综合征^[3]。本组 36 例患者均采用控制性降血压^[4],控制血压低于基础血压 20~30 mmHg,能有效地减少正常灌注压突破的发生。护士需严格控制降血压药的泵入量,根据患者血压情况随时调整。本组 2 例(5.6%)出现脑水肿/脑出血,1 例左额顶叶巨大 AVM,1 例左额顶叶大脑内侧面高流量型 AVM,在发现一侧瞳孔散大后立即报告医生,急诊头颅 CT 示原畸形血管团腔内血肿,行颅内血肿清除+去骨瓣减压术;术后均遗留有偏瘫,右上肢肌力 IV 级,右下肢肌力 III 级。提示巨大型及高流量型 AVM 手术风险性大,术后极易发生正常灌注压突破,对于已发生正常灌注压突破的患者,在第一时间采取有效措施是改善患者预后的关键。

3.2.2 肢体功能障碍 对于脑功能区 AVM,术后局部水肿及小面积脑梗死均可引起神经功能障碍。本组出院时 7 例遗留不同程度偏瘫,后期随访中 3 例获得改善。因此,在临床护理工作中,需随时观察患者肢体功能情况,熟练掌握肌力分级并进行评分,做好记录和交接,一旦发现异常,应立即报告医生。同时积极配合康复师进行针对性的康复锻炼,以及高压氧、针灸、按摩理疗等治疗和护理。

3.2.3 语言功能障碍 大脑半球言语功能区受累可出现失语,本组 1 例言语障碍者术后完全好转,3 例术后出现一过性感觉或运动性失语,1 例遗留重度运动性失语。对失语患者应加强心理护理,鼓励护患之间及其与亲属之间的沟通和交流,注意减慢语速,语言简单明了,从小孩“牙牙学语”开始训练,同时可配合形体语言及实物图片进行训练。鼓励患者,增强其自信心,耐心表达,切忌嘲笑患者。也可对家属进行健康宣教,促其积极配合护理治疗工作。

3.2.4 癫痫 出血、胶质增生或局部缺血均可促进癫痫的发生,同时术后低钠血症及代谢性酸中毒亦可诱导。对于有癫痫发作病史或癫痫发作者,护士需严密观察癫痫发作的频率和强度,并做好防范措施及抢救记录。一旦患者出现癫痫大发作,需及时报告医生并快速静脉注射地西洋 10 mg,并遵医嘱使用抗癫痫药物。同时患者取平卧位,解开衣领,头侧向一边,清理口腔异物,用压舌板防止舌咬伤,并给予中流量吸氧,不可强用力按压患者,以免造成骨折及脱臼。本组患者因癫痫发作入院 6 例,术后口服抗癫痫药物,患者癫痫症状均得以控制。

3.3 出院指导 出院患者需告知其长期复诊及随访,时间为术后 3 月、半年、1 年、2 年、3 年。对出院时存在神经功能障碍者,出院后仍需坚持功能锻炼,减少重体力活动,保持情绪稳定。术前及术后有癫痫症状者需遵医嘱继续服用抗癫痫药物,并指导其定期复查肝功能。

AVM 是严重威胁人类健康的疾病,特别是脑功能区 AVM,其致残率和死亡率高,一直是神经外科棘手的问题,治疗效果欠佳。随着显微神经外科技术的不断进步,显微手术切除 AVM 技术已日趋成熟^[5]。术后护理是脑功能区 AVM 显微外科手术治疗围手术期的一个重要组成部分,实施积极有效的术后护理措施,是取得良好疗效的重要举措。

【参考文献】

- [1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2004. 632-654.
- [2] Spetzler RF, Martin NA. A proposed grading system for arteriovenous malformation [J]. J Neurosurg, 1986, 65(4): 476-483.
- [3] Morgan MK, Johnston IH, Sundt TM Jr. Normal perfusion pressure breakthrough complicating surgery for the vein of Galen malformation: report of three cases [J]. Neurosurgery, 1989, 24: 406-410.
- [4] Nagao S, Ueta K, Mino S, et al. Monitoring of cortical blood flow during excision of AVM by thermal diffusion method [J]. Surg Neurol, 1980, 32: 137-143.
- [5] 孙荣君,王少兵,蒋泳,等. 脑动静脉畸形的显微手术体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17: 5-7.

(2014-03-17 收稿, 2014-07-14 修回)