

· 护理技术 ·

颅内破裂动脉瘤急诊夹闭术围手术期护理

张晓燕 张 穗 宋利亚

【摘要】目的 探讨颅内破裂动脉瘤急诊夹闭术围手术期护理。**方法** 2013 年 1 月至 2014 年 6 月急诊开颅动脉瘤夹闭术 95 例,手术室护士充分的术前准备,术中默契的配合,使术者在最短时间清除血肿,夹闭瘤颈。**结果** 95 例中,2 例术后 CT 复查示颅内出血,再次开颅手术清除血肿;5 例术中发生再次破裂出血,经两组血液回收机吸引回收自体血,保证术野清晰,找到破裂的血管,进行完全夹闭,并将自体回收的血液过滤、清洗后,给患者输入;其余术后均经 CT 复查安返专科监护室。**结论** 需急诊手术的颅内破裂动脉瘤,多继发脑疝,病死率很高,需要争分夺秒紧急手术,手术难度大,手术室配合至关重要;术者娴熟的显微操作技术和手术室护士熟练的配合是手术成功的保证。

【关键词】 颅内破裂动脉瘤;急诊手术;围手术期;护理

【文章编号】 1009-153X(2016)05-0308-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

颅内动脉瘤破裂是蛛网膜下腔出血最常见的原因^[1],可导致脑内血肿、脑血管痉挛、脑缺血、脑水肿等一系列病理改变,病死率和致残率都很高^[2]。2013 年 1 月至 2014 年 6 月急诊开颅动脉瘤夹闭术 95 例,现将围手术期护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 95 例中,男 54 例,女 41 例;年龄 19~74 岁,平均(53±11)岁。DSA 确诊为动脉瘤,其中前交通动脉动脉瘤 30 例,大脑中动脉动脉瘤 20 例,后交通动脉动脉瘤 45 例。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理

1.2.1.1 环境准备 值班护士接到急诊手术通知后,立即通知值班医生;选择百级净化手术间,调节室内温度 22~24 ℃、湿度 50%~60%。患者入室时,巡回护士在手术室门口迎接,与护送的医护人员做好交接,全程护送患者到手术间,以缓解清醒患者及家属的紧张情绪,避免由于寒冷、紧张、恐惧等引起血压的变化而导致动脉瘤再次破裂。

1.2.1.2 物品准备 除常规开颅手术器械外,另备显微镜连接系统及录像系统、脑用头架及脑钉、脑显微手术器械、各种型号的动脉瘤夹、动脉瘤夹钳、蛇形撑开器、吸引器调节阀、脑用电钻、铣刀、双极电凝、头皮夹、骨蜡、速即纱、点棉袋、显微镜套、脑用手术

巾、显影带线棉片、自体血液回收机及配件、罂粟碱等。术前要备足血源,以防急用。

1.2.2 术中护理

1.2.2.1 巡回护士的护理 患者入手术室后,巡回护士将患者妥善固定,迅速建立静脉通道,去掉患者身上影响手术的衣服及饰物。介入中转的患者,要妥善固定介入穿刺部位,以防出血。配合麻醉医生进行麻醉、动脉及中心静脉的穿刺,双眼贴一次性水凝胶护眼敷料封闭眼睑,棉球卷成锥形塞入耳孔,以防止消毒液流入眼睛灼伤角膜和流入内耳道。协助手术医生摆手术体位,做好骶尾部及容易受压部位的防护,注意患者保暖。与洗手护士共同清点台上的物品,尤其是带线面片及缝针,连接吸引装置两套并保证通畅。将手术所用的各种仪器准备到位,使其处于正常备用状态。仪器、器械车、麻醉机、显微镜合理摆放,互不干扰又方便使用。术中关注中心静脉压、心率、尿量及手术进展情况,尤其是在夹闭瘤颈前进行控制性降压时,密切观察血压的变化。术者若运用临时阻断夹暂时阻断载瘤动脉时,应准确记录阻断时间,每过 5 min 提醒术者一次,临时阻断不要超过 15 min。分离瘤颈时,有动脉瘤破裂的危险,严禁移动手术床、手术托盘及显微镜,如需升降手术床及调整显微镜应暂停手术操作。因为任何小的震动都有可能造成显微镜下操作失误。注意自体血回收、肝素盐水的滴入速度,避免回收的血液凝固成块。认真执行医嘱,术后与洗手护士共同清点台上物品。

1.2.2.2 洗手护士的护理 洗手护士将所用器械准备齐全,提前洗手上台,将术中所用的器械、物品按手

术前后使用顺序摆放整齐。消毒铺单后贴好手术膜,安装并连接好开颅电钻、铣刀、自体血液回收系统,显微镜套好无菌保护套备用。开颅时常规配合,在使用铣刀、磨钻时持续向切口滴入生理盐水,减少骨沫飞扬,同时起到降温的作用。术中密切观察手术步骤。使用显微镜后,可通过摄像系统观察,及时、准确地传递器械,使术者眼球不离开显微镜就可拿取。根据手术部位的深浅调整器械及双极镊的长度,并将带显影线的脑棉片剪成 1、2、3 cm 规格的长度浸湿放于特制的棉片板上备用。用后的脑棉片及时收放到定制的点棉袋中,利于术后清点又预防丢失。手术接近动脉瘤时,多采用银质剥离器钝性分离。瘤颈分离后,根据其角度、形状、粗细递上选好的动脉瘤夹,用持夹钳夹稳后递给术者,力度适中。夹闭完成后同巡回护士仔细清点物品无误后关颅。术后对显微器械要特别保护,避免相互撞击。

1.2.3 术后护理 手术结束后给患者擦净血迹,包扎伤口,注意保暖。观察瞳孔的变化,与手术医生、麻醉医生一起进行 CT 复查后送入专科监护室,与监护室护士做好交接,包括引流管放置的位置、中心静脉内置深度、动脉的留置情况及患者皮肤情况等。

2 讨论

动脉瘤破裂急诊手术的患者,大部分并发脑疝,病情危重,要争分夺秒进行抢救。因对患者既往史了解不多,手术风险大,术中不可预见情况多,术后并发症也较多。术中增加了许多不可预测的风险,要密切观察患者的病情变化。

为了预防术中动脉瘤破裂,巡回护士要接两条吸引器装置,一旦动脉瘤破裂也不要惊慌,沉着冷静,积极配合输血、输液;并且保证两组吸引装置畅通无阻,保证术野清晰。

颅内动脉瘤夹闭术须借助手术显微镜,使用精细的显微器械,所以术前备好显微镜、显微器械及动脉瘤夹,使其处于良好备用状态。

术中使用自体血液回收机,将患者自体血经回收、过滤、清洗后回输患者体内,既安全有效,又经济简便,为挽救患者的生命赢得了时间;还解决了血源紧张和避免因输入异型血而出现血源感染和过敏反应等情况^[3],患者可不接受或少量接受异体血。

脑血管病急性期存在不同程度的脑水肿和颅内压急剧增高,随时危及患者的生命,因此降颅内压治疗显得尤为重要。甘露醇是临床上常用的渗透性利尿脱水剂,在急性脑水肿期需要使用甘露醇进行治

疗,巡回护士正确掌握输注的速度及时间。

动脉瘤颈可靠夹闭是手术成功的必要条件,在选用瘤夹时应考虑到动脉瘤夹闭后形状变化,动脉瘤夹长度必须超过瘤颈夹扁后 2 mm 左右,才能保证夹闭完全,但如超出过多有可能损伤穿支动脉和神经组织^[4]。因此,动脉瘤夹让术者提前选好后开在台上备用。动脉瘤夹非常精细,洗手护士一定要正确操作,保证夹子的正常功能。在递上动脉瘤夹时,一定要夹稳,不要用力过度,以防夹子受损,夹住瘤颈后张力减弱,而不能完全夹闭引起出血;或者在关颅后出血,形成颅内血肿。

术中所用的电动颅骨钻、双极电凝、高频电刀、电动磨钻、铣刀等仪器设备,要掌握正确使用方法,确保术中状态良好;用后及时清除血迹,以防血凝块及骨头碎屑堵塞造成仪器的损坏。

术后早期进行脑血管痉挛的预防及护理是降低颅内动脉瘤开颅夹闭术后残疾率、提高患者生存质量的关键^[5]。所以在动脉瘤夹闭后,台上备有罂粟碱棉片敷于脑血管,提前预防脑血管痉挛的发生。

脑动脉瘤破裂出血,病死率很高,手术难度大,手术室配合至关重要^[6],配合的好坏直接影响手术效果,应在思想上高度重视,充分预见术中可能出现的情况,必须掌握熟练的技术和应急的能力,才能在手术过程中争取时间,挽救患者的生命,减少术后并发症。

【参考文献】

[1] 宋 峰,王建荣. 手术室护理管理学[M]. 北京:人民军医出版社,2004. 532.
[2] 胡新焕. 显微镜下颅内动脉瘤夹闭术的手术配合[J]. 护士进修杂志,2007,22(9):823-824.
[3] 黄慧冬,黄淑萍,陈冰红. 异体输血与自体血回输应用分析及护理进展[J]. 中外健康文摘,2013,10(1):354-355.
[4] 李林繁,彭 彪,麦洁文,等. 手术夹闭和介入栓塞对前通动脉瘤的疗效分析[J]. 临床神经外科杂志,2008,5(3):146-147.
[5] 牟淑华,闫大为,刘晓玲,等. 颅内动脉瘤开颅夹闭术后脑血管痉挛预防及护理[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(6):45-46.
[6] 王海宏. 急诊颅内动脉瘤夹闭术的配合体会[J]. 临床合理用药,2010,3(11):114.

(2014-08-15 收稿,2015-03-01 修回)