

实施高流量搭桥治疗复杂颅内动脉瘤的术后护理体会

袁巧玲

【摘要】目的 总结颅内复杂动脉瘤(CIAs)高流量移植搭桥术后护理经验。**方法** 回顾性分析2011年7月至2015年7月行动脉瘤孤立+高流量搭桥术治疗的7例大脑中动脉CIAs的临床资料,术后密切观察病情变化;做好脑缺血的观察与护理;注重体位、肢体的保护,鼓励早期离床活动和保证足量饮水等可以避免出现不可逆的神经功能损害;同时加强心理护理。**结果** 1例术后出现血压增高,2例出血脑缺血症状,及时处理后,血压控制良好,脑缺血症状改善。切口均干燥、清洁,愈合良好。**结论** 有效的护理能够帮助保证手术的成功。

【关键词】 颅内复杂动脉瘤;高流量搭桥术;护理

【文章编号】 1009-153X(2017)01-0053-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

颅内复杂动脉瘤(complex intracranial aneurysms, CIAs)与常规动脉瘤比,治疗难度大,常规夹闭术或栓塞术难以奏效,往往需要结合各种复杂的治疗技术^[1]。主要特点是病变大,结构及血供复杂,治疗难度大。在处理某些部位的复杂动脉瘤时,由于无法进行直接手术夹闭,为将动脉瘤排除于血液循环之外,需要将动脉瘤孤立。在孤立动脉瘤的同时,如果载瘤动脉供血区域无法得到有效的血供代

偿,患者将出现严重的脑梗死,因此对此类复杂动脉瘤,需应用移植血管进行颅内外搭桥术,以保证载瘤动脉功能区域的血流供应。2011年7月至2015年7月对7例大脑中动脉CIAs行动脉瘤孤立+高流量搭桥术治疗,通过术后密切观察病情变化,积极预防并发症并给予抗脑血管痉挛药物治疗,注重心理护理等措施取得了满意疗效。现将术后护理中需要注意的几个问题总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 7例中,男3例,女4例;年龄28~57岁,平均38岁;头痛5例,恶心呕吐4例,视力下降、

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.01.022

作者单位:100050 北京,首都医科大学附属北京天坛医院神经外科
(袁巧玲)

视野缺损 3 例;均行 DSA 诊断。

1.2 手术方法

1.2.1 移植血管取材 5 例用桡动脉,颅内血管搭桥取桡动脉长度为 18~20 cm;2 例用大隐静脉,长度为 18~22 cm。取下的移植血管均用 10 U/ml 肝素生理盐水和 3%罂粟碱处理,预防血管痉挛。

1.2.2 颅内血管吻合 血管搭桥时,应注意颈外动脉发出舌动脉分支远端与移植血管行端-端吻合或端侧吻合。颅内血管搭桥完毕后,将动脉瘤近心端和远端的供血动脉结扎和夹闭,阻断动脉瘤的全部供血。

1.3 结果 术后早期(4~8 d)复查 DSA,6 例吻合口通畅,动脉瘤消失;1 例吻合口未通。

2 术后护理

2.1 严密观察病情变化、保持血压平稳 术后 72 h 内严密观察生命体征和神经功能状态,保持血压正常或轻度升高^[2]。同时扩充血容量,必要时用尼莫通等防止血管痉挛。术后需持续监测血压,控制血压是保证预防术后血栓和维持血液脑灌注的重要措施之一。血压降低过多会造成脑灌注不足而引起脑损害,也会引起血管内血栓形成,导致手术失败。颅内出血是术后最严重的并发症,多发生在术后 24~72 h 内,术后应卧床休息,避免情绪波动,避免血压骤然升高导致再出血。严密观察意识和瞳孔的变化,发现有出血征象时,应立即通知医生处理。本文 1 例出现血压升高,达(140~150)/(90~95)mmHg,给予尼莫地平 10 mg 泵入,持续 24 h,血压控制在(120~130)/(82~88)mmHg;血压控制平稳。

2.2 脑缺血的观察护理 术后脑缺血主要有两方面的原因:一是术中血运闭塞时间过长导致脑缺血,其次是桥血管不通畅或闭塞导致相关供血区域梗死。术后注意观察有无动脉供血区神经功能缺失,如出现神志、语言、肢体活动等改变,及早发现病情变化^[3]。积极控制颅内压也是改善脑灌注、预防缺血的一个重要途径,首选 20%甘露醇,严密监测血、尿及电解质的变化。本文 2 例出现脑缺血的状况,给予降低颅内压 20%甘露醇静脉输入和补充输血量,改善脑灌注,2 例脑缺血患者症状改善。

2.3 体位护理 全麻未清醒时平卧位,头偏向对侧,注意保持呼吸道通畅;清醒后抬高床头 15°~30°,头部活动时动作要慢,防止移植血管扭曲^[4]。

2.4 移植血管部位的观察与护理 术后 24 h 严密观察颅面部皮下潜行的移植血管搏动,并注意与对侧比较,头部应枕水袋,禁压患侧,翻身时注意头部的

保护,动作应轻柔,保持切口干燥、清洁^[5]。

2.5 鼓励早期离床活动 生命体征平稳后即应鼓励患者尽早下床活动,既可减少下肢深静脉血栓形成的机会又可以促进全身血液循环,减少血管内血栓形成。应避免用力过度,吻合口需要至少 2 周左右的时间才能完全愈合,防止颅内压突然增高使吻合口渗漏发生颅内出血。术后 1 月内避免用力活动。本文患者未发生下肢深静脉血栓及颅内出血。

2.6 鼓励足量饮水、维持足够血容量 术前长时间禁食水及手术中出血和体液的丢失都可造成术体内水分不足,术后鼓励患者足量饮水,不仅可以帮助补充体内丢失的水分,保证足够的有效循环血量,还可降低血液的粘稠度,减少血管内血栓形成的机会。

2.7 肢体护理 取桡动脉的上肢应注意保持伤口部位的干燥、清洁,注意观察有无渗血、渗液、水肿及皮肤色泽、温度的改变等情况,尽量用软枕垫高患肢。对切取大隐静脉的下肢,注意观察患肢足背动脉的搏动及下肢的血液循环,伤口保持清洁、干燥,同时抬高下肢 15°~30°,利于静脉血的回流,减轻局部肿胀,尤其注意不要在患侧肢体做有创操作。

总之,CIAs 的手术复杂,创伤大,搭桥术后患者的护理影响手术疗效。术后做到严密监测生命体征,保持血压平稳,密切观察颅内出血的征兆,积极预防脑血管痉挛、脑缺血等情况的发生;同时注意切取大隐静脉和桡动脉的术后护理,加强神经功能康复训练,积极预防并发症以帮助保证手术的成功。

【参考文献】

[1] Hanel RA, Spetzler RF. Surgical treatment of complex intracranial aneurysms [J]. Neurosurgery, 2008, 62 (6 Suppl 3): 1289-1299.

[2] 吴波,黄秀兰,胡娜. 颅内复杂动脉瘤患者的围手术期护理[J]. 中华现代护理杂志,2009,15(27):2782-2784.

[3] 陈蕾,马官英,陈俊. 颅内复杂动脉瘤行搭桥血管重建术围手术期安全管理[J]. 中国医药导刊,2010,12(12):2147-2149.

[4] 程剑英,陈光忠,梁雪峰. 颅内外血管搭桥治疗颅内复杂动脉瘤的观察与护理[J]. 护理实践与研究,2011,16(8):84-85.

[5] 申静,周秀珍,张燕. 血管重建术治疗颅内复杂动脉瘤围手术期护理体会[J]. 护士进修杂志,2015,9:812-814.

(2016-03-09 收稿,2016-04-07 修回)