

# 颅内动脉瘤血管内治疗围手术期护理体会

严启荣 付强 张珊 王莉 潘丽萍

**【摘要】目的** 探讨颅内动脉瘤血管内栓塞治疗的围手术期护理方法。**方法** 回顾性分析2012年5月至2017年3月采用血管内栓塞治疗的46例颅内动脉瘤的临床资料。**结果** 术后2例因血管痉挛致脑梗死,1例再次出血死亡,1例出现脑积水行脑室-腹腔分流术,42例恢复良好。**结论** 颅内动脉瘤经血管内栓塞治疗,创伤小,并发症少;围手术期积极护理干预,可以降低并发症发生率,缩短住院时间。

**【关键词】** 颅内动脉瘤;血管内栓塞治疗;围手术期;护理

**【文章编号】** 1009-153X(2017)08-0589-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

颅内动脉瘤破裂出血是自发性蛛网膜下腔出血的最常见原因,大约占85%。随着神经介入外科学的发展与进步,血管内治疗已成为颅内动脉瘤重要的治疗手段。2012年5月至2017年3月采用血管内栓塞治疗颅内动脉瘤46例,取得满意疗效,现将围手术期护理体会总结如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 46例中,男21例,女25例;年龄42~71岁,平均54.6岁。意识不清8例,头痛32例,无症

状6例。合并高血压病史23例,吸入性肺炎8例。头颅CT、CTA、MRA及DSA检查确诊动脉瘤。CT示蛛网膜下腔出血40例,未见出血6例。

1.2 治疗方法 均在全麻下行血管内栓塞治疗,其中单纯弹簧圈栓塞19例,支架辅助弹簧圈栓塞27例。

1.3 结果 术后2例出现血管痉挛导致脑梗死,其中1例基底节区梗死导致肢体偏瘫,肌力2级;1例枕叶梗死。1例术后3d突发意识不清、双侧瞳孔散大,复查头颅CT示再次破裂出血,最后死亡。1例术后出现脑积水行脑室-腹腔分流术。另42例恢复良好。

## 2 护理

2.1 术前护理 ①稳定病人情绪。对未破裂动脉瘤,应充分与病人沟通,减少病人焦虑及恐惧;对出血烦躁病人,应静脉给予镇静药物。②血压管理。对既

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.08.024

作者单位:441700 湖北,襄阳市谷城县人民医院神经外科(严启荣、付强、张珊、王莉、潘丽萍)

通讯作者:付强,E-mail:qiangfu1973@163.com

往有高血压病人给予静脉降压药物,控制血压,一般控制在130~140 mmHg,平均动脉压控制在75~90 mmHg。没有高血压病人对尼莫地平敏感,应减少尼莫地平用量,避免低血压。③嘱病人绝对卧床休息,向家属告知卧床的必要性及重要性,一切生活护理均有护士或者家属完成。④保持大小便通畅,术前病人意识清楚状态下,不建议插导尿管,导尿管可能引起病人不适,刺激病人诱发动脉瘤再次破裂出血,尽量用开塞露通便,避免用力大便时诱发动脉瘤再次破裂出血。

2.2 术后脑血管痉挛护理 目前,多主张蛛网膜下腔出血3 d内手术,尽可能避开脑血管痉挛高峰期。术后给予尼莫地平持续微量泵经静脉泵入,同时严密观察病人心率、血压,保持足够的血容量。术后为尽快排出蛛网膜下腔的血液,减少血对脑组织的刺激,减少脑积水发生概率,一般术后第2天行腰大池置管外引流术,持续释放血性脑脊液。在给病人翻身过程中,保护好引流管道,注意观察腰部穿刺点是否脑脊液渗出,注意消毒保持干燥,减少穿刺部位感染进而逆行性引起颅内感染。

2.3 术后穿刺点护理 压迫出血点应该选择在穿刺点上方,而不是穿刺点,因为穿刺过程中都是倾斜进针,动脉穿刺点与皮肤穿刺点不在同一个位置。对未放支架病人,术后一般用鱼精蛋白中和肝素后就可拔除导管鞘。注意局部穿刺点有无渗血、瘀斑及血肿,以及观察患侧足背动脉搏动是否良好。对于释放支架病人,一般保留导管鞘至第2天,待病人病情稳定才拔除股动脉鞘,以防血栓形成。在此过程中,需保护好股动脉鞘,防止病人将鞘拔除或折断股动脉鞘。本文术后3例病人出现穿刺部位血肿,大约2周后血肿自行吸收;1例出现穿刺部位假性动脉瘤,给予持续按压穿刺点1 h,彩色多普勒超声检查示假性动脉瘤消失。

2.4 支架释放术后护理 对支架辅助弹簧圈栓塞病人,术后一般给予欣维宁微量泵静脉注射,一般2~6 ml/h,术后4 h复查凝血功能,如果病人凝血功能正常,给予低分子肝素5 000 U皮下注射。第二天口服波立维及拜阿司匹林。在此过程中,严密病人意识及肢体肌力。若发现病人意识变差或肢体偏瘫需告知手术医师,必要时急诊复查脑血管造影,排除颅内支架处血栓形成可能。本文1例术后4 h出现意识

障碍加深,血压升高,双侧瞳孔等大等圆,复查头颅CT未见出血,急诊复查造影,示支架处血栓形成,给予动脉超选择溶栓,术毕载瘤动脉通畅,病人预后良好。

### 3 讨论

动脉瘤破裂后再出血可发生在术前、术中甚至术后,病人情绪激动、精神紧张、用力大便等因素都可诱发颅内动脉瘤再出血,也与术中微导丝、微导管将动脉瘤刺破以及栓塞不致密或过度栓塞、术后抗凝等有关。同时血压的波动或高压注射器在造影时引起动脉瘤腔内压力升高导致动脉瘤再出血<sup>[2]</sup>。脑血管痉挛严重影响病人预后,是血管内治疗术后常见并发症,可表现为一过性神经功能障碍<sup>[3]</sup>。一般脑血管痉挛高峰期在出血后3~14 d,发生率在30%~50%<sup>[4]</sup>。脑血管痉挛可导致颅内低灌注,引起脑梗塞,继而出现严重脑功能障碍。术中发现脑血管痉挛可给予罂粟碱经微导管超选择给药,术后给予尼莫同微量泵静脉注射,行腰大池置管释放血性脑脊液,可减少脑血管痉挛发生概率<sup>[5,6]</sup>。

总之,血管内栓塞治疗是颅内动脉瘤有效治疗方法之一,做好围手术期的护理,可减少并发症,提高治疗效果。

### 【参考文献】

[1] 陈立群. 颅内动脉瘤栓塞术中并发症的观察与护理[J]. 中国社区医师, 2010, 28(253): 167-168.  
 [2] 韩凤伟, 杨玉香, 呼铁民, 等. 循证护理在预防颅内动脉瘤破裂再出血中的应用[J]. 现代护理, 2011, 8(6): 84-85.  
 [3] 伍杰, 杨铭, 李俊, 等. 支架辅助弹簧圈栓塞治疗颅内动脉瘤相关并发症分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19: 196-199.  
 [4] 冯正健, 伍益, 黄戈, 等. 颅内动脉瘤的血管内治疗[J]. 河北医学, 2010, 16(12): 1481-1482.  
 [5] De Gans K, Nieuwkamp DJ, Rinkel GJ, et al. Timing of aneurysm Surgery in subarachnoid hemorrhage: a systematic review of Literature [J]. Neurosurgery, 2002, 50: 336-340.  
 [6] Dietrich HH, Dacey RG. Molecular keys to the problems of cerebral vasospasm [J]. Neurosurgery, 2000, 46: 517-530.

(2017-03-31 收稿, 2017-06-19 修回)