

[4] 郭玲, 张侠. 强直性脊柱炎伴全髋关节置换术术中的体位护理[J]. 全科护理, 2013, 11(12): 1083-1084.

[5] 王建华. 脊柱后路手术病人体位护理模式分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2017, 34(3): 342-343.

[6] 任震晴, 曹秀红, 窦红梅, 等. 脊柱后凸畸形病人行上腹部手术时的体位护理[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(4): 28-29.

[8] 赵征华, 陈庆红, 胡少飞, 等. 强直性脊柱炎伴严重脊柱后凸畸形病人术中体位的护理[J]. 现代临床护理, 2016, 15(6): 48-50.

(2017-08-31 收稿, 2017-10-11 修回)

眶外侧入路夹闭后交通动脉动脉瘤围手术期护理

刘雅静 张红波 李明昌 陈谦学 田道锋 简志宏 张世忠

【摘要】目的 总结眶外侧入路夹闭后交通动脉动脉瘤围手术期护理经验。**方法** 回顾性分析 2016 年 1~12 月采取眶外侧入路显微夹闭术治疗的 78 例后交通动脉动脉瘤的临床资料, 总结其围手术期护理要点和方法。**结果** 急性起病 67 例, 慢性起病 11 例; 均采用眶外侧入路开颅, 开颅时间为 15~30 min, 平均 21.8 min。术后 1 例脑血管痉挛出现大面积脑梗死合并脑疝, 行右额颞开颅去骨瓣减压术。**结论** 眶外侧入路显微夹闭后交通动脉动脉瘤围手术期重点内容的针对性护理观察, 可以及时发现围手术期并发症, 提高临床疗效。

【关键词】 颅内动脉瘤; 后交通动脉瘤; 眶外侧入路; 夹闭术; 护理

【文章编号】 1009-153X(2018)05-0374-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

眶外侧入路具有操作时间短、创伤小、不用剃发等优点, 被广泛用于后交通动脉动脉瘤夹闭术^[1]。本文回顾性分析 78 例眶外侧入路夹闭术治疗的后交通动脉动脉瘤的临床资料, 总结围手术期护理经验。

1 资料与方法

1.1 研究对象 78 例中, 男 46 例, 女 32 例; 年龄 37~79 岁, 平均 52.6 岁。破裂动脉瘤 67 例, 未破裂动脉瘤 11 例。头痛 76 例, 恶心呕吐 65 例; 颈项强直 62 例, 视力障碍 9 例, 意识障碍 39 例, 动眼神经麻痹 15 例; 肢体乏力 27 例, 癫痫发作 2 例; 头晕、精神差、纳差等不典型症状 39 例。既往有高血压病 42 例、糖尿病 56 例。CTA 及 DSA 结果显示为后交通动脉动脉瘤, 其中镜像后交通动脉动脉瘤 4 例。78 例均接受眶外侧入路单侧夹闭术, 其中包括 4 例镜像动脉瘤均一次手术夹闭。

2 围手术期护理

2.1 手术切口处理及配合 术前护士要做好头部剃

发准备, 预定切口为发际内 1 cm, 眉弓中点上方至眶外侧壁走行形到颧弓上方 1.5 cm, 长 4~6 cm。剃发范围略大于切口, 切口后方约 2 cm, 长 6~8 cm, 标记眶上神经、关键孔及面神经额支体表位置。剃发时要避免头部表皮损伤, 剃发后肥皂水清洁反复清洁头部 2~3 次, 吹干后带手术帽固定, 防止头发滑落至切口。麻醉好后, 采用龙胆紫消毒水标记切口, 先用碘酊消毒, 再用 75% 酒精消毒清洁, 切口贴第一层无菌膜保护, 铺无菌巾后再贴手术切口膜二次保护, 防止感染。术后注意观察眼部肿胀、触摸伤口周围, 观察有无渗液, 嘱病人皱眉了解面纹情况。

2.2 头痛护理 本文突发头痛 66 例, 间断慢性头痛 10 例。护理人员首先应分辨头痛情况、诱发或加重因素及伴随症状等, 处理方式和原则应遵循轻重缓急等顺序。对于头痛合并恶心、呕吐, 应将病人头部侧向出血侧, 减少头部搬动, 防止误吸和窒息。神志清楚、脑膜刺激征不明显病人, 可予以药物镇痛。通过询问病人和家属了解诱发和加重头痛原因, 如发热、咳嗽、颅内压增高、脑血管痉挛、精神紧张及家属情绪等影响, 予以专科知识宣教, 采取心理辅导, 健康小课堂安抚指导病人及家属学会自我调节, 减少情绪激动, 心态良好, 树立战胜疾病的信心。症状性头痛予以对症处理, 使用脱水、解痉、镇静、降温及止吐等对症处理。同时, 护士在交接班时要对头痛剧烈、

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.05.027

作者单位: 430060 武汉, 武汉大学人民医院神经外科(刘雅静、李明昌、陈谦学、田道锋、简志宏); 510282 广州, 南方医科大学珠江医院神经外科(张红波、张世忠)

通讯作者: 张红波, E-mail: hongbozhang99@smu.edu.cn

情绪波动较大的病人予以交接班,做好重点监护。

2.3 动眼神经观察 后交通动脉动脉瘤因动眼神经临近后交通动脉容易被累及损伤。围手术期护理时,注意观察病人瞳孔大小、眼球活动和眼睑大小。护理过程中,病人神志与动眼神经的关系很重要,不是成正比,动眼神经损伤可表现为瞳孔散大,而脑疝病人会出现意识障碍或骨窗张力改变。眼睑闭合不全及眼球运动障碍病人护理时要讲解动眼神经损伤的相关知识,明白病人可能因眼貌体征改变影响疾病恢复。主动引导病人,介绍动眼神经功能及治疗方法,帮助消除紧张悲观心理。表现为瞳孔散大,定期观察神志状态,排除假阳性。

2.4 血压观察 术后需要服用降压药物的病人要根据其文化水平、学习能力、家庭配合程度等提高对蛛网膜下腔出血和围手术期高血压疾病知识的认识和信念。告诉病人高血压病临床表现、疾病转归、用药方法和预防手段,强调血压动态稳定对防止心脑血管损害的重要性。定量服用药物,熟悉服用降压药物的名称、剂量及注意事项等。术后养成定期服药习惯与日常生活习惯配合,自觉服药,控制好血压。而对于术后血压恢复正常的病人也要进行血压跟踪护理和记录,养成良好的饮食和运动习惯,维持血压恒定。

3 讨论

后交通动脉动脉瘤约占脑动脉瘤的 30%。夹闭术方式依动脉瘤形态、大小、位置、载瘤动脉及分支、临近脑组织和神经结构等采取不同入路^[2]。眶外侧入路是在传统入路基础上演变而来^[3-5]。入路切口沿着眶外侧皮纹,切口隐藏在额纹内,手术通道较传统入路路径短,更有利于对靠近中线部位病变的显露效果。一般无需咬除蝶骨嵴和颞骨鳞部,骨窗小,复位固定不影响外观,具有操作时间短,创伤小,不用剃发等优点。围手术期对切口护理要求不同于传统手术,术前不用全剃发备皮,切口位于发际内不影响外观。护理人员要积极宣教,消除病人担心伤口感染的心理影响。

本文病例多为动脉瘤破裂急性起病,头痛是常见症状。针对头痛病人围手术期干预,要及时早期分辨头痛成因,协助医师减轻病人头痛,排除危险性头痛^[6,7]。头痛原因与多种因素有关,最常见的是血性液体刺激脑部血管,引起颅内压和无菌性炎症。后交通动脉动脉瘤另一个最具代表性的体征是动眼

神经麻痹,既可作为就诊的主要症状,也可以是并发症^[8,9]。我们采取个体化护理,对合并动眼神经麻痹病人采取心理疏导,与眼科专科护士配合协同护理,未发生暴露性角膜炎及感染等问题。后交通动脉动脉瘤与动眼神经的特殊关系,容易出现动眼神经损害表现^[10]。动眼神经损伤多为一过性或机械性,及时早期的物理康复、针灸理疗、高压氧以及营养神经药物可以帮助神经功能改善。

总之,眶外侧入路夹闭术后交通动脉动脉瘤围手术期重点内容的针对性护理观察,可以减轻护士工作量,降低围手术期并发症。

【参考文献】

- [1] 罗 勇,吴立权,陈谦学,等.动脉瘤性SAH迟发性脑血管痉挛的多元因素分析[J].中国临床神经外科杂志,2007,12(9):525-527.
- [2] 蔡 强,陈谦学,杜 浩,等.颅内巨大动脉瘤的临床特征及手术策略[J].中国临床神经外科杂志,2010,15(9):517-519.
- [3] 张 健,朱响,孙春明,等.经眶上外侧入路显微手术治疗前交通动脉破裂动脉瘤的效果[J].中国脑血管病杂志,2016,13(9):484-488.
- [4] 刘 晟,张 涛,高文波,等.翼点入路联合部分眶顶和额骨颧突切除治疗前交通动脉破裂动脉瘤的效果分析[J].中国脑血管病杂志,2017,14(2):98-102.
- [5] 秦 冰,应广宇,胡 华,等.经眶上外侧入路夹闭颅内前循环动脉瘤的临床应用[J].浙江大学学报(医学版),2015,44(4):383-388.
- [6] 张文霞,梁军利,瞿千千,等.动脉瘤性蛛网膜下腔出血栓塞术后脑脊液置换的护理[J].大家健康(学术版),2013,7(9):125-126.
- [7] 温尊甲,吴 超,沈梅芬,等.动脉瘤性蛛网膜下腔出血患者疲乏现状及其影响因素分析[J].护士进修杂志,2016,31(18):1680-1683.
- [8] 倪梁燕,张世明.颈内动脉眼动脉段动脉瘤夹闭术的手术配合与护理[J].护士进修杂志,2011,26(22):2085-2086.
- [9] 彭 燕,唐映辉.成功抢救20例动脉瘤破裂出血的护理体会[J].激光杂志,2012,33(5):17-17.
- [10] 边立衡,赵性泉,王文娟,等.动脉瘤夹闭术可能缩短急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血相关脑血管痉挛持续时间[J].中国卒中杂志,2015,10(6):461-468.

(2017-11-07 收稿,2018-01-24 修回)