

. 护理技术 .

# 颈内动脉颅内段创伤性假性动脉瘤 Willis 覆膜支架治疗围手术期个体化护理

江 鑫 王 丽 华 莎 熊爱琼 张辛璐 赵曰圆 丁慧超 胡 晓

**【摘要】目的** 总结颈内动脉颅内段创伤性假性动脉瘤 Willis 覆膜支架治疗围手术期护理经验。**方法** 回顾性分析 2013 年 12 月至 2019 年 5 月采用 Willis 覆膜支架治疗的 15 例颈内动脉颅内段创伤性假性动脉瘤的临床资料,总结围手术期护理经验。**结果** 15 例均成功完成 Willis 覆膜支架治疗,其中 14 例治愈,1 例因颅脑损伤死亡。无新发脑梗死及出血,2 例术后遗留内漏经压迫颈动脉治疗 4 个月后消失。12 例术后 DSA 及 CTA 随访 4~8 个月,动脉瘤均无复发,颈内动脉通畅无狭窄。2 例门诊随访病情稳定。**结论** 颈内动脉颅内段创伤性假性动脉瘤 Willis 覆膜支架治疗围手术期,进行有针对性、有预见性和防范性的个体化护理,不仅能提高手术效果,还能有效减少并发症。

**【关键词】** 创伤性假性动脉瘤;颈内动脉;Willis 覆膜支架;个体化护理

**【文章编号】** 1009-153X(2020)11-0794-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743.9; R 473.6

颈内动脉颅内段假性动脉瘤临床主要表现为反复鼻腔大出血、颅内出血、缺血性卒中等,传统手术修复困难,结扎或闭塞载瘤动脉,如颅内侧支循环不良,又会导致残疾或死亡<sup>[1]</sup>。Willis 覆膜支架的出现为颈内动脉颅内段创伤性假性动脉瘤的治疗提供了一种安全有效的治疗方式<sup>[2-4]</sup>。2013 年 12 月至 2019 年 5 月应用 Willis 覆膜支架治疗颈内动脉颅内段创伤性假性动脉瘤 15 例,取得理想效果,现就围手术期护理总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 15 例中,男 13 例,女 2 例;年龄 15~51 岁,平均 39 岁。交通事故伤 6 例,高处坠落伤 3 例,重物砸伤 2 例,颅内肿瘤术中损伤颈内动脉 2 例,鼻咽癌放疗后 1 例,创伤性颈动脉海绵窦瘘球囊治疗后残留假性动脉瘤 1 例。反复鼻腔大出血 5 例,反复颅内出血 6 例,脑卒中 2 例,术中动脉损伤出血 2 例。

**1.2 治疗结果** 15 例中,2 例置入 Willis 覆膜支架后即刻造影有内漏,压迫颈动脉治疗 4 个月后复查 DSA 内漏消失,动脉瘤未显影;1 例即刻内漏采用球囊扩张后消失。14 例治愈,1 例因颅脑损伤严重死亡。

术后 12 例 DSA 及 CTA 随访 4~8 个月,动脉瘤均无复发,颈内动脉通畅无狭窄。2 例门诊随访病情稳定。

## 2 围手术期护理

### 2.1 术前护理

**2.1.1 术前评估** 术前按医嘱协助病人完成术前评估,术前常规行造影剂过敏试验。术前 3 d 开始抗凝抗聚药物(拜阿司匹林,100 mg,口服,1 次/d;波立维,75 mg,口服,1 次/d),急诊手术无口服药物准备。

**2.1.2 防止发生鼻腔大出血与颅内出血的措施** 嘱病人严格卧床,翻身时动作要缓慢轻柔,避免用力或猛烈的动作;保持大便通畅,避免用力排便,必要时给予缓泻剂、开塞露或灌肠;注意保暖,避免咳嗽及打喷嚏;保持情绪稳定。一旦发生鼻出血,立即将病人置于侧卧位,监测生命体征,给予吸氧;保持呼吸道通畅,避免误吸或窒息;迅速建立静脉通道,补充血容量;压迫患侧颈动脉以减少出血;请耳鼻喉科急诊填塞碘仿纱条压迫止血;必要时急诊行介入治疗。密切观察病人鼻腔有无持续活动性出血,做好急救准备。

**2.1.3 心理干预护理** 病人对疾病的认知程度有限,同时,部分病人反复鼻出血或颅内出血,容易出现心理恐慌,精神紧张。情绪波动会导致血压波动,易诱发动脉瘤破裂。因此,术前应进行及时的心理干预,鼓励病人表达并耐心听其恐惧的原因,评估程度;对需行介入治疗的病人,介绍介入治疗的方法、流程及预后,使病人增强信心,积极配合治疗;并向病人讲

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.11.022

作者单位:430070 武汉,中国人民解放军中部战区总医院神经外科(江鑫、王丽、华莎、熊爱琼、张辛璐、赵曰圆、丁慧超);444100 湖北,当阳市人民医院胸外科(胡晓)

通讯作者:华莎,E-mail:huashahs@126.com

解介入治疗后并发症,如轻微头疼、头晕、偶感恶心、低热等反应。但这些症状多是一过性的,经处理后可恢复,不要过度恐慌,稳定病人的情绪,积极配合治疗。

2.2 术中护理

2.2.1 配合医生与麻醉师做好护理 所有病人均在全麻下行全脑血管造影和 Willis 覆膜支架置入术。操作前迅速建立静脉通道,以备术中处理各种不良反应和并发症;熟练地配合麻醉医师对病人实施全身麻醉;术中除准确提供术者所需的各种器械材料;需密切观察病人各项生命体征,备好各种急救药物物品和器械。详细记录术中用药及每小时尿量,同时观察尿袋内尿液,以免外溢而影响 DSA 机器的正常运转。如有出血严重需急诊行介入治疗的病人,术中输血时,除严格三查八对核对血型等无误外,还应当建立专门的静脉通道,必要时给与加压输血。

2.2.2 术中抗凝药物的应用观察 术中常规肝素化, Willis 覆膜支架释放后需给予盐酸替罗非班氯化钠注射液静脉滴注,每小时 2~4 ml。动态监测凝血功能,注意观察病人有无过敏反应,如气道压升高、尿量减少、血尿等。注意控制血压,减少颅内出血。

2.3 术后护理

2.3.1 术后病情观察

2.3.1.1 术后体位 去枕平卧 4~6 h,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,及时清理呼吸道分泌物、呕吐物,给予口腔吸氧,防止脑缺血、缺氧和脑水肿,并抬高床头 15°~30°。

2.3.1.2 再出血的观察 需实时警惕病人出现再出血、继发性出血、脑缺血及脑动脉痉挛等情况<sup>[5]</sup>。严密监测神志、瞳孔、生命体征变化,必要时记录出入量;病人卧床,保持病房安静舒适,减少人员探视,避免环境刺激、情绪激动;建立静脉通路,遵医嘱静脉输入甘露醇减轻脑水肿;降低颅内压。监测大便的性质、颜色、量,必要时行大便潜血实验,观察有无下消化道出血。

2.3.1.3 脑缺血及脑动脉痉挛的观察 密切观察病情变化,如病人头痛、失语、偏瘫等表现,及时报告医生处理,遵医嘱使用钙离子通道阻断剂、升压、扩容稀释等对症处理,必要时复查造影。

2.3.1.4 穿刺部位的观察 术后穿刺处局部给予弹力绷带包扎 4~6 h,穿刺侧下肢应制动 6~8 h,保持伸直,避免屈膝,绝对卧床 24 h,必要时给与约束带适当约束。严密观察病人足背动脉的搏动情况、皮肤温度、颜色及其疼痛等症状。

2.3.1.5 鼻腔填塞物的护理 向病人耐心解释碘仿纱条的重要性,取得其理解和积极配合治疗,防止病人因难以忍受而自行拔出导致鼻腔大出血。同时加强口腔护理,石蜡油涂口唇,湿纱布置于口上及超声雾化吸入,保持口咽部湿润舒适。24~48 h 病情平稳后,可逐步取出填塞纱条。

2.3.1.6 饮食指导 因介入手术中造影剂用量较大,因此术后 6 h 多饮温水,有利于促进造影剂尽快排出,减少肾损伤。部分病人反复鼻衄,导致贫血及营养状况不好,嘱病人选择补血及高蛋白、富含维生素的食物,如肉类、肝脏、鱼虾、菠菜、乳制品等。

2.3.2 术后抗凝抗血小板药物应用及监测 术后持续静脉滴注盐酸替罗非班氯化钠注射液,每小时 2~4 ml 微量泵输入,术后次日改口服药物(波立维, 75 mg, 1 次/d;阿司匹林, 100 mg, 1 次/d, 重叠 4 h),定期复查凝血功能、血小板活化功能及血栓弹力图,根据结果调整药物剂量,持续口服 3 个月,改单药阿司匹林持续 6 个月。对所有病人行临床随访及 DSA 随访。监测有无牙龈出血及观察大便的性质、颜色,必要时行大便潜血实验,观察有无下消化道出血。

2.3.3 术后残留内漏实施患侧颈总动脉压迫治疗 根据我们治疗经验,对 2 例残留内漏采用患侧颈总动脉间断压迫治疗,每次持续压迫 30 min、每天 2 次,持续 2~3 个月。压迫时,让病人平卧背部垫一枕头、头后仰,操作者用左或右手食、中及无名指向颈椎横突方向压迫颈总动脉,另一手食指触摸同侧耳屏前颞浅动脉搏动消失为压迫有效的标志。

2.3.4 出院指导 鼓励病人多饮水,多食新鲜蔬菜、水果、高营养、清淡、易消化的食物,保证大便通畅。出院后注意休息,避免劳累;6 个月内禁止剧烈活动;遵医嘱按时服用抗凝药物和降压药物,定期复查凝血功能和监测血压;3 个月后来院复查,如有异常随时就诊。

3 讨论

创伤性假性动脉瘤是动脉损伤后晚期严重的并发症, Willis 覆膜支架是一种安全有效的治疗方式,围手术期个体化护理措施为治疗提供重要的安全保证。术前有针对性地对病人进行健康宣教,使病人积极配合术前检查、术前评估及术后治疗,术中严密监测生命体征及病情变化并熟练地配合医生完成介入手术,术后除严密监测生命体征,保持血压和情绪平稳外,还应观察用药反应,预防并发症的发生。同时警惕病人出现再出血、继发性出血、脑缺血及脑