

· 护理技术 ·

颈动脉内膜斑块剥脱术围手术期的护理

周 佳 华 莎 彭 娜 张莲芳 秦海林 马廉亭

【摘要】目的 总结颈动脉内膜斑块剥脱术(CEA)围手术期的护理经验。**方法** 回顾性分析 2016 年 5 月至 2020 年 3 月 CEA 治疗的 100 例重度颈动脉狭窄的临床资料。总结围手术期的护理经验。**结果** 所有病人均顺利完成手术。术后出现短暂性脑缺血发作 1 例、吻合口渗血 1 例(有鼻咽癌放疗史,经二次手术后完全恢复);术后出现脑高灌注综合征 6 例,给予脱水、控制血压等处理后 24~48 h 缓解。**结论** CEA 围手术期认真配合医生并结合病人具体病情做好围手术期护理,尽早发现异常表现并处理,有助于提高手术成功率,减少术后并发症。

【关键词】 颈动脉狭窄;颈动脉内膜剥脱术;围手术期;护理

【文章编号】 1009-153X(2021)03-0204-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 651.1²; R 743.6

颈动脉粥样硬化性狭窄是导致缺血性脑卒中的重要原因,颈动脉内膜斑块剥脱术(carotid endarterectomy, CEA)是治疗颈内动脉粥样硬化性狭窄的有效方法。2016 年 5 月至 2020 年 3 月 CEA 治疗重度颈动脉粥样硬化性狭窄 100 例,术后恢复良好。本文总结围手术期的护理经验。

1 资料与资料

1.1 一般资料 100 例中,男 77 例,女 23 例;年龄 50~81 岁,平均 66.4 岁。86 例有临床症状,主要表现为脑梗死、短暂性脑缺血发作、黑蒙等;14 例无症状。合并高血压 51 例、糖尿病 21 例、高脂血症 37 例、冠心病 49 例、糖尿病合并鼻咽癌 1 例;有长期吸烟史 46 例,其中近 3 年内戒烟 23 例。颈部血管超声检查发现颈动脉狭窄率在 70%~90%,进一步行 CTA 检查确诊。

1.2 结果 手术均顺利完成,术后出现短暂性脑缺血发作 1 例、吻合口渗血 1 例(有鼻咽癌放疗史,经二次手术后完全恢复);术后需静脉用药控制血压 65 例;出现脑高灌注综合征 6 例,主要表现为情绪兴奋、多言或胡言乱语、幻觉,复查头颅 CT 排除脑出血,显示脑水肿,给予脱水、控制血压等处理,24~48 h 缓解。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前评估与准备 全面评估颈部血管的狭窄程

度及颅内血管情况,严格掌握手术适应证和手术时机^[1]。术前控制血压在(120~140)/(70~90)mmHg,围手术期血糖需控制在 8~10 mmol/L^[2]。核对检验、检查资料是否齐全,心电图、心脏超声、肝肾功能、凝血功能、血糖是否异常,有无手术禁忌症,术前 6 h 禁食不禁药,遵医嘱给予抗血小板、他汀类药物强化降脂稳定斑块治疗,尤其是降血压药物需以少量水服用。

2.1.2 术前心理护理 病人多为老年人,思想顾虑多,要安慰病人,缓解其思想压力,耐心地与病人及家属沟通,了解真实想法和心理状况,讲解疾病相关知识、手术方法和疗效,交待术前注意事项及术后可能发生的并发症,取得病人及亲属的理解和配合。

2.2 术中护理配合

术中准确记录颈动脉阻断和开放时间;严密观察血压变化,阻断动脉前适当升高血压,以增加脑组织灌注;开放颈动脉时,控制性降压,防止脑组织灌注过量引起脑出血。适时提醒手术医师静脉肝素化,确保剂量及时间准确性,及时向手术医师反馈。术中协助手术医生和麻醉医生测量颈内动脉返流压,同时协助关注电生理监测如体感诱发电位变化,连接好测压通道,制备“花生米”剥离子,辅助摘除斑块碎屑,熟练掌握血管阻断钳对应的血管,尤其是左右弯颈内动脉阻断钳的识别。整个手术过程中,要高度警觉,及时应对突发状况,熟练掌握手术步骤。

2.3 术后护理

2.3.1 入监护室观察要点 心电监测、吸氧,严密观察生命体征、意识、瞳孔变化。伤口负压引流管保持通畅,引流液如果持续不断呈鲜红色,要及时报告手术医生。麻醉清醒后,暂时保留气管插管 12~16 h,抬高床头 30°,头轻微偏向健侧,保持气道通畅,无呼吸

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.03.022

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(周 佳、华 莎、彭 娜、张莲芳、秦海林、马廉亭)

通讯作者:彭 娜,E-mail:179108262@qq.com

困难后,再拔除气管插管,注意观察呼吸幅度、呼吸频率、有无呼吸困难。注意切口周围是否肿胀、气管是否居中;必要时持续监测外周血血氧饱和度。对有呼吸困难的病人,注意是否为血管吻合口渗血所致,需通知麻醉医生气管插管,并通知手术医生,做好床边打开切口准备。术后 24 h 内还要注意有无意识障碍、头痛、呕吐、抽搐等症状,言语、肢体活动、肌张力等,特别是手术对侧肢体有无偏瘫、肢体活动障碍,争取早期发现并发症,并及时给予正确干预^[3,4]。

2.3.2 并发症的发现及护理

2.3.2.1 高灌注综合征 部分颈动脉狭窄的病人长期处于脑缺血状态,术后血流突然开通,脑部血流骤然增加,可能出现脑组织过度灌注,引起头痛、兴奋、幻觉等,严重者出现癫痫发作、脑出血。术后严密观察有无中枢神经系统症状,例如躁动抽搐、精神恍惚、意识障碍、兴奋多语,并严格监测血压。多普勒检测同侧大脑中流速,如超出原流速的 100%,则给予甘露醇脱水^[5],同时控制血压,较基础需要降低 15~20%,将收缩压控制在 120~140 mmHg^[6]或者更低。本文术后 6 例出现脑高灌注综合征,以兴奋和幻觉为主,无癫痫和脑出血,给予脱水、控制血压等处理,24~48 h 内缓解。

2.3.2.2 伤口出血及皮下血肿 由于颈部皮下组织疏松,术前服用抗血小板药物以及术中常规进行肝素化,出血和皮下血肿是 CEA 后常见的并发症。术后 2 h 是颈部手术切口最易形成血肿的时期^[7],床边常规备气管切开包,术后避免头颈部大幅度活动,必要时使用颈托固定颈部,注意密切观察有无颈部疼痛及呼吸困难,局部伤口有无肿胀,敷料渗血,如渗血较多及时通知医生换药,并判断是伤口渗血还是吻合口漏血。观察引流液的颜色和量,防止引流管扭曲、滑脱、打折,若无负压或引流量超过 2/3,需及时倾倒,如术后 1~2 d 或引流量 24 h<20 ml,可根据头颈部血管 CTA 了解血管腔及术区情况并及时拔管。观察颈部肿胀情况,若颈部轻度肿胀,无需处理;若颈部血肿渐进性增大,影响颈部活动,通知医生及时处理。同时要注意有无说话含糊、呼吸困难等气管压迫症状,若出现上述症状应紧急送手术室进行血肿清除术^[8]。本文 1 例术后出现吻合口渗血,既往有鼻咽癌放疗史,经二次手术后出血停止。

2.3.2.3 脑缺血和脑卒中 术中颈动脉斑块微栓子的脱落、术后手术部位血栓形成,都可造成颈动脉闭塞和脑梗死,因此术后需行抗栓治疗,防止缺血性脑卒中^[9]。如病人能够进食后,口服拜阿司匹林或硫酸氢

氯吡格雷抗血小板聚集,根据病人基因测定、切口渗血情况给予单抗或双抗治疗^[9]。用药期间注意观察穿刺处、牙龈、手术切口等部位有无出血倾向,监测出凝血时间,以便及时调节药物剂量。本文 1 例术后即刻出现对侧偏瘫,既往 1 个月内有偏瘫病史,颈动脉超声检查示颈内动脉通畅,4 h 内完全恢复。

2.3.2.4 神经损伤 由于颈动脉周围神经组织丰富,如舌下神经、迷走神经、喉上神经、面神经分支等,这些神经的损伤多为手术牵拉所致,表现为进食呛咳、声音嘶哑、音调低、说话费力、鼓腮漏气、鼻唇沟变浅及 Horner 综合征等。术后注意观察说话时的声音、声调,是否声音嘶哑,是否进食呛咳等,及时了解是否有神经损伤的症状,做到及时发现,尽早进行康复干预。但需要鉴别声音嘶哑是气管插管导致还是受伤神经受损引起,多为气管插管导致,给予雾化治疗 2~3 d 内多能恢复。

2.3.3 饮食及康复指导 麻醉清醒拔除气管插管后,即可少量饮水,观察有无饮水呛咳,4 h 后可进食流质饮食,第 2 天可进半流质饮食,避免进食辛辣刺激过硬食物,防止伤口出血。术后半卧位,床头抬高 45°,有利于改善呼吸,促进伤口引流,减轻水肿。指导病人避免颈部过度转动,多向健侧卧位,术后鼓励病人早期下床活动,防止因卧床时间过长导致压疮及深静脉血栓形成。

2.3.4 出院指导 出院前向告诉病人戒烟酒,控制血压、血脂、血糖,低盐低脂饮食,改善不良生活习惯,出院后 1、3、6 个月门诊复查颈部超声,6 个月复查头颈部血管 CTA,以后每 6 个月继续复查颈部血管超声多普勒。

3 讨论

CEA 是治疗颈动脉粥样硬化性狭窄的重要方法,恢复颅内血液供应,改善脑血流低灌注,并降低斑块脱落致急性脑卒中发生风险。目前,CEA 临床开展越来越普遍,术前要仔细评估,充分准备,术中规范操作、紧密配合,术后认真监护,细致观察与护理,及早发现有无伤口渗血、血肿、肢体活动障碍、及时控制血压,防止脑高灌注综合征和脑卒中发生,对出现的问题做到早发现、早治疗,做好围手术期护理有助于减少并发症,提高治疗效果。

【参考文献】

[1] 田迎春,李党香,李金平,等. 41 例颈动脉内膜剥脱术老