

. 护理技术 .

脑与脊髓动静脉瘘围手术期护理

王 丽 华 莎 向伟楚 张少杰 马廉亭

【摘要】目的 总结脑与脊髓动静脉瘘介入治疗围手术期护理经验。**方法** 回顾性分析 2015 年 1 月至 2021 年 7 月介入栓塞治疗的 61 例脑与脊髓动静脉瘘的临床资料,总结围手术期护理经验。**结果** 未出现因病人或介入护士配合因素导致延长介入治疗时间、导管移位或无法拔出、增加造影剂量的问题,无因护理不当导致的并发症,未发生穿刺处感染、股动脉动静脉瘘、动静脉血栓等并发症。全部病人均成功栓塞瘘口,获满意疗效。**结论** 脑与脊髓动静脉瘘选择介入栓塞治疗多能取得满意效果,围手术期做好护理配合对顺利完成手术及病人康复至关重要,不可或缺。

【关键词】 脑与脊髓动静脉瘘;介入栓塞治疗;围手术期;护理

【文章编号】 1009-153X(2021)12-0952-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743; R 473.6

动静脉瘘是动脉与静脉直接沟通的一类血管疾病,动静脉之间无毛细血管连接,也无畸形血管团,是动脉与静脉之间直接相通。脑与脊髓动静脉瘘主要表现为盗血后引起的脑、脊髓缺血、出血,以及因瘘口远端引流静脉血流量增多、静脉内压力增高、静脉迂曲、扩张,久而久之静脉动脉化,引起脑、脊髓静脉高压综合征^[1],早期诊断和治疗是取得良好效果的关键,可以使大部分病人治愈,恢复正常生活。本文就脑与脊髓动静脉瘘围手术期护理经验进行总结,为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾性分析 2015 年 1 月至 2021 年 7 月介入栓塞治疗的 61 例脑与脊髓动静脉瘘的临床资料,其中男 40 例,女 21 例;硬脑膜动静脉瘘 52 例,软脑膜动静脉瘘 4 例,硬脊膜动静脉瘘 4 例,脊髓周围动静脉瘘 1 例。硬脑膜动静脉瘘持续性或间歇性头痛 27 例、眼结膜充血和水肿 20 例、复视 3 例、自颅内杂音 4 例、意识障碍及昏迷 3 例,脊髓动静脉瘘病人下肢不同程度瘫痪及大小便功能障碍 4 例。

1.2 治疗方法 全麻下行股动脉或股静脉穿刺介入治疗。部分高流量瘘,使用球囊暂时阻断血流或少量弹簧圈填充,以降低血流速度,再注入液态栓塞材料,或单纯使用液态栓塞材料进行栓塞。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 意识障碍 病人处于意识障碍状态下,长期处于单一姿势,不利于肢体运动和呼吸,早期进行针对性护理,可提高中枢神经系统的可塑性和修复功能,也可防止肢体萎缩和功能失用^[2]。

2.1.2 头疼伴恶心、呕吐 完善头颅 CT 等检查,检查视乳头,给予降颅内压处理,防止呕吐物误吸入呼吸道。

2.1.3 眼部护理 球结膜充血及眼球突出者,保持病室光线柔和,避免强光刺激,告知病人注意眼部卫生,日间滴眼药水,晚间涂眼药膏,并予油纱覆盖;防止一切颅内压及眼压增高的因素,如避免打喷嚏和咳嗽,避免用力大便和剧烈运动^[3]。

2.1.4 视力下降 应加强安全防范措施,防止跌倒、坠床、暗室碰撞、误食,改善病区设施,加强健康教育等。

2.1.5 大小便功能障碍 由于昏迷、大小便功能障碍,必要时留置导尿,随时保持床铺清洁、干燥,及时更换尿垫,保持会阴部位清洁、干燥,每次便后清洗会阴部。记录 24 h 出入量,防止长时间无尿而未发现导致尿潴留。住院期间持续 3 d 无大便时,常规开塞露 2~3 支灌肠,若无效,则戴润滑手套抠除大便或口服缓泻剂灌肠处理,尽量不要让病人用力排便,导致血压和颅内压力升高^[4,5]。

2.1.6 肢体功能障碍 定时翻身拍背,保持肢体处于功能位,及早给予肢体主动或被动锻炼,防止失用综合征。对于肢体有麻木感的病人,治疗前可给予相应药物或者心理辅导;要预防烫伤、冻伤。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.12.019

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/中国人民解放军神经外科研究所/国家级重点学科神经外科(王丽、华莎、向伟楚、张少杰、马廉亭);510515 广州,南方医科大学第一临床医学院(张少杰)

2.2 术中配合 根据动静脉瘘的瘘口及血流速度,选择合适的栓塞材料。注入液态栓塞剂前,微导管需预冲。使用 GLUBRA 胶时,巡回护士需要配合抽取 5% 葡萄糖溶液预冲,防止微导管内含有阴离子物质使 GLUBRA 胶凝固,影响治疗效果。使用 ONYX 胶时,巡回护士配合抽取 DMSO 充满微导管死腔,同时提前使用设备振动 ONYX 胶 20 min 以上,充分的振动使微粒化的钽粉混合均匀在透视下显影更加清晰。随时提醒术者加压冲水情况,防止血栓形成,尽可能减少术中缺血及血栓事件。如使用弹簧圈,需提前准备各类弹簧圈及解脱等辅助用品,避免出现弹簧圈无法解脱,导致取出弹簧圈的情况。

严密观察病人生命体征及瞳孔,每隔 5 min 测量血压一次,记录尿量变化;注意提醒持续加压冲水总量,特别是婴幼儿及老年病人,更要注意液体滴入速度,防止肺水肿和心力衰竭。对于基础疾病多的病人,要随时观察生命体征的改变,做到早发现、及时汇报并积极配合抢救,确保手术的顺利进行。治疗结束拔出微导管后,配合麻醉医师控制好血压并密切观察生命体征,如果突然出现心率增快、血压升高等,及时通知主治医师处理,预防继发出血^[5]。

2.3 术后并发症的预防

2.3.1 脑过度灌注综合征 脑动静脉瘘栓塞后,血流恢复正常血液循环,可能导致高灌注状态,病人主要表现为头疼、癫痫、意识障碍、呕吐及局部神经功能障碍等,需密切关注病人神志、瞳孔、生命体征的变化,平稳控制血压是预防高灌注的主要方法。

2.3.2 预防动脉及深静脉血栓 经股动脉插管会损伤动脉血管内膜,尤其是多次穿刺,使动脉内膜发生炎症反应,导致内膜增厚,管腔变小;还可损伤静脉,导致下肢静脉血栓形成^[6,7]。另外,术后压迫止血器加压压迫以及长时间制动,也可能诱发下肢静脉血栓形成。因此,术后次日经超声确认股动脉穿刺处愈合后及早下床活动。需要严密观察病人双侧足背动脉搏动,观察末梢循环状态,对比双下肢皮温是否正常,有无肿胀、发凉、苍白,小腿有无剧烈疼痛、感觉迟钝等。

2.3.3 术后脑水肿 术后 3 d 内要卧床休息,避免头颈部大幅度摆动,保持合适体位避免用力排便和剧烈运动。观察病人头痛、恶心、呕吐、颅内杂音的改善程度,如上述症状有异常改变,应立即通知医生处

理。

2.3.4 眼部症状 术后密切观察病人突眼、球结膜充血改善情况,持续做好眼部护理。

3 结果

52 例硬脑膜动静脉瘘中,43 例治愈,症状好转 9 例;随访 3~10 个月,37 例感觉障碍及眼部症状改善。软脑膜动静脉瘘术后好转 3 例,治愈 1 例。脊髓动静脉瘘术后 4 例感觉障碍及大小便功能障碍改善,1 例治愈。未出现因病人或介入护士配合因素导致延长介入治疗时间、导管移位或无法拔出、增加造影剂量的问题,无因护理不当导致的并发症,未发生穿刺处感染、股动脉动静脉瘘、动静脉血栓等并发症。

4 讨论

血管内栓塞治疗是目前治疗脑、脊髓动静脉瘘的首选方法。做好围手术期护理,密切观察病情变化,防治并发症,是提高脑、脊髓动静脉瘘治疗效果与防治并发症的关键。

【参考文献】

[1] 马廉亭,潘力,吴涛,等. 颅内与椎管内动静脉瘘[J]. 中国临床神经外科杂志, 2021, 26(10): 737-746.

[2] 韦敏强,潘向荣,周凯. 中医药为主治疗脑外伤后持续植物状态 2 例[J]. 四川中医, 2003, 22(4): 39-40.

[3] 王艳,鲜继淑. 海绵窦硬脑膜动静脉瘘围术期的护理[J]. 现代医药卫生, 2012, 28(2): 280-281.

[4] 李亚兰,华莎,马廉亭. 创伤性颈内动脉海绵窦瘘血管内治疗围手术期的护理[J]. 中国临床神经外科杂志, 2020, 25(12): 879-880.

[5] 江鑫,王丽,华莎,等. 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[J]. 中国临床神经外科杂志, 2020, 25(11): 794-796.

[6] 孙成建,王承恩,张伟,等. 颅内复杂动脉瘤介入治疗的效果观察[J]. 山东医药, 2015, 55(1): 47-49.

[7] 李娜,张岚. 支架结合弹簧圈栓塞颅内复杂动脉瘤术中护理体会[J]. 转化医学电子杂志, 2016, 3(7): 99-100.

(2021-10-11 收稿, 2021-11-15 修回)