

. 护理技术 .

# 妊娠期及产褥期脑血管病介入术中护理

王 丽 赵曰圆 熊爱琼 江 鑫 张辛璐 杨 铭

**【摘要】目的** 总结妊娠期、产褥期脑血管介入术中的护理措施及经验体会。**方法** 2014~2021 年收治 4 例妊娠、产褥期脑血管病,均行 DSA 检查,其中 3 例行介入治疗。总结分析介入术中护理措施,包括介入术中配合及护理,特别是对母体及宫内胎儿射线防护。**结果** 1 例静脉窦血栓形成保守治疗,2 例动静脉畸形破裂出血行栓塞治疗,1 例动脉瘤破裂出血行支架辅助栓塞治疗。出院时,4 例均恢复良好,其中 1 例顺利分娩健康 1 名女婴。**结论** 根据妊娠期、产褥期脑血管病人病理生理特点,开展综合保护性护理措施,对保证介入手术进行及提高安全性及有效性具有重要意义。

**【关键词】** 脑血管病;妊娠;产褥期;血管内介入术;术中护理

**【文章编号】** 1009-153X(2022)08-0694-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743; R 815.2

妊娠、产褥期脑卒中并不常见,但女性妊娠期脑卒中发生率高于非妊娠期,其中以妊娠晚期和产褥期发生风险最高<sup>[1]</sup>。妊娠、产褥期脑卒中发病急,风险性高,致残率和病死率高,需及时诊治,有时需 DSA 检查确诊,有些需血管内介入治疗<sup>[2-3]</sup>。介入治疗过程中,密切观察病情、合理护理及安全性保护措施起着关键的作用。2014~2021 年收治 4 例妊娠、产褥期脑血管病,均行 DSA 检查,其中 3 例行介入治疗,现将术中护理经验总结如下。

## 1 病例资料

4 例病人的基本资料见表 1。1 例静脉窦血栓行 DSA 检查确诊后给予抗凝、脱水等保守治疗,病情平稳后行剖宫产终止妊娠;2 例脑出血 DSA 检查确诊动静脉畸形,行栓塞治疗,其中 1 例病情平稳后终止妊娠,1 例定期产科检查产足月健康女婴;1 例蛛网膜下腔出血 DSA 检查确诊左侧颈内动脉后交通动脉瘤,行支架辅助弹簧圈栓塞治疗,病情平稳后终止妊娠。

## 2 术中护理措施

**2.1 卧位及预防下肢深静脉血栓** 妊娠期病人,一般建议左侧卧位,而介入手术病人呈仰卧位、双腿外展 45°,需要保持此卧位时间较长。由于妊娠晚期凝血机制变化,血液处于高凝状态,分娩期大量失血、排

汗,使血容量减少,血液粘稠,血流速度减慢;产后不适当的长期卧床使血流速度更加缓慢;妊娠期高血压综合征使全身小动脉痉挛等,都是导致血栓形成的原因<sup>[4]</sup>。术中应密切观察下肢肤色,是否有肿胀情况。适当的时候,可以在非穿刺侧腰部下放置软枕,减轻因怀孕引起腰部不适感;同时,在穿刺同侧腿下放放水袋或者软垫,促进下肢静脉回流,减少血栓形成。妊娠晚期长时间处于仰卧位,腹中胎儿压迫腹主动脉,会引起仰卧位综合征,因此术中应密切观察血压,防止血压过低,同时监测胎心音及胎动,防止胎儿宫内窘迫。

**2.2 控制体温** 体温是影响脑卒中病人病情转归的因素之一。高热状态的病人,如果已行剖宫产术,消毒时应先观察手术部位皮肤有无红肿、渗液等;恶露未尽者,在臀下垫护理垫,观察恶露性状,如出现腹痛、恶露有异味者,需保持外阴清洁、干燥及恶露引流畅通,选择针对性高效抗生素,鼓励病人积极配合治疗。如因回乳不佳造成的乳腺炎,采用芒硝外敷退乳,可以起到软化乳房,降低乳房表面温度,使乳腺管通畅,促进乳汁排出<sup>[5]</sup>。高热病人给予冰毯进行降温。大量出汗的病人应注意补充水分,充分补液能有效维持血容量,同时也降低了血液粘稠度。保持皮肤干燥,防止二次感染,如出现局部感染、过敏等,术中注意保护病人的隐私及保暖。

**2.3 放射线防护措施** 介入手术时,对病人给予放射线保护措施非常重要,特别是妊娠期。妊娠期病人属于高敏感人群,怀孕初期(3 个月内)是胎儿器官发生期,对各种有害因素的敏感性大,易发生畸形、孕期流产。因此,介入手术应遵守减少照射时间、增加照射距离、做好防护等基本原则。对烦躁不安的病

表 1 本文 5 例病人的基本资料

病例	年龄(岁)	妊娠期或产褥期	CT/MRI 表现	DSA 表现	临床表现
病例 1	25	孕 12 周	CT 示静脉窦血栓可疑	静脉窦血栓(上矢状窦、直窦、双侧横窦、乙状窦)	头部爆炸性疼痛、呕吐
病例 2	26	孕 27 周	MRI 示右侧基底节出血	右侧基底节动静脉畸形破裂出血	头晕、嗜睡、言语不清,左肢乏力
病例 3	31	孕 4 周	CT 示脑室内出血	左侧额叶动静脉畸形	剧烈头疼、频繁恶心呕吐
病例 4	27	产后 32 d	CT、MRI 示 SAH	左侧颈内动脉后交通动脉瘤	突发剧烈头疼、呕吐

人,行全身麻醉,防止因躁动导致影像模糊而重复造影,确保手术的安全顺利进行。股动脉穿刺成功后,戴上铅围脖、腹部使用无菌套包裹的铅皮保护甲状腺、胎儿和性腺。以剑突为横截面,使用无菌防护罩包裹大型移动式铅屏进行保护性隔离,以减少非治疗部位射线量。避免术中反复造影,从而减少射线量。介入术中做好射线防护将伤害降至最低。

2.4 密切观察生命体征及颅内压增高处理 术中观察病人生命体征,备好抢救药品,做好随时抢救准备。全麻病人出现血压及心率改变时,应考虑是否有再次脑出血的可能。脑疝的出现是一种严重的危象<sup>[6]</sup>。严密监测生命体征有助于观察病情变化,有利于在黄金时间内进行救治,防止脑疝的发生。术中出现血压及心率突然改变,应立即通知麻醉医师和主刀医师,使用 20%甘露醇降低颅内压,并给予降压及硫酸鱼精蛋白注射液进行中和肝素,防止出血加剧。必要时紧急行锥颅穿刺侧脑室,以降低颅内压。

2.5 术中通路的管理 术中保持静脉通路和尿路通畅。使用动脉加压装置时,输液管道内排尽空气,密切观察输液袋内剩余液体量,防止空气进入动、静脉内引起空气栓塞,并提醒术者控制术中动、静脉进入的液体总量,观察尿量防止因入量过多导致肺水肿。去骨瓣减压术后留置引流管的病人,在过床前关闭引流管道,防止引流过度及逆流引发颅内感染。

2.6 术中药品的运用 我们通常在介入治疗时使用 1.25 万 U/支肝素钠,按照每 1 mg/kg 剂量行肝素化,每过两个小时追加半量,维持血液中肝素钠浓度,防止血栓形成。支架植入者,应严格使用抗凝抗聚药物调整凝血指标,以达到最好的疗效,同时观察皮下及颅内有无出血情况。使用 Onyx 胶液态栓塞材料时,会有心动过缓的可能,需提前做好阿托品注射液,并密切观察心率,当心率降低到 50 次/min 时,遵医嘱给予阿托品注射液。

2.7 术中耗材的配合 要了解所有耗材的型号及性能,术中能更好地配合,节省整个手术时间,使之顺利完成。

2.8 术毕护理 术毕观察穿刺部位有无出血,皮下血肿等,需要带鞘离开的病人用无菌敷贴盖住穿刺部位,由于保持仰卧位时间较长同时需要观察皮肤有无压红或者压疮等。

3 讨 论

妊娠、产褥期脑卒中是少数特殊人群,发病率极低,但病死率、致残率极高,对孕、产妇身体及胎儿伤害很大,同时对病人及其家属心理造成极大的影响。这个特殊时期病人,一般不建议首选介入手术。如因病情需要做介入手术时,术前跟病人及其家属进行有效沟通,让其充分了解介入手术的方式以及影响。精细化护理从细节入手,关注病人的身体状况,尽量使病人获得舒适的治疗体验<sup>[7-9]</sup>。因此术中要求更高的专业知识,密切观察病情并能配合麻醉医师进行抢救;能熟练掌握与术者、麻醉医师配合工作和技能,有效减少手术时间。在行介入手术过程中,需要重视怎样减少对妊娠期、产褥期放射线损伤。妊娠、产褥期病人介入术中护理,注意心理、产科护理、术中护理及放射防护,术后定期产检,从而提高病人和胎儿的存活率。

【参考文献】

[1] Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, *et al.* Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for health-care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. Stroke, 2014, 45(5): 1545-1588.

[2] 张心红,王凤英. 妊娠相关颅内静脉窦血栓形成 50 例报

- 道[J]. 中国临床神经外科杂志, 2022, 27(6): 493-495.
- [3] 罗 勇, 艾文兵, 孙 欢. 妊娠期脑动静脉畸形的处理[J]. 中国临床神经外科杂志, 2016, 21(7): 439-440.
- [4] 王瑞华. 产褥期并发颅内静脉及静脉窦血栓溶栓治疗的围手术期护理[J]. 当代护士(专科版), 2014, 3: 65-66.
- [5] 唐艳辉, 杨秋华, 李清清. 芒硝外敷治疗哺乳期乳房胀痛的效果观察[J]. 医学临床研究, 2007, 24(10): 1818.
- [6] 谢万福, 汤建明, 王茂德, 等. 重型颅脑损伤颅内压监护的临床意义[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2006, 5(4): 66-68.
- [7] 李葵章. 精细化护理干预对中晚期异常妊娠引产患者的影响分析[J]. 中外医学研究, 2018, 16(16): 91-92.
- [8] 张正芳. 精细化护理配合心理护理对异常妊娠引产分析[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2016, 15(6): 146-147.
- [9] 张 静. 中晚期异常妊娠引产患者的心理特点及护理方式分析[J/OL]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2016, 3(9): 191-193.
- (2022-03-12 收稿, 2022-07-25 修回)

## 脊髓静脉高压综合征病人围手术期护理

苏晓娟 华 莎 彭 娜 周 佳 李露寒

**【摘要】目的** 总结椎管内动静脉瘘病人围手术期的护理经验。**方法** 回顾性分析 1995 年 1 月至 2022 年 5 月收治的 102 例各种原因引起的脊髓静脉高压综合征病人的临床资料, 总结围手术期护理经验。**结果** 102 例中, 术后 85 例症状改善, 首先是肌力明显恢复, 继而是感觉障碍平面的下降, 最后是大小便功能的恢复; 17 例无明显改变, 延误诊断、病程 2 年以上, 其中术前肌力 0 级 12 例、I 级 5 例。术后随访 1~20 年, 18 例选择全脊髓动脉造影随访未见复发; 完全恢复 30 例。未发生手术相关并发症。**结论** 脊髓静脉高压综合征病人, 关键在早诊断、早治疗, 良好的围手术期护理有助于改善病人预后。

**【关键词】** 脊髓静脉高压综合征; 围手术期; 护理

**【文章编号】** 1009-153X(2022)08-0696-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 744.1.1; R 473.6

椎管内动静脉瘘又称为脊髓动静脉瘘, 因瘘口后静脉内血流量增多、压力增高, 久而久之静脉迂曲、扩张、静脉动脉化, 引起脊髓静脉高压综合征(venous hypertensive myelopathy, VHM), 使脊髓正常引流静脉血液回流受阻, 脊髓实质早期充血水肿、晚期软化、坏死<sup>[1]</sup>。引起 VHM 的原因有多种, 以硬脊膜动静脉瘘最常见。1995 年 1 月至 2022 年 5 月收治各种原因引起的 VHM 病人 102 例, 本文就其围手术期护理经验总结如下。

### 1 病例资料

102 例中, 男 86 例, 女 16 例; 年龄 12~74 岁, 平均 43.9 岁; 病程 3 个月~5 年。近 30% 的病人经过院外 1~3 次选择性脊髓动脉造影检查误诊和漏诊。全部病例都有不同程度的脊髓功能受累的表现。双下肢肌力: 0 级 17 例, I~II 级 28 例, III~IV 级 57 例。69 例有不同程度的大小便功能障碍。所有病例均有病变平面以下不同程度的感觉障碍。

### 2 围手术期

**2.1 术前护理要点** ①脊髓功能评估: 脊髓的功能主要表现在肌力、感觉障碍、排泄功能及疼痛等四个方面, 准确及时评估对改善治疗效果十分重要<sup>[2]</sup>。②完善术前准备, 监测生命体征, 肠道准备、会阴部位备皮, 监测、对比双侧足背动脉搏动情况, 练习床上排尿排便, 建立静脉通路。

#### 2.2 术后护理

**2.2.1 一般护理** 去枕平卧 4 h, 术后禁食水 6 h; 持续低流量吸氧; 监测意识、瞳孔、生命体征等; 严密观察神经功能恢复情况, 包括四肢活动、肌力变化和感觉平面变化等, 注意与术前比较。多饮水, 预防造影剂肾病; 术后遵医嘱进行抗凝、抗血小板治疗, 以减缓引流静脉内血栓形成与发展, 促进静脉侧支循环的开放, 降低脊髓静脉高压。

**2.2.2 加压与制动** 动脉穿刺肢体制动 8 h, 观察双侧足背动脉搏动, 末梢皮温、皮色, 有无渗血、血肿等。本文病例应用压迫止血器加压止血后, 发生皮肤张力性水泡 8 例, 小水泡给予活力碘消毒后自行吸收, 大水疱消毒后给予无菌注射器抽吸水泡液并保留水泡皮; 术后并发假性动脉瘤 9 例, 考虑与操作失误及