

. 神经外科护理专题 .

颈动脉内膜斑块剥脱术围手术期的护理经验

雷慧慧 刘亚菲 华 莎

【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2022年12月在联合电生理监测下行CEA治疗的85例颈动脉狭窄的临床资料,总结护理经验。**结果** 85例均顺利完成手术,术后出现短暂性脑缺血发作1例、过度灌注致对侧肢体轻瘫1例,随访3个月至5年恢复正常,无手术死亡病例。**结论** CEA能够有效降低颈动脉狭窄或闭塞病人的卒中风险,充分的术前准备、术后病情监测并及时处理,有助于减少术后并发症,提高手术疗效。

【关键词】 颈动脉狭窄;颈动脉内膜斑块剥脱术;围手术期;护理

【文章编号】 1009-153X(2023)03-0188-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743; R 651.1⁺2; R 473.6

颈动脉狭窄主要是由动脉粥样硬化引起的,少数为放疗、颈动脉炎等引发。目前,颈动脉狭窄或闭塞导致的缺血性脑卒中已成为我国死亡、残疾的主要原因^[1],临床治疗方法有强化药物治疗、颈动脉内膜斑块剥脱术(carotid endarterectomy, CEA)、支架置入术,其中CEA较药物治疗效果更确切、更迅速,较支架置入术更适合病情较轻的病人^[2]。2016年5月至2022年12月在电生理监测下完成CEA共85例,现将围手术期护理经验总结如下。

1 病例资料

85例中,男75例,女10例;年龄50~78岁,平均67.7岁。始发症状:脑梗死51例,短暂性脑缺血发作13例,一过性黑蒙10例,无症状11例。合并高血压63例、糖尿病31例、高脂血症14例。术前使用抗血小板药物76例、他汀类药物85例、降糖药物34例,有长期吸烟史40例。

术前行颈动脉彩色多普勒超声、头颈部血管CTA或DSA检查确诊,85例均顺利完成手术,术后出现短暂性脑缺血发作1例、过度灌注致对侧肢体轻瘫1例,随访3个月至5年恢复正常,无手术死亡病例。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 颈部情况 观察颈部有无皮炎、瘢痕等影响手

术切开情况。保护颈动脉,体检时不能用力按压,避免引起斑块脱落。

2.1.2 术前血压调控 术前血压控制在正常范围,收缩压不能高于180 mmHg,过高可能导致斑块脱落、脑出血、心功能不足等;血压过低可能导致脑血流灌注不足^[3]。部分病人合并锁骨下动脉重度狭窄,引起同侧上肢血压低于对侧,术前在进行监测血压时,需要测量两侧上肢的血压,并以血压高的一侧肢体作为监测肢体,做好交接记录。

2.1.3 用药护理 术前按照医生要求指导服用拜阿司匹林和他汀类药物抗血小板治疗以稳定斑块,预防术中发生短暂性脑缺血及心肌梗塞。服用氯吡格雷的病人,可提前1周停药,预防术中、术后出血。

2.1.4 术前准备 ①完善各项检查及检验;②术前戒烟、戒酒,控制血糖,加强营养;③询问过敏史,行抗生素过敏试验;④术前一晚22时禁食、禁水;⑤锻炼深呼吸,学会术后有效咳嗽,以减轻疼痛和降低肺部并发症发生率;⑥填写手术病人交接单,与手术室护士交接。

2.2 术后护理

2.2.1 术后病情观察 重点监测意识、生命体征,观察说话、伸舌及肢体活动等情况,以便尽早发现神经功能损伤。出现声音嘶哑时,注意排除气管插管导致的声带损伤。清醒后,避免用力咳嗽、打喷嚏,保持心情愉快,以免引起伤口出血。

2.2.2 颈部伤口观察 观察颈部切口处有无渗血、引流液颜色和引流量,并注意观察颈部肿胀情况、气管受压情况,一旦发生切口出血压迫气管,第一时间清除血肿,保持呼吸道通畅。床旁备气管切开包,紧急情况下迅速打开手术切口或行气管切开术。术后还要注意观察颈部有无搏动性包块形成,警惕假性动

脉瘤。

2.2.3 脑过度灌注综合征 术后要注意观察和防止脑过度灌注综合征,轻者表现为头晕、头痛等,部分不典型病人表现为短暂精神兴奋、言语变多、易激怒等症^[4]。根据个人情况,这些症状一般持续24~72 h。严重者会出现剧烈头痛、恶心、呕吐等脑水肿、颅内压增高表现,应及时有效给予脱水药物,行头颅CT检查,并严格控制血压。血压过高会加重脑组织再灌注,控制血压低于基础血压15%~20%。

2.3.4 缺血性脑卒中 一般发生在术后24~48 h内,严密观察肢体有无偏瘫、肢体活动障碍、视觉障碍及感觉障碍等,尽早发现,及时处理,提前预防^[5]。控制血压稳定,避免血压过低出现脑灌注过低,导致脑缺血甚至脑梗塞。本文85例中,2例早期发现肢体活动障碍,及时行CT和MRI检查,及时处理;其中1例出现短暂性脑缺血发作后4 h内恢复,1例既往有脑梗死病史、右侧肢体乏力,术后右侧肢体有偏瘫,检查发现脑组织过度灌注,康复治疗1个月后,右下肢肌力恢复不佳,右上肢肌力恢复。

2.3.5 颅内出血 严密观察血压变化,合理控制血压,合理饮食,保持大便通畅,加强心理支持,保持情绪平稳;避免情绪激动、剧烈咳嗽、用力排便、剧烈运动等,以免导致颅内压升高。

2.3.6 颈内动脉血栓形成 术后3 d内,低血压、吻合口漏、动脉栓子残留等容易诱发颈动脉血栓形成。术后严密观察意识情况,复查凝血功能。若出现谵语、烦躁、偏瘫、昏迷等急性脑损害表现,立即通知医生,紧急行多普勒超声及CT检查,一旦明确颈动脉血栓形成,应立即准备行二次手术。

2.3.7 心肌梗塞或心肌缺血 术后当天至数天内易发生心肌梗塞或心肌缺血,往往有胸闷、憋气、心悸、血压下降等表现,术后需持续心电监测,重视病人主诉,并及时复查心电图、超声心动图等检查。

2.3.8 饮食与康复训练 全麻术后6~8 h,可少量给予温开水,注意观察有无饮水呛咳、吞咽困难等。术后第二天开始给予流质饮食,过度到半流质,以易消化的饮食为主,保持大便通畅。术后肢体偏瘫的病人,

应尽早进行肢体功能锻炼及康复训练,在卧床期,病人就开始被动功能锻炼、良姿位摆放以及肢体按摩等。

2.3.9 用药护理 术后24~48 h遵医嘱给抗血小板药物,术后24 h恢复进食后酌情给予常规降血压、降血脂等药物。使用抗血小板药物需注意观察颈部伤口情况,术前、术后均要注意皮肤黏膜有无出血、瘀斑,血尿和黑便等症状,定期监测凝血功能、血小板活化功能,尽早发现,及时处理。

2.3.10 出院指导 术后保持生活规律,戒烟戒酒,低盐低脂饮食。保持伤口清洁、干燥,术后10 d禁止淋浴,防止伤口裂开及感染。术后1、3个月复查颈部血管超声,术后6个月复查头颈部CTA及脑CT灌注检查。

总之,CEA能够有效降低颈动脉狭窄或闭塞病人的卒中风险,是治疗颈动脉狭窄或闭塞、预防卒中的有效方法。充分的术前准备、术后病情监测、及时处理,有助于减少术后并发症的发生率,提高手术疗效。

【参考文献】

- [1] 闫忠军,徐东为,胡焱,等.急性缺血性脑卒中的治疗体会[J].中国临床神经外科杂志,2017,22(8):591-592.
- [2] 刘花艳,陈太丽,张卫兵.三维超声检查在评估CEA后再狭窄中的作用[J].中国临床神经外科杂志,2021,26(2):68-71.
- [3] 秦海林,徐国政,胡军民,等.多参数监测在颈动脉内膜斑块剥脱术中的应用[J].中国临床神经外科杂志,2022,27(12):983-985.
- [4] 秦海林,胡军民,秦汉,等.颈动脉内膜斑块剥脱术后缺血型脑卒中的防治[J].中国临床神经外科杂志,2020,25(11):743-745.
- [5] 曲乐丰.颈动脉内膜斑块切除术——手术技巧及围术期处理[M].北京:人民军医出版社,2015.15.

(2023-02-25收稿)