

Galen 静脉瘤的围手术期护理经验

肖晓花 王 曼 苏晓娟 程菊云 马廉亭

【摘要】目的 总结 Galen 静脉瘤的围手术期护理经验。**方法** 回顾性分析 2012 年 1 月至 2023 年 1 月血管内介入治疗的 6 例 Galen 静脉瘤的临床资料,总结围手术期护理经验。**结果** 3 例一次治疗完全闭塞瘘口,2 例两次栓塞,1 例三次栓塞。术后 4 例癫痫得到控制,1 例心力衰竭未再发作。6 例均恢复正常大脑发育,预后良好。无并发症,无死亡病例。**结论** 血管内栓塞治疗 Galen 静脉瘤是一种安全、有效的方法。围手术期给予细致、全面、有效的护理,有助于提高手术效果、减少并发症。

【关键词】 Galen 静脉瘤;血管内治疗;围手术期;护理

【文章编号】 1009-153X(2023)03-0197-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 743; R 815.2; R 473.6

Galen 静脉瘤多为先天性脑血管畸形,致残率和病死率很高^[1-3]。根据我们收治的病例,我们认为 Galen 静脉瘤既不是瘤,也不是动脉瘤样畸形,从本质上看,是颅内中线部位以大脑后动脉为主要供血动脉、以 Galen 静脉瘤为引流静脉的动静脉瘘。本文总结 2012 年 1 月至 2023 年月收治的 6 例 Galen 静脉瘤围手术期护理经验,为临床提供参考。

1 病例资料

6 例中,男 5 例,女 1 例;年龄 10 个月~6 岁。脉络丛型 5 例,血管壁型 1 例。4 例表现为癫痫,1 例表现为心力衰竭,1 例因体检发现。DSA 确诊为 Galen 静脉瘤,并给予血管内栓塞治疗,栓塞供血动脉和瘘口,其中 3 例一次治疗完全闭塞瘘口,2 例两次栓塞,1 例三次栓塞。术后 4 例癫痫得到控制,1 例心力衰竭未再发作。6 例均恢复正常大脑发育,预后良好。

2 围手术期护理

2.1 术前护理 ①建立静脉通道,因患儿耐受能力差,加上术中出血和麻醉,容易导致循环衰竭,建议选择四肢的粗大且易穿刺的血管或者头皮静脉,使用 G20-24 套管针穿刺^[4]。②导尿管的管理,男性婴幼儿多见包茎,导尿时应彻底消毒,操作时动作轻柔勿损伤尿道;女性婴幼儿小阴唇容易粘连,尿道短,尿道口辨别困难,加上尿道口与阴道口毗邻,容易误将导尿管插入阴道,所以一定要细心。③特别注意

有无癫痫发作的先兆及四肢活动障碍等情况,观察重点包括头痛、癫痫、心力衰竭及颅内出血等。

2.2 术中护理配合 包括:①肝素使用;②输液的管理和尿量监测;③体位摆放和安全防护,在采集头像的过程中要嘱咐患儿屏气,防止因呼吸导致头颈晃动影响图像的清晰度;在投照时,应当注意投照位置、范围及曝射条件的准确性;对照射野相邻的性腺,应用铅橡皮加以遮盖。

2.3 术后护理

2.3.1 抗凝药物的应用 术后抗凝是 Galen 静脉动脉瘤栓塞治疗的关键。Galen 静脉瘤栓塞术为高度血栓栓塞形成危险的手术,可根据病人具体情况使用肝素^[5,6],同时加强监护凝血功能异常、出血和血小板减少等不良反应。由于肝素存在血小板减少风险,无论因何适应证使用,都应监测血小板计数。阿司匹林用于儿童抗血小板聚集的剂量尚无统一标准,可根据成人临床经验使用^[8]。阿司匹林片常引起恶心、呕吐、上腹部不适或疼痛等不良反应,建议将片剂碾碎溶于水中饭后喂服,密切观察是否有皮下出血点、黑粪和牙龈出血等。

2.3.2 股动脉穿刺点及体位护理 由于术后应用抗凝和抗血小板集聚的药物,患儿自主性差,很难坚持,可让患儿家长准备感兴趣玩具、书籍或光碟,转移患儿注意力,耐心向患儿及家长解释制动的必要性。为避免再出血,嘱其绝对卧床休息,平躺,局部沙袋加压止血 6~8 h;平伸术侧下肢,避免术肢屈膝、屈髋,并制动 24 h,做好看护,防止坠床。观察伤口敷料有无渗出,术肢足背动脉搏动是否正常,观察皮肤温度、颜色、血液循环(趾端色泽、趾温)、痛触觉情况。如果下肢不能自主活动,每 2 小时翻身 1 次,防止压疮。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.03.017
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
(肖晓花、王 曼、苏晓娟、程菊云、马廉亭)
通讯作者:苏晓娟,E-mail:346049282@qq.com

2.3.3 并发症的护理

2.3.3.1 脑过渡灌注综合征 由于高流量的动脉血液突然重新再分布,可能发生正常灌注压突破。瘻口闭塞后血流动力学改变,易引起颅内血液过度灌注,导致脑水肿,引起颅内压增高等。应加强对患儿生命体征及瞳孔、意识的观察,若出现变化,立即通知医生处理。

2.3.3.2 颅内出血 严密观察生命体征及意识瞳孔的改变,将血压维持在正常水平或低于术前的基础血压,如意识瞳孔发生改变或血压过高时,应及时给予处理,以防颅内出血。

2.3.3.3 呼吸道并发症 是全麻术后最易发生的并发症之一。术后麻醉恢复期,应加强呼吸道管理,包括密切观察呼吸节律、频率,发现异常呼吸及时处理;及时处理呼吸道分泌物、呕吐物,做好胸肺物理治疗;注意保暖,避免上呼吸道感染。

2.3.3.4 股动脉穿刺处皮下出血 成人穿刺处血肿多与穿刺技术、血压高、血管硬化有关,而小儿多因配合不佳、躁动加上使用抗凝药物所致。较小血肿在体表不明显,但反复多次穿刺或拔除导管鞘后压迫穿刺点时间太短以及肢体过度活动易造成大出血或较大血肿。导管鞘未拔除时,可给予适当镇静治疗,拔除后穿刺侧肢体应严格制动,严密观察穿刺点渗血及双侧足背动脉搏动情况。本文 1 例男性患儿,术毕拔除导管鞘后哭闹不止,肢体屈曲,穿刺部位出现皮下血肿,因及时发现,迅速以手指压迫止血,并重新加压包扎,出血很快止住。如果出血较多,则需输血及对症治疗。

2.3.4 心力衰竭的护理 动静脉瘻会导致右心室静脉回流增加,前负荷增加,最终导致充血性心力衰竭。根据心肺成熟度的不同,新生儿可以表现为轻度的容量负荷增加,也可以出现严重的心源性休克。与胎儿和新生儿相比,大龄患儿几乎不出现充血性心力衰竭的表现。其护理:①吸氧,有急性肺水肿患儿吸氧时,湿化瓶可改装 20%~30%乙醇,间歇吸入,每次 10~20 min,间隔 15~30 min,重复 1~2 次。②做好心理护理,根据患儿的心理特点采用相应的对策,主动与患儿沟通,给予安慰鼓励,取得合作,避免患儿抗拒哭闹,加重心脏负担;同时最好能有家长陪伴,减少离开亲人的创伤,使患儿情绪稳定。③控制水盐摄入,轻者可给少盐饮食,指每日饮食中钠盐不超

过 0.5~1 g;重者无盐饮食,指在食物烹调时不加食盐或其它含盐食物。尽量减少静脉输液或输血,必输时,每日总量宜控制在 75 ml/kg 以下,输入速度宜慢,以每小时<5 ml/kg 的速度为宜。④休息,病室应安静舒适,避免各种刺激,防止用力过度,保持大便通畅,必要时用开塞露通便;体位取半坐卧位,小婴儿取 15°~30°斜坡卧位,使横膈下降,有利呼吸运动。

2.4 出院指导 Galen 静脉瘤儿童血管内栓塞术后血管破裂出血的风险减小,但并不意味着治疗的终止,而且部分患儿采取分次、分期治疗,因此应告知患儿家属出院后合理安排休息和活动时间,避免精神刺激和情绪激动,保持良好的生活习惯;饮食应低盐、易消化,少量多餐;保持大便通畅,避免用力排便等;同时应继续行康复锻炼;出院后,应避免单独外出,定期门诊随访。

总之,Galen 静脉瘤多为新生儿和婴幼儿,血管内栓塞治疗是目前最佳的治疗方案。围手术期提供细致、全面、有效的护理,是提高手术效果及减少并发症的有效手段。

【参考文献】

- [1] 马廉亭,杨 铭. 脑脊髓血管病血管内治疗学[M]. 第 2 版. 北京:科学技术出版社,2010. 258-266.
- [2] Ciriello F, Edwards MS, Schnilt KG, *et al.* Interventional neuroradiological management of vein of Galen malformations in the neonate [J]. *Neurosurgery*, 1990, 27: 22-28.
- [3] 蒋 瑜,杨太珠,罗 红,等. 三维能量多普勒产前诊断胎儿 Galen 静脉血管瘤 1 例[J]. *中国医学影像技术*, 2011, 27 (6): 1307-1308.
- [4] 王琳琳,程敬亮,张 勇,等. Galen 静脉动脉瘤样畸形的 MRI 诊断[J]. *郑州大学学报(医学版)*, 2015, 50(5): 725-727.
- [5] Halbach VV, Dowd CF, Higashida RT, *et al.* Endovascular treatment of mural-type vein of Galen malformations [J]. *J Neurosurg*, 1998, 89: 74-80.
- [6] Mitchell PJ, Rosenfeld JV, Dargaville P, *et al.* Endovascular management of vein of Galen aneurysmal malformations presenting in the neonatal period [J]. *AJNR Am J Neuroradiol*, 2001, 22: 1403-1409.

(2023-02-16 收稿)