

·护理论坛·

颅内动脉瘤栓塞术的护理配合

陈惠珠

我院介入放射自 1999 年 2 月至 2002 年 9 月采用可电解脱性弹簧圈 (guglielmi detachable coil, GDC) 栓塞治疗 28 例颅内动脉瘤患者获得成功。我们认为良好的护理与配合是手术成功不可缺少的因素, 现将护理配合要点予以报道。

一、心理护理

通过对即将接受颅内动脉瘤栓塞术的患者本人及其家属的接触和观察, 他们常产生以下几种心理状态, 担心手术是否能成功而产生紧张心理; 对手术费用较为昂贵产生的焦虑心理; 对可能发生的并发症产生的恐惧心理等。针对以上心理状态, 我们采用心理分析的方法通过说服、鼓励、启发、劝导、消除疑虑等精神支持疗法使其增加信心, 主动配合。

二、术中护理配合

①生命体征监测: 严密观察有无头痛、瞳孔变化、意识障碍、语言功能、感觉与运动功能障碍等。②插入微导管前, 根据血管走向配合医生将微导管末端塑形成一定的弯曲度, 以利导管进入。③给动脉加压输液袋内 500ml 生理盐水加入肝素 500U, 经输液皮条通过带三通的连接管与 Y 型阀相连接时

必须排尽空气, 保持压力表上的刻度在 300mmHg 左右。观察动脉加压输液系统有无回血及时更换输液袋。④及时更换无菌敷料, 保持手术台面无血迹。⑤连接电解脱装置, 将电线的正极与铂金圈尾端的金属裸区相连, 负极与穿刺点附近的刺于皮下的不锈钢针连接, 将两条线按指示分别与配套的电源盘正负接点相连, 开通电源器。GDC 时观察电流强度、电压、通电时间并记录。当弹簧圈解脱后, 电源装置内的蜂鸣器会鸣响。

三、术后按 Seldinger 的条件常规护理, 特别注意穿刺部位有无渗血、穿刺侧足背动脉搏动和全身有无出血倾向。

四、体会

手术使用的微导管、微导丝均较为精细, 故在拿放过程中应注意动作轻柔, 以免损坏。术后将电解脱装置内的电池取出放好。术中护理人员必须熟悉栓塞治疗的方法与步骤, 以利于做好护理配合。手术过程中优质的护理技术是手术顺利进行不可缺少的重要环节。

(收稿日期: 2003-03-26)

作者单位: 210029 南京医科大学第一附属医院放射科

·护理论坛·

颈动脉支架置入术治疗颈动脉狭窄的护理

胡显玲

颈动脉支架置入术 (carotid artery stenting, CAS) 是目前治疗颈动脉狭窄的有效方法之一, 与手术治疗相比具有创伤小、致残率低、并发症少、安全等特点, 故越来越受到人们的重视。但考虑其仍是一种侵袭性的介入性治疗, 同样会有并发症, 故严格的术前、术中、术后护理非常重要。自 2001 年 10 月至 2003 年 2 月期间, 我院共进行颈动脉支架置入术治疗 20 例 21 支颈动脉狭窄, 取得了较好的疗效, 现

将护理体会总结如下。

一、临床资料

本组病例 20 例置入支架 21 枚, 其中男 18 例, 女 2 例, 年龄 55~75 岁, 平均为 68.5 岁。临床主要表现为反复短暂性脑缺血发作 (TIA) 15 例, 5 例有脑梗死病史, 均由全脑血管造影确诊为颈动脉不同程度狭窄。全部病例均在神经安定镇痛麻醉下, 进行神经外科血管内治疗, 采用自膨胀支架置入治疗。20 例患者中, 除 1 例术后出现高热, 经治疗 2 周后

作者单位: 325000 浙江省温州市第二人民医院

体温恢复正常,无手术相关并发症发生,余均恢复满意,未发现任何新出现的神经系统阳性体征,术后症状较术前明显改善。20 例中 2 例偏瘫,18 例正常生活。

二、术前护理

(一)心理护理 CAS 是一项新的技术,患者多对手术不了解,担心治疗效果不佳而产生心理压力。护士应耐心细致地介绍这种治疗方法的优点、目的,告知操作程序及术中、术后可能发生的问题,消除其顾虑。

(二)患者准备 协助做好术前各项常规检查如血常规、出凝血时间、胸透等;双侧腹股沟区备皮,观察患者股动脉及足背动脉搏动情况;做碘及青霉素过敏试验;术前 3d 开始给予噻氯匹啶及阿司匹林;术前 6h 禁食禁水;进介入治疗室前插导尿管。

(三)物品准备 导管室护士应了解患者病情,与术者一起讨论手术过程及可能出现的情况和意外。准备好所需的各种介入器件和抢救器材及药品。

三、术中配合

护士应熟悉手术所有步骤,掌握所用物品的性能及特点,尽量做到让术者专心操作。

(一)患者取平卧位,头部头圈固定,双手置于身体两侧,用防护板加以保护。建立静脉通道,利于术中及时给药。

(二)实施全身肝素化,按 1mg/kg 给予首次剂量静脉注射,每隔 2h 减半量静脉注射。

(三)注意观察并熟悉对造影剂过敏反应的處理:血管内治疗过程中造影剂的应用是必不可少的,部分患者即使术前碘过敏试验阴性,仍可发生过敏反应。主要表现为皮肤瘙痒、荨麻疹、休克等。因此,在治疗过程中应密切观察病情变化和股动脉压力情况。工作中我们体会到当股动脉压力曲线较陡时,说明动脉压下降,往往是休克的先兆,遇此情况应及时通知医生并静脉注射地塞米松 10mg 、肌肉注射异丙嗪 25mg ,必要时皮下注射肾上腺素 $0.5\sim 1\text{mg}$ 。

(四)密切观察患者病情,对患者的意识、瞳孔、脉搏、呼吸、血压及肢体活动情况进行详细记录,警惕术中出现脑梗死等并发症,一旦出现异常,及时向术者汇报,并及时处理、抢救。

(五)注意加压袋的压力变化及液体量的多少,随时进行调节,保持有滴入即可。记录各项参数,如颈动脉狭窄的部位、程度、长度等,以备术者查用。

四、术后护理

(一)一般护理 术后平卧,穿刺侧下肢制动 24h,穿刺局部加压包扎,用沙袋压迫止血 6h,以防穿刺部位出血和血肿。这些限制给患者造成不同程度的困难,在此期间护士应做好各项生活护理,协作患者进食,使患者圆满度过手术危险期。

(二)病情观察 密切观察患者的意识、体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔及肢体活动的变化,严密观察穿刺局部有无出血、渗血或血肿发生,观察穿刺侧足背动脉搏动及皮肤颜色温度及肢体末端血循环的变化,注意腹部情况,严格交接班,发现异常及时报告医生处理。

(三)预防感染 由于动脉粥样硬化多为老年患者,机体抵抗力低,因此,术后常规给予抗生素治疗。本组中有 1 例患者术后第 3 天出现高热,体温高达 39°C ,经检查为合并肺部感染,后经抗炎等治疗,2 周后体温恢复正常,并且于术后 1 个月施行另一侧颈动脉 CAS,术后恢复良好。

(四)术后抗凝药物的应用 术后抗凝药物的合理应用直接关系到手术的成败。CAS 的术后并发症中,最危险的是急性颈动脉闭塞,其原因主要是斑块下出血或斑块破裂后继发性血栓形成。因此,术后应常规应用抗凝药物如低分子肝素皮下注射、肠溶阿司匹林口服以防血栓形成。同时给予低分子右旋糖酐+复方丹参针静脉滴注以扩容。在使用抗凝药物期间,应严密观察凝血情况。术后患者 2~3d 内每日检查凝血时间(试管法)2 次,半个月至 1 个月内每周检查凝血酶原时间 2 次,将凝血时间控制在正常值的 2.5~3 倍。严密观察患者的出凝血情况,观察皮肤黏膜有无出血点或紫癜,大小便的颜色及其他脏器有无出血征象。如患者出现皮肤大片淤斑、拔针后针眼血流不止等出血倾向时,应及时报告医生,停止抗凝治疗,同时给予维生素 K_1 $10\sim 40\text{mg}$ 肌肉注射或用鱼糖蛋白对抗等。

CAS 治疗颈动脉狭窄前后的正确护理,增加了手术成功率,减少了并发症的发生,保证了治疗取得良好效果。

(收稿日期:2003-01-10)