

## 介入治疗急症脑动脉瘤破裂出血的护理体会

何 瑛, 王庆华, 许秀芳, 林 东

**【摘要】** 目的 总结介入治疗急症脑动脉瘤破裂出血的护理经验。方法 回顾性分析过去 6 年间 300 例介入治疗急症的破裂出血性脑动脉瘤的术前、术中和术后护理方法。结果 急症介入治疗了所有动脉瘤,无一例发生与护理相关的严重并发症。结论 介入治疗急症破裂出血性脑动脉瘤的科学和规范护理取得了良好效果,保证了患者治疗和康复的顺利进行,有效的预防了并发症的发生。

**【关键词】** 蛛网膜下腔出血; 脑动脉瘤; 介入治疗; 护理

中图分类号:R743.3 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2013)-07-0602-03

**Nursing care for patients receiving emergency endovascular treatment for ruptured cerebral aneurysms** HE Ying, WANG Qing-hua, XU Xiu-fang, LIN Dong. Emergency Department, Affiliated Ruijin Hospital, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 310000, China

Corresponding author: XU Xiu-fang, E-mail: jrfsxzz@163.com

**【Abstract】 Objective** To summarize the nursing experience in assisting the performance of emergency endovascular treatment for ruptured cerebral aneurysms. **Methods** In past six years at authors' hospital, emergency endovascular treatment for ruptured cerebral aneurysms was performed in 300 patients. The perioperative and in - operation nursing care measures were retrospectively analyzed, and their effectiveness was evaluated. **Results** All cerebral aneurysms in 300 patients were successfully treated by emergency endovascular intervention. No nursing-related complications occurred in all patients. **Conclusion** Strict accomplishment of scientific and standard nursing care measures can well ensure a successful performance of emergency endovascular intervention for ruptured cerebral aneurysms and the patients can achieve an excellent recovery as well. Besides, scientific and standard nursing care can effectively prevent the occurrence of complications.(J Intervent Radiol, 2013, 22: 602-604)

**【Key words】** subarachnoid hemorrhage; cerebral aneurysm; interventional treatment; nursing care

脑动脉瘤破裂出血是急症神经介入科和神经科的高危重症,再出血和脑血管痉挛是患者致死和致残的主要原因,预防这些致死因素的产生和发展是临床治疗和护理的重点。本文护理体会是对脑动脉瘤破裂出血患者从急诊抢救室、介入栓塞治疗术前、术中和术后病房以及康复的护理进行流程化总结。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

本组病例为过去 6 年间经急诊抢救室绿色通道进行介入栓塞治疗的 300 例破裂出血性脑动脉瘤患者,男 116 例,女 184 例,年龄 29 ~ 81 岁,平均年龄 57 岁,上述患者均行头颅 CT 和脑血管 DSA 检查确诊,主要症状为突发剧烈全头痛、呕吐、颈项强直等,其中 58 例伴有意识障碍,Hent-Hess 分级有 1 级 29 例,2 级 171 例,3 级 86 例,4 级 12 例,5 级 2 例。

#### 1.2 治疗方法

按照破裂出血性脑动脉瘤的临床路径急症入院当天行脑动脉瘤介入治疗术,全麻下行脑动脉瘤介入栓塞治疗,术后复苏后复查头颅 CT 后返回神经科监护室,绝对卧床,予床边心电图监护,持续吸氧,尼莫同静脉推注缓解脑血管痉挛,甘露醇与呋塞米或甘油果糖交替使用脱水降低颅压,同时扩容

DOI:10.3969/j.issn.1008-794X.2013.07.019

作者单位: 200025 上海交通大学医学院附属瑞金医院急诊科(何 瑛); 神经外科(林 东); 大连医科大学附属第一医院介入科(王庆华); 解放军第八五医院南京军区介入放射中心(许秀芳)

通信作者: 许秀芳

和胃肠道保护等对症和支持治疗。Hent-Hess 分级超过 3 级者腰椎穿刺行脑脊液置换或引流或脑室外引流,必要时予冰毯机持续物理降温或呼吸机支持呼吸。

## 2 护理方法

### 2.1 术前护理

患者进入急诊抢救室后立即完成心电和血压的实时监测,并开辟 2 路静脉通路。告知患者家属关于脑动脉瘤破裂出血的临床治疗路径——急诊绿色通道和急症介入治疗以及监护室的流程,告知脑动脉瘤介入治疗的重要性和围手术期的注意事项,缓解家属的焦虑和疑虑,取得家属的理解和配合<sup>[1]</sup>。尽量减少检查中不必要的等待时间和移动患者,使患者尽早得到介入治疗<sup>[2-3]</sup>。

完善术前辅助检查和术前准备,术前 30 min 给患者注射镇静药物,完成两侧腹股沟和会阴部区备皮和留置导尿等。应予绝对卧床并严密的病情观察,及时发现问题,及时报告医生。除观察患者生命体征外,特别注意患者的意识状况和双侧瞳孔的变化。保持呼吸道通畅,充足给氧,必要时给予气管插管。

### 2.2 术中护理

包括患者准备、物品准备和术中配合及常见并发症的预防。

2.2.1 术中患者准备 核对和确认患者手术核查表等信息,置患者平卧于手术台上,持续给氧,充分暴露穿刺部位,严格执行无菌操作和铺巾。

2.2.2 物品准备 准备一次性手术包,造影用导管鞘、导管、导丝、连接管、Y 阀、三通管、注射器、微导管、微导丝、弹簧圈等,还需要准备术中用药,如尼膜同、甘露醇、肝素和鱼精蛋白等。

2.2.3 术中配合 认真细致的病情观察和正确实施监护手段可及时发现患者的病情变化,尤其是血压和心率的变化,及时告知医师,以便做出预见性处理,预防不良反应和并发症,提高手术的成功率。保持输液管道通畅,观察动脉加压输液情况,随时补充压力,按时按量补充肝素。

2.2.4 常见并发症的预防 术中密切观察心率和血压的变化,实施 3 ~ 5 min 测量血压,根据血压变化及时和麻醉师沟通,必要时调节尼莫同的推注速度,使血压波动小于 20 mmHg。必须准确记录肝素推注的起始时间和量以及间隔时间和追加量,术前和术中每小时监测活化蛋白酶时间(ACT),必要时追加肝素使 ACT 介于 250 ~ 300 s,或术前的 2 ~

2.5 倍<sup>[4]</sup>。

### 2.3 术后护理和康复

术后复苏、复苏后复查头颅 CT 后返回病房。及时完成“介入治疗手术后交接班表”等书面的填写。

2.3.1 术后护理 术后绝对卧床。心电监护重点以血压为主,尽力为患者创造良好的休息环境,保证充足的睡眠,抬高床头 15° ~ 30°,以利静脉回流、减轻脑水肿、降低颅内压;穿刺侧下肢制动 24 h,观察穿刺部位是否渗血和局部皮下血肿形成,解除加压包扎前每 30 min 观察一次;保持呼吸道通畅,定时翻身、拍背,以利痰液排出。术后 8 h 后给予易消化流质,保持大便通畅,避免食用甜食和奶制品,以免引起胀气。留置导尿管者尽早去除,不能去除者按时进行膀胱冲洗和尿道口消毒,防止并发症发生。避免一切可以引起颅内压增高的因素,如情绪激动和用力排便等。

本组 23 例患者实施气管插管术,其中 6 例实施气管切开术,昏迷时间长,及时清理呼吸道分泌物,如不及时,势必加重脑缺氧,进而加重脑水肿和脑血管痉挛。本组 79 例患者实施腰椎穿刺腰池脑脊液置换术,其中 12 例持续引流,5 例实施脑室外引流术,持续引流一般不超过 1 周,应注意保持引流管的通畅,以注意引流瓶的高度,以维持一定的颅内压,并注意和记录引流的颜色、引流量;如果引流量较多,颜色为血性,应及时报告医师,往往提示再出血。另外注意输液速度,若过快可加重脑水肿,对于既往存在心脑血管和肝肾功能异常的患者尤为重要。还有尼莫同推注防止渗漏,否则容易引起皮肤组织坏死和静脉炎等并发症。

动态观察患者神志、瞳孔和生命体征的变化,重点观察患者瞳孔的大小、对光反应情况。一般术后 12 ~ 24 h 患者症状开始减轻,神志和精神面貌明显改善,72 h 后由于脑水肿可加重临床症状,如头痛显著,临时使用降颅压药物,注意观察患者的头痛时间,有序的使用降颅压药物和止痛药物。对于发热的患者,鼓励多饮水和休息,先采用物理降温,必要时给予吲哚美辛栓纳肛治疗。

疾病宣教是一个动态连续的过程,从术前简单有效的告知到术后详尽又结合实际的讲解,使患者和家属基本认识破裂出血性脑动脉瘤的病因、治疗原则、注意事项和预后等知识。可以通过发放健康宣教的小册子宣传,亦可以告知家属关键词进行因特网的搜索学习,增强家属的认识,同时使家属更加理解医院的医疗行为,进一步扩大医院的影响。

2.3.2 术后康复 术后康复包括术后和出院后康复,这对于蛛网膜下腔出血的患者尤为重要。术后 3 d 在生命体征稳定的条件下,协助患者伸掌、屈肘,保持肢体功能体位,每天 3 次,每次 10 min;术后 7 d 开始护士应指导并协助患者加大运动力度、幅度;活动从大关节到小关节,时间从 10 min 延长至 30 min,如握拳、伸掌等,以被动与主动运动有机结合。本组绝大多数患者 2 周后出院,从床上靠立位到下地坐立位,教会患者自我训练要点,逐日加大训练强度,切记循序渐进。出院前向其介绍出院后注意事项,指导患者保持情绪稳定,生活要有规律,保证充足的睡眠,适当锻炼,避免剧烈运动和咳嗽,保持大小便通畅。应坚持服药、定期复诊。通过护理指导,患者自我放松,较好的解除心理因素引起的焦虑情绪,术后本组患者无一例发生与护理相关的不良事件。

### 3 结果

所有动脉瘤急症介入治疗,无一例发生与护理相关的严重并发症。由于及时发现患者病情变化,本组术中 7 例再次破裂出血的患者得到了及时补救治疗。所有患者经急诊抢救室、介入栓塞治疗术前、术中和术后病房以及康复的流程化护理得以生存,症状多在 2 周内恢复正常,GCS(昏迷指数)评分较前明显提高,达到 98.3%。

### 4 讨论

破裂出血性脑动脉瘤属于高危重症,再出血和脑血管痉挛是患者致死和致残的主要原因,预防这些致死因素的产生和发展是临床治疗和护理的重点,及时治疗能够有效防止再破裂出血和相关并发症,挽救患者的生命,提高其生存生活质量,不仅要求护理人员具有一定工作能力,而且具有一定的医患沟通能力<sup>[5-6]</sup>。

本中心开展急症介入治疗破裂出血性脑动脉瘤的术前、术中和术后护理不同于一般的介入治疗护理:破裂出血性脑动脉瘤患者病情危重,家属顾虑多,介入治疗的风险大,护理范围广泛,护理项目繁多,时间较长等。通过我们科学、规范和连续的护理,体会如下优势:① 术前科学宣教,使患者家属和医生之间建立互信;② 大大的节约了治疗前的等待

时间,为患者的治疗争取了时间;③ 术中有效的配合手术医生降低了不良事件的发生;④ 术后护理和康复训练同步进行,缩短了卧床的时间。

在科学和规范的护理指导下,保证了患者治疗和康复的顺利进行,提高了治愈率,降低了并发症<sup>[7-9]</sup>。所有患者的基础护理工作全部由护士完成,这种工作模式的改变带来了思想观念的转变,同时提升了医院的服务形象。医疗市场的竞争促使医院为患者提供最好的服务,让患者高度满意,从而拓展医院的市场份额,有利于护理人员把握护理专业的本质和精髓,促进学科的发展,最终形成规范的护理队伍和流程<sup>[5,10]</sup>。从生物、心理、社会三个层面和规范的护理能提高抢救成功率及治愈率,降低病死率及致残率<sup>[3,6-7]</sup>。

### [参考文献]

- [1] 林汉英,罗莎莉,陈岩,等.“身心并护”模式在介入导管室的临床实践[J].介入放射学杂志,2012,21:608-610.
- [2] Hedlund M, Ronne - Engstrom E, Ekselius L, et al. From monitoring physiological functions to using psychological strategies. Nurses' view of caring for the aneurysmal subarachnoid haemorrhage patient [J]. J Clin Nurs, 2008, 17: 403 - 411.
- [3] Dunleavy K, Finck A, Overstreet W, et al. Improving care for patients with subarachnoid hemorrhage [J]. Nursing, 2005, 35: 26 - 27.
- [4] 马玉刚,毛燕君,袁亿里,等.弹簧圈闭塞颈内动脉治疗颅内巨大动脉瘤的护理 [J].介入放射学杂志,2010,19:151 - 153.
- [5] 李晓蓉,许秀芳,程永德.我国介入护理专科发展的现状与前景[J].介入放射学杂志,2009,18:721-722.
- [6] 许秀芳,张秀美,丁玥.不断总结,深入研究,提高介入护理水平[J].介入放射学杂志,2011,20:85-86.
- [7] 毛燕君,许秀芳,杨继金.介入治疗护理学 [M].北京:人民军医出版社,2007:1-6.
- [8] 郑东月.舒适护理在脑血管介入术围手术期中的实施 [J].现代中西医结合杂志,2008,17:5691-5692.
- [9] 沈耀英.临床护理路径在蛛网膜下腔出血患者中的应用[J].护士进修杂志,2007,22:570-571.
- [10] Samuels O, Webb A, Culler S, et al. Impact of a dedicated neurocritical care team in treating patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage [J]. Neurocrit Care, 2011, 14: 334 - 340.

(收稿日期:2012-12-25)

(本文编辑:俞瑞纲)