

本少、效率高和质量好的效果。通过使用路径表格,使每个当班护士明确自己的职责,根据病人的具体情况分析并准确记录,及时修订和执行个性化的护理措施。减少并发症的发生,护患双方主动参与治疗及护理,增进了护患沟通,互相谅解,确保了护理质量持续改进。本结果显示 CP 组患者术后头痛、咽痛、较非 CP 组明显减少,差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明 CP 护理干预对减少术后不良反应及并发症发生有较好的作用。

3.4 有利于促进医院护理管理,提高护理质量。CP 的设计与实施包含了质量保证、循证医学、循证护理以及质量促进的先进管理模式^[5],临床护理干预路径是一条达到最佳护理效果的途径。其明确护士的职责,要求护理工作向程序化、规范化、标准化发展,确保了护理效果的安全性和有效性,从而全面提高护理质量。

3.5 CP 径是一种为患者提供高品质、高效率、低成本的医疗护理服务模式。国内相关研究表明,绝大

多数 CP 会使病人的住院平均日减少,住院费用降低,并发症减少,这给患者带来极大的实惠,从而提高患者和家属的满意度。另外,医院节约了卫生资源,降低了医疗成本,提高了社会效益和经济效益^[6],值得推广应用。

参考文献

- 1 孙玲红,孙琦,龚有红,等.我国临床护理路径的研究现状[J].护理管理杂志,2008,8(3):24-25,28.
- 2 齐德广,秦银河,李书章,等.临床路径应用于剖腹产手术效果分析[J].中国医院管理,2003,23(5):28-29.
- 3 蓝海霞.临床路径在前列腺汽化电切术中的应用探讨[J].中国临床新医学,2011,4(10):974-976.
- 4 车欢娥,冯育.临床护理路径在颈椎病手术病人中的应用[J].护理研究,2007,21(33):3044-3046.
- 5 张静平,主编.现代护理学[M].长沙:中南大学出版社,2006:71-78.
- 6 刘卫英,黄小红,赵美君.临床路径在甲状腺良性肿瘤手术患者中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2005,21(7):24-25.

[收稿日期 2014-03-12][本文编辑 刘京虹]

护理研讨

症状性脑动脉狭窄患者血管内支架植入术后并发症护理

张彩虹, 陈 渊, 陈 志

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院神经内科

作者简介: 张彩虹(1975-),女,大学本科,学士学位,主管护师,研究方向:神经内科临床护理。E-mail:729849326@qq.com

通讯作者: 陈 渊(1976-),男,硕士,副主任医师,研究方向:神经内科介入诊治。E-mail:yuanchengxy@163.com

【摘要】 目的 探讨症状性脑动脉狭窄患者血管内支架植入术后并发症的护理对策。**方法** 对 112 例行脑动脉支架植入术的患者进行密切监测,并根据患者情况采取有针对性的护理措施。**结果** 手术期并发症发生率为 16.1%,经过采取有针对性的护理措施,有效地降低并发症的发生率。**结论** 合理有效的护理是症状性脑动脉狭窄血管内支架植入术治疗成功的重要保障。

【关键词】 症状性脑动脉狭窄; 支架植入术; 并发症; 护理

【中图分类号】 R 47 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2015)01-0075-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.01.27

随着科学技术的发展,脑血管狭窄支架因具有创伤小、疗效好、恢复快、患者易接受等优点,在治疗脑卒中方面得到广泛应用,但因脑动脉血管复杂,在治疗的过程中难免出现各种并发症。本文对 2010-

03~2014-03 在我院神经内科血管内支架治疗的症状性脑动脉狭窄患者的并发症进行观察,针对并发症总结护理对策,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院神经内科 2010-03 ~ 2014-03 住院治疗的症状性脑动脉狭窄患者 112 例, 其中男 66 例, 女 46 例, 年龄 41 ~ 81 (67 ± 9) 岁。入选标准: (1) 症状性脑动脉硬化性狭窄; (2) 数字减影术血管造影证实脑动脉颅外段狭窄 $\geq 50\%$, 颅内段狭窄 $\geq 60\%$; (3) 解剖结构适合行支架术; (4) 患者知情同意。排除标准: (1) 病变动脉解剖结构不适合行支架术; (2) 合并颅内动脉瘤或动静脉畸形不能同时处理的; (3) 无合适的血管路径; (4) 不能耐受抗血小板治疗; (5) 严重心、肝、肾功能不全患者; (6) 合并恶性肿瘤。

1.2 脑动脉内支架植入术方法 局麻下采用 Seldinger 法动脉穿刺并置入 8F 或 6F 动脉鞘, 将 8F 或 6F 导引导管置于狭窄部位的进心端。在路径图指导下, 使用远端栓子保护装置(颈动脉支架)或 0.014 微导丝(颅内动脉支架)小心通过狭窄部位, 置于狭窄部位远端合适部位。颈动脉支架是在栓子保护装置下行球囊扩张和支架置入。颅内动脉支架通过 0.014 微导丝直接置入 APOLLO 球扩支架或 Wingspan 支架。术中常规泵入尼莫地平, 全身肝素化。术后采用美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)评分评估神经功能缺损情况。支架术成功标准: 造影显示残余狭窄率 $< 20\%$ 。

1.3 护理措施

1.3.1 穿刺部位淤血和血肿 穿刺部位淤血、血肿是最常见的并发症, 是术后观察的重点^[1]。其临床表现为穿刺部位敷料渗血, 穿刺处皮肤发绀、皮下淤血、肿块、血肿较大时可压迫静脉引起静脉炎, 压迫动脉引起远端动脉搏动减弱或消失。误穿股浅动脉可通过异常交通进入血肿形成假性动脉瘤。在护理对策上可通过术前指导患者床上排尿、排便, 向患者宣教术后床上翻身方法; 术中选好适宜的穿刺针及穿刺点, 减少穿刺次数; 术后做好压迫器加压包扎及患者穿刺侧的制动等措施做到预防。

1.3.2 颈动脉窦反应 颈动脉窦反应为支架刺激颈动脉窦压力感受器所致。患者临床表现为头晕、无力、面色惨白、四肢发冷等。术前向患者介绍手术过程, 详细解答各种问题, 做好心理护理, 消除围手术期紧张和恐惧的心理。对于过度紧张的患者可术前 15 min 肌肉注射苯巴比妥 0.1 g 镇静。术中、术后严密监护患者的血压、心率, 若心率 < 50 次/min 时, 静脉给予注射阿托品^[2]等血管活性药物; 若发生心脏骤停, 立即进行胸外心脏按压, 同时静注阿托

品、肾上腺素; 对于收缩压低于 90 mmHg, 立即静脉给予多巴胺, 补充体液及静脉滴注升压药, 避免血压提升太快或过高, 以免发生高灌注综合征^[3]。

1.3.3 蛛网膜下腔出血 此为最危险的并发症, 病死率高。出血大部分发生在术中或术后早期, 出血的原因包括血管直接破裂、导管穿破血管、过度灌注、再灌注损伤、支架过大及血管内膜损伤等原因。因此术后 24 ~ 48 h 严密观察生命体征和病情的变化, 若患者突然出现剧烈头痛、意识障碍、恶心呕吐、面色苍白、出冷汗等症状, 应立即进行 CT 扫描、神经功能评价等, 以便诊断是否并发脑出血; 控制血压, 术后血压一般控制在 100 ~ 120 mmHg/70 ~ 90 mmHg, 并注意观察患者神志、瞳孔、肢体活动、言语情况, 发现异常及时处理; 保持平稳情绪, 切勿用力排便。躁动者遵医嘱给予镇静剂。

1.3.4 高灌注综合征 脑高灌注综合征是由于原先低灌注区脑血流量显著增加超过脑组织代谢需要而引起的一系列临床综合征。护理上予密切监测意识、瞳孔、心率、血压、呼吸变化并记录; 同时予尼莫通泵入控制血压在 100 ~ 120 mmHg/70 ~ 90 mmHg, 并且每 10 min 监测一次血压。血压稳定后, 改用口服降压药。经对症处理后患者症状消失。

1.3.5 急性血栓形成 急性血栓形成是脑血管支架植入的严重并发症, 特别是急性血管闭塞, 其原因是手术操作中, 部分粥样硬化斑块处于不稳定状态, 容易被导丝和支架碰撞而破裂继发血栓形成, 可导致脑梗死, 在术中、术后出现短暂或永久的神经功能缺损症状^[4]。护理对策: (1) 术前规范用药: 术前 3 ~ 5 d 口服抗血小板聚集药(阿司匹林 300 mg/d 和硫酸氢氯吡格雷 75 mg/d 等)^[5]; (2) 术中严格遵守操作规程, 严密观察神志变化、瞳孔大小及对光反射、肢体活动、言语情况等, 发现异常, 及时处理; (3) 术后监护: 术后入住重症观察室密切观察病情, 是否有头晕、头痛、视力模糊、面额纹变浅、语言功能障碍、肢体活动受限等, 如发现有急性血栓形成症状, 立即通知医生给予处理; (4) 介入材料的选择: 目前介入材料种类较多, 应根据病情合理选用介入材料, 并认真检查做好准备, 对有折损、表面不光滑的导丝导管等均不能使用。

2 结果

112 例血管内支架治疗症状性脑动脉狭窄患者中发生并发症 18 例, 发生率为 16.1%, 有 6 例出现穿刺部位淤血、血肿, 其中 4 例血肿范围通过标记未见扩大, 未给予特殊处理, 2 例血肿范围扩大, 通过

盐袋加压包扎血肿得到控制。颈动脉窦反应有 5 例发生于术中, 3 例发生于术后, 其中 7 例经对症处理, 症状很快缓解, 1 例经多巴胺维持 7 d 后血压恢复正常。蛛网膜下腔出血出现 2 例, 考虑可能与选择的支架过大以及手术操作时间过长导致血管内膜损伤有关, 或者可能与狭窄部位的形态结构有关, 其中 1 例经积极治疗后完全恢复。本组术后 1 例高灌注综合征出现头痛、恶心、呕吐等临床症状, 脑血管多普勒检查证实支架侧脑动脉的峰血流增加 > 100%, 考虑高灌注综合征, 通过血压的控制, 症状得到缓解。本组中急性血栓形成 1 例, 支架术后 8 h 出现延髓背外侧综合症, 考虑小脑后下动脉急性血栓形成, 复查头颅 CT 排除脑出血, 复查全脑血管造影发现小脑后下动脉未见显影, 给予动脉溶栓后患者症状恢复至支架术前。

3 讨论

3.1 脑动脉狭窄的支架治疗, 相关研究都证明其技术的可行性, 部分研究成功率甚至高达 95% ~ 100%^[6,7]。但是, 由于手术操作的熟练程度、脑血管本身的迂曲、复杂, 而且颅内主要血管如大脑中动脉和基底动脉有很多穿支血管供应深部脑组织, 导不可避免的会出现一些并发症。为保证手术的顺利进行和支架植入术能够取得良好的治疗效果, 需要采取高效、正确的护理措施进行有效配合。本组研究中发生并发症 18 例, 发生率为 16.1%, 其中恶性并发症 4 例, 与国内其他研究结果类似^[8,9], 这对我们的护理效果提出了严峻的考验。

3.2 术前护士应积极进行心理护理和健康宣教, 细致地观察患者在教育过程中出现的任何疑问, 帮助解答。通过详细介绍成功案例和良好的沟通, 赢得患者信任, 消除患者围手术期紧张和恐惧的心理。术后通过持续心电监护密切监测患者生命体征和病情变化, 详细记录心率、血压、足背动脉搏动、穿刺点情况, 及早发现各种症状, 针对不同并发症进行特定护理。密切观察患者的穿刺部位出血情况, 对穿刺

局部的损伤进行护理, 采取针对措施, 进行全方位护理。密切监测血压, 控制血压在医生要求范围, 对躁动者引起的血压波动, 通知医生给予镇静处理。对考虑有急性血栓形成的患者, 配合医生给予溶栓、抗凝治疗、镇静止痛等治疗, 有效保证患者恢复健康, 提高患者满意度。特别是恶性并发症的症状, 如胸闷、胸痛心慌、出冷汗、出现剧烈头痛、头胀、恶心、呕吐、癫痫、意识障碍等情况, 要密切关注, 如患者出现上述症状, 及时通知医生处理。

3.3 本研究对症状性脑动脉狭窄患者血管内支架植入术后的并发症情况观察, 采用针对性的措施进行护理, 均未严重影响其预后, 因此护理人员要充分认识到并发症的危险性, 增加风险防范意识, 积极配合医生处理, 可以提高手术成功率、减少并发症, 促使患者及早康复, 做好脑卒中的二级预防。

参考文献

- 1 曾令琼, 徐翔, 彭亚莉, 等. 100 例数字减影脑血管造影术的护理及配合体会[J]. 临床医药, 2009, 18(5): 51-52.
- 2 刘芳. 脑血管狭窄介入治疗 56 例的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(26): 6503.
- 3 王细林, 陈国华, 张继龙, 等. 脑血管狭窄支架治疗的并发症及其处理[J]. 国际脑血管病杂志, 2006, 14(9): 689-691.
- 4 姜卫剑, 王拥军, 戴建平. 缺血性脑血管病血管内治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 181.
- 5 廖莉, 谭毅. 缺血性脑血管病介入治疗并发症的护理进展[J]. 中国临床新医学, 2013, 6(10): 1029-1031.
- 6 Papanagiotou P, Roth C, Walter S, et al. Carotid artery stenting in acute stroke[J]. J Am Coll Cardiol, 2011, 58(23): 2363-2369.
- 7 Wolfe TJ, Fitzsimmons BF, Hussain SI, et al. Long term clinical and angiographic outcomes with the Wingspan stent for treatment of symptomatic 50-99% intracranial atherosclerosis: single center experience in 51 cases[J]. J Neurointerv Surg, 2009, 1(1): 40-43.
- 8 孙向伟, 宋美香, 公媚媚, 等. 全脑血管造影术及支架植入术的护理体会[J]. 求医问药(学术版), 2012, 10(10): 600.
- 9 马继军. 脑血管支架的临床应用及其并发症[J]. 中外健康文摘, 2013, 18: 24-25.

[收稿日期 2014-07-08][本文编辑 杨光 and]