

血管内支架置入术治疗颈动脉狭窄的护理

林琳

【摘 要】 总结 16例血管内支架置入术治疗颈动脉狭窄病人的护理,其中 3例脑血管痉挛、1例高灌注损伤、1例心动过缓合并低血压、1例皮下血肿经及时处理后恢复。提出密切观察病情,做好围手术期护理,特别是术后抗凝期护理,可减少并发症,提高手术成功率。

【关键词】 颈动脉狭窄; 血管内支架; 术后并发症; 护理

Nursing on endovascular stenting for stenosis of internal carotid artery

LN Lin. Neurological Inner Department of Center Hospital of Wuhan, Wuhan 430014 China

【Abstract】 To discuss the nursing on 16 patients who are treated with endovascular stenting for their carotid artery stenosis. 3 cases with cerebral vasospasm, 1 case with hyper-perfusion injury, 1 case with bradycardia and hypotension, 1 case with subcutaneous hematoma and recovered after immediately treatment. To put forward that observing the situation of patients, nursing on peri-operative patients, especially nursing in anticoagulant period of post-operation will reduce complications and increase the successful rate of operation.

【Key words】 Carotid stenosis; Endovascular stents; Postoperation complication; Nursing

颈动脉狭窄多因动脉粥样硬化引起,粥样硬化斑块钙化或脱落后栓塞脑血管而引起临床症状^[1]。颈动脉支架置入术是近年来治疗颈动脉病变的一项新技术,可有效的预防脑缺血发作,大大降低了脑血管病的致死率和致残率,已越来越受到人们的重视。我院神经内科从 2004年 3月~2005年 6月应用血管内支架置入术治疗颈动脉狭窄 16例,置入支架 21处,疗效满意,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

16例患者中男 13例,女 3例,年龄 49~74岁,其中脑梗死 7例,TIA 9例。均经 DSA 脑血管造影证实有不同程度的颈动脉狭窄。

1.2 病人选择标准

年龄 80岁以下,有缺血性脑神经损害症状,颈动脉狭窄超过 50%,或血管造影证实超过 80%的无症状性颈动脉狭窄,无严重心、肝、肾功能障碍。CT、MRI 显示无大面积梗塞灶的患者。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理准备

颈动脉支架置入术是近年来开展的一项新技术,病人术

前均有不同程度的紧张、恐惧等心理。术前多与病人沟通,让其了解手术的优点及过程,消除其顾虑,增强信心,积极配合手术。因术后需卧床 2 d,术侧肢体制动,应指导病人练习床上大小便。

2.1.2 病人的准备

术前 3 d 行抗凝治疗,给予口服拜阿司匹林 300 mg/d,氯吡格雷 75 mg/d。护士须做好服药指导,并观察皮肤黏膜有无出血倾向。术前一天双侧腹股沟区备皮,观察足背动脉搏动,便于术中术后对照。做碘过敏试验,术前一晚及术晨进行无渣半流质饮食。术前 30 min 肌肉注射鲁米那 0.1 g,并在非术侧肢体留置静脉通道。

2.1.3 实验室准备

协助医师完成血常规、凝血常规、肝肾功能、血液免疫学等检查。

2.2 术中护理

术中对患者进行心电、血压监护,观察神志、瞳孔的变化,特别是注射造影剂时,如出现面色苍白、呼吸急促、血压下降、呕吐等提示药物过敏,应立即停止注射,配合医生抢救。术中为防止血栓形成,患者全身肝素化,应严格执行无菌技术操作,以防发生感染。

2.3 术后护理

2.3.1 术后一般护理

术后绝对卧床休息,持续心电监护 48 h,监测血压变化,血压过高可给予尼莫同微量泵静脉输入,以稳定血压,防止血管痉挛。按医嘱给予补液、利尿、抗感染治疗。鼓励患者

多饮水、早排尿,以利造影剂排泄,尿潴留予以导尿。术后无特殊不适,2 h后可给予营养丰富、易消化的饮食。

2.3.2 鞘管护理

术后带鞘回病房,观察鞘管固定是否良好,穿刺区有无渗血。防止鞘管移位、折断、脱出、污染等。患者病情稳定,无不良反应,可于术后6 h拔鞘。拔鞘后局部按压20 min再以绷带加压包扎24 h,沙袋压迫6 h。

2.3.3 抗凝治疗护理

为了有效预防血栓形成和支架内再狭窄,术后继续抗凝治疗。120 ml生理盐水中加入肝素12 500U,以6 ml/h的速度微量泵静脉输入。术后4 h暂停,第6小时拔鞘,第8小时继续泵入,于术后24 h停用。检查凝血常规,再按医嘱给予速避凝0.4 ml皮下注射,每12 h1次。用药期间严密观察皮肤黏膜有无淤斑,牙龈出血及大小便颜色。监测血常规,将凝血酶原时间控制在正常值的2.5~3倍^[2]。

2.3.4 穿刺侧肢体的护理

术后平卧,穿刺侧下肢制动12 h,髋关节伸直,患者睡眠时可用约束带协助制动。24 h内绝对卧床,术后30 h拆除绷带后可下床活动。护士定时按摩受压部位,以防关节、肌肉僵硬引起患者不适。观察穿刺点有无渗血、血肿,穿刺侧下肢皮温及色泽,足背动脉搏动情况。如有渗出应及时更换敷料,重新包扎,以保持穿刺部位干燥,防止感染。足背动脉搏动减弱或消失、趾端苍白应警惕股动脉血栓形成,及时通知医生,做好相应处理。

3 术后并发症观察及护理

3.1 血管痉挛

由于手术中导管导丝长时间在血管内停留,刺激血管而引起痉挛,产生缺血性病理生理改变,本组病例中有3例患者术后出现头痛、血压增高。按医嘱静脉泵入血管解痉药尼莫同后缓解。尼莫同使用时要观察患者有无面色潮红、心慌、血压过低等现象并根据血压变化随时调节泵入速度。

3.2 高灌注损伤

支架置入后使原来狭窄、闭塞的血管恢复血流,血液重新分配,病灶周围组织小动脉自动调节功能丧失,可能忍受不了增加的血流量,导致血液过度灌注,引发脑肿胀、广泛渗血等并发症^[3]。突然涌入的血液会使部分患者感到不适,应严密观察患者血压、意识、瞳孔、头痛的变化。本组1例出现高灌注损伤,按医嘱静脉输入20%甘露醇250 ml减轻脑水肿、降低颅内压治疗后缓解。

3.3 栓塞

术中球囊扩张,支架置入导致斑块碎片脱落而造成远端血管的栓塞^[4]。因过滤网保护伞系统的使用,术中脱落的斑块碎片被安全带出,本组病例中无栓塞事件发生。

3.4 心动过缓和低血压

由于术中支架置入刺激了颈动脉压力感受器,有引起反射性血压下降的危险^[5]。本组1例患者出现血压下降伴心动过缓,经多巴胺、阿拉明持续滴注,补液治疗后症状缓解。

3.5 皮下血肿

本组1例患者出现穿刺处皮下血肿,因其频繁咳嗽,术侧下肢过早活动,加压绷带松脱而致皮下出血。压迫止血后予以重新包扎,指导患者咳嗽时用手压紧伤口,以免增加穿刺口压力。严格控制抗凝剂输注速度,积极抗感染治疗,并监测血肿的变化,及时处理。

4 出院健康指导

4.1 一般指导

生活有规律,保证睡眠,保持情绪稳定,勿大喜大悲。科学饮食,保持大便通畅,戒烟少酒。告知患者脑血管病的发病先兆,如有不适及时复诊。

4.2 抗凝药物指导

支架是一种金属异物,需长期抗凝。一般口服氯吡格雷3个月,终生服用阿司匹林。向患者讲解抗凝的必要性,指导患者根据剂量、用法按时服药,不得自行减量、停药。教会患者自我观察有无出血倾向,及时就医。

5 小结

随着介入放射学的兴起,神经介入治疗已越来越受到人们的关注。颈动脉内支架置入是微创高效的脑血管病神经介入治疗,可有效的预防脑缺血发作及因动脉硬化斑块脱落引起的脑梗塞。在本组病例中3例脑血管痉挛、1例高灌注损伤、1例心动过缓合并低血压、1例皮下血肿均由护士在病情观察中发现异常及时通知医生处理,而未影响手术效果。因此,积极做好术前、术中、术后的观察及护理,及时与主管医师沟通,对术后并发症进行预见性护理,可有效减少并发症的发生,提高手术成功率。

参考文献

- 1 薛庆澄.神经外科学.天津:天津科技出版社,1990,327~344.
- 2 胡显玲.颈动脉支架置入术治疗颈动脉狭窄的护理.介入放射学杂志,2003,12(3):228.
- 3 凌锋.介入神经放射学.北京:人民卫生出版社,1991,155~158.
- 4 刘建民.血管内支架成形术治疗颈动脉狭窄.中华放射学杂志,2002,36:985~988.
- 5 李慎茂,董宗俊,武剑,等.血管内支架在治疗颈内动脉高度狭窄疾病中的应用.中华放射学杂志,2000,34(12):817.

(本文编辑:滕悦)