



脑动脉瘤介入治疗穿刺部位的护理分析

阳 旭

(中南大学湘雅医院神经外科 湖南长沙 410000)

摘要:目的: 分析脑动脉瘤介入治疗穿刺部位的相关护理方法。方法: 选取湘雅医院神经外科 2016 年 1 月至 2017 年 1 月收治的 90 例脑动脉瘤介入治疗的患者护理资料, 总结介入治疗后穿刺部位的护理方法。结果: 90 例行介入治疗的脑动脉瘤患者, 术后采取针对介入治疗后穿刺部位常见并发症进行预防性地护理; 术后穿刺部位皮下血肿 2 例, 假性动脉瘤 1 例, 对于发生并发症者采取正确的治疗护理措施, 均痊愈出院。结论: 针对介入治疗后穿刺部位常见并发症采取预防性地护理, 以及早发现并发症并采取正确的治疗护理措施, 能有效降低并发症的发生并促进术后快速康复。

关键词: 脑动脉瘤; 介入治疗; 穿刺部位并发症; 护理

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-333-01

脑动脉瘤是脑动脉血管壁局部薄弱和受血流冲击而产生脑血管瘤样突起, 多见于 40-60 岁的中老年人, 大多数患者动脉瘤出现在 Willis 动脉环前部或者其附近动脉主干上[1]。目前的主要治疗方式有开颅动脉瘤夹闭术以及血管内介入栓塞术。其中, 脑动脉瘤介入治疗都采取股动脉入路进行穿刺, 术后穿刺部位易出现出血瘀斑、皮下血肿、假性动脉瘤等并发症, 总结术后穿刺部位的护理方法, 尽可能降低穿刺部位并发症的发生, 促进脑动脉瘤介入治疗后快速康复具有重要的意义[2]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 选取湘雅医院神经外科 2016 年 1 月至 2017 年 1 月收治的 90 例脑动脉瘤介入治疗患者, 其中男 42 例、女 48 例; 年龄 40-76 岁, 平均年龄 52 岁。选择标准: (1) 所有患者均明确诊断, 符合经股动脉穿刺介入治疗指征, 无禁忌症; (2) 患者均为第一次进行介入治疗, 无介入治疗史; (3) 患者无严重基础疾病, 身体状况可, 无精神疾病, 生活可基本自理; (4) 患者有家属陪伴, 且有医保或合作医疗承担治疗费用; (5) 患者及家属知情同意。介入治疗后均采用无菌纱布或者是绷带包扎穿刺点。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 在数字减影仪下, 采用穿刺针、导管导丝等器械进行脑血管造影, 通过导管和导丝将治疗所需药物、支架、球囊等材料置入病变部位达到治疗动脉瘤的目的。

1.2.2 穿刺部位并发症的护理方法

1.2.2.1 出血 术后穿刺点出血多由于穿刺部位过高或过低, 血管损伤, 过度抗凝和压迫止血不当, 术侧肢体不能严格制动, 或术后过早下床活动等原因所致。术后加强巡视, 对于不配合的患者, 在患者和家属的同意下将术侧肢体用约束带固定于床尾, 防止肢体过度屈曲。多进食高维生素、高纤维素、易消化的食物, 保持大小便通常, 避免感冒, 以免因咳嗽、打喷嚏、大用力而增加腹压引起穿刺部位出血。一旦穿刺部位出血, 立即采用指压法止血, 戴上无菌手套在穿刺点处手指压迫 20min, 以不再出血为宜, 然后用多层无菌纱布重叠放置于穿刺处, 再采用“8”字形弹力绷带加压包扎。

1.2.2.2 皮下血肿 穿刺部位皮下血肿可能的原因有术中使用了抗凝剂、溶栓剂、扩血管药物; 术后穿刺部位压迫止血不当; 患者未按要求制动, 有增加腹压的行为等。术后应加强巡视, 严密观察穿刺部位, 触摸术侧肢体足背动脉搏动、皮温变化情况。皮下血肿多出现在术后 24 内, 血肿处皮肤呈紫色, 穿刺点周围明显隆起, 局部扪及硬块, 皮肤张力增高, 疼痛明显。局部皮下小血肿无需特殊治疗, 一般可自行吸收。当出现较大皮下血肿应立即给与术侧肢体绷带加压止血包扎, 可以减轻肿痛, 阻断渗血。24h 内禁止热敷, 用冷敷一次不超过 20-30min, 冷敷后用浸有 50% 硫酸镁无菌纱布局部湿敷, 也可以用马铃薯切片外敷血肿部位, 以加快皮下血肿的吸收。本组 2 例皮下血肿患者, 予以绷带加压止血包扎后, 血肿未扩大, 出院时血肿已基本消除。

1.2.2.3 假性动脉瘤 假性动脉瘤一般发生在术后 24-48h, 表现为穿刺部位大面积瘀斑、肿胀、触及有搏动性的肿块, 质地较硬, 疼痛明显, 听诊穿刺部位有血管杂音, 经彩色多普勒超声可以确诊。其

产生多与动脉损伤有关, 术前使用抗凝和抗血小板药物, 术后加压包扎力度不够等均可导致假性动脉瘤的发生。介入治疗后患者要绝对卧床休息, 术侧肢体制动 8-10h, 护士应加强巡视, 做好生活护理。注意穿刺侧肢体远端血液循环的情况, 如皮肤温度、双足背动脉搏动是否一致。重视患者的主诉, 如穿刺局部疼痛剧烈, 应引起高度警惕。假性动脉瘤有出血及血栓栓塞的危险, 应及早发现、及时治疗。一经确诊, 立即徒手压迫 60min, 加压的力度要适当, 不可将血管压闭, 然后用弹力绷带加压包扎 24h。本组 1 例假性动脉瘤患者经徒手压迫治疗获得成功。出现假性动脉瘤的患者, 常常表现出焦虑与不安, 护士要及时做好安慰工作, 解除患者心理疑虑。

2. 结果

90 例动脉瘤介入治疗患者, 术后穿刺部位皮下血肿 2 例, 假性动脉瘤 1 例, 经过处理后均痊愈出院。

3. 讨论

脑动脉瘤属于神经外科临床常见病, 也是自发性蛛网膜下腔出血的最常见病因, 当动脉瘤破裂出血后, 可能导致患者残疾或死亡[3]。对患者生命健康造成严重影响。对于破裂动脉瘤, 其首次破裂之后早期再破裂风险较高, 同时致死率及致残率均较首次破裂风险高[4]。因此有必要在首次破裂后尽早对动脉瘤进行处理防止再出血; 而对于未破裂动脉瘤的早期处理同样具有预防出血的作用[5]。无论开颅夹闭术或介入栓塞术均有一定的手术风险, 术后都有可能出现问题并发症, 且直接影响患者术后快速康复的进展[6]。

对于介入栓塞治疗颅内动脉瘤, 因病灶部位的特殊性及复杂性, 介入栓塞治疗有一定的难度与风险, 且术后可能出现的并发症, 这些均有可能与手术医生操作水平、栓塞材料以及患者本身疾病生理状态有关。其中术后穿刺点相关并发症的发生可能直接与术后护理及介入穿刺操作相关性更大, 同样威胁患者生命健康, 直接影响患者术后康复的进展。本研究资料显示, 介入治疗后加强对患者进行心理护理、患肢制动和活动护理、加强穿刺部位的包扎敷料观察和护理, 可以有效地预防术后穿刺部位出血、皮下血肿、假性动脉瘤等并发症的发生。对于已发生的相关症状, 在护理时加强对穿刺部位及全身情况的观察, 及时发现相关并发症, 并采取正确的治疗护理措施, 能有效的避免严重后果的发生, 促进术后康复的进展。

参考文献

- [1] 陈巧雅, 郑春霞, 谢雅莹. 经股动脉穿刺介入治疗后穿刺点的专项护理效果. 牡丹江医学院学报 2016.2.
- [2] 王丽静, 乔玉娟, 于晓波, 等. 颅内宽颈动脉瘤破裂介入手术患者术后并发症观察及护理[J]. 中华现代护理杂志, 2013, (10): 1184-1186.
- [3] 甘滢玉. 动脉瘤性蛛网膜下腔出血介入治疗并发症的护理[J]. 当代护士 (中旬刊), 2016, (7): 3-6.
- [4] 黄芳, 罗莉娟, 何燕. 颅内前循环破裂动脉瘤介入治疗的围术期护理[J]. 全科护理, 2015, (17): 1644-1645.
- [5] 魏丹, 谢先龙, 王细林. 血管成形及支架术治疗椎动脉起始部狭窄 13 例临床观察[J]. 神经损伤与功能重建, 2013, (4): 300-301.
- [6] 林育敏. 综合护理干预对脑动脉瘤术后并发症的影响[J]. 中国校医, 2016, (12): 937, 939.