

颈动脉狭窄患者行颈动脉内膜剥脱术的护理

闫雅凤, 唐 晟, 刘宗琼

(中国人民解放军总医院 神经外科, 北京 100853)

[摘要] 总结了1998年6月-2005年7月85例颈动脉狭窄患者施行颈动脉内膜剥脱术的护理体会。手术前有针对性地制定护理计划,作好危险因素的评估,观察血压的波动范围,加强心理护理。手术后密切观察生命体征,注意有无脑缺血、脑血流过度灌注、血液动力学的不稳定、手术野出血等并发症的发生,开展健康教育和康复训练。做好颈动脉狭窄患者行颈动脉内膜剥脱术的护理有重要的临床意义,有利于提高手术成功率。

[关键词] 颈动脉狭窄; 颈动脉内膜剥脱术; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-9969(2005)12-0027-02

Nursing care of cervical artery stenosis patients undergoing cervical endarterectomy

YAN Yafeng, TANG Sheng, LIU Zongqiong

(Dept. of Neurosurgery, the General Hospital of PLA, Beijing 100853, China)

Abstract: The authors summarized their experience in caring the 85 cervical artery stenosis patients undergoing cervical endarterectomy from June 1998 to July 2005, arguing that the nursing measures including preoperative pertinent planning of nursing plan, evaluation of risky factors, understanding of fluctuation extent of blood pressure and enhancement of mental nursing, postoperative close observation of vital signs, observation of complications like cerebral ischemia, cerebral blood flow luxury perfusion, unstable hemodynamics, hemorrhage in operational field, health education and rehabilitation exercises. All of which are meaningful for the increase of success rate.

Key words: cervical artery stenosis; cervical endarterectomy; nursing care

颈动脉狭窄是由于颈动脉内膜产生粥样硬化性斑块从而导致管腔狭窄,如粥样硬化斑块内有出血形成附壁血栓,再继续发展可导致动脉管腔完全闭塞,引起偏瘫、失语等一系列的并发症。自1951年Spence首次手术成功以来,证明颈动脉内膜剥脱术是防止颈动脉粥样硬化引起的缺血性脑血管疾病的有效方法^[1]。1991年北美症状性颈动脉内膜切除术(NASCET)提示颈动脉内膜剥脱术有利于所有症状性颈动脉狭窄大于70%的患者和部分大于50%的患者^[2]。现将1998年6月-2005年7月85例颈动脉狭窄的患者成功地实施了颈动脉内膜剥脱术的护理介绍如下。

1 临床资料

本组85例患者,男74例,女11例,年龄42~79(63.5±8.7)岁。手术侧颈动脉狭窄为70%~90%,双侧颈动脉狭窄>70%者9例,单侧颈动脉狭窄>70%者76例;42例合并高血压、糖尿病、冠心病,20例合并高血压、冠心病,1例合并高血压、冠心病、急性后壁心肌梗死、慢性气管炎、阻塞性肺气肿,15例单纯合并有糖尿病,7例合并有高血压。在9例双侧颈动脉狭窄>70%中除1例因一侧完全闭塞进行了单侧颈

动脉内膜剥脱术,其余8例均分阶段进行了双侧颈动脉内膜剥脱术;1例在局麻下手术,84例在全麻下实施手术;术中颈动脉阻断时间13~58 min,平均阻断时间为30 min,85例患者平均住院15 d,均痊愈出院。

2 术前护理

2.1 危险因素的评估

2.1.1 全身系统的危险因素 本组患者65例有严重高血压病史,5例频发心绞痛,9例有近期心肌梗死,1例有慢性阻塞性肺病;年龄>70岁者23例。

2.1.2 神经系统的危险因素 进展性神经功能缺失、TIA发作24 h内者11例,脑梗死发病7 d内者7例。

2.1.3 脑血管造影发现的危险因素 本组患者1例对侧ICA阻塞、颈总动脉高位分叉。手术成功与否在相当大程度上取决于危险因素的识别和处理^[3]。

2.2 血压观察 术前测血压6次/d,服药前后对比,双侧上肢对比,记入护理记录单中,准确掌握患者的血压波动范围,为术后调节血压提供有效的理论数据。

2.3 心理护理 本组患者均由于出现不同程度头晕、偏瘫、失语等脑缺血症状来院就诊,突然的病情变化使患者心理恐惧,老年患者对手术持恐惧心理较年轻患者明显^[4]。护士以高度的责任感,耐心、细致地做好心理疏导,针对人群特点进行护理,帮助他们逐渐进行角色转变^[5],增加患者战胜疾病的信心,

[收稿日期] 2005-07-07

[作者简介] 闫雅凤(1973-),女,辽宁锦州人,2003年毕业于第四军医大学,本科学历,护师。

积极配合治疗和护理工作。

2.4 术前准备 了解患者的全身情况,包括心脏和冠脉功能、肝功能、肾功能以及血常规、凝血时间的测定;对患者进行辅助性检查如:脑血管造影、B超、头颅CT和MRI等。术前1d颈部备皮,彻底清洁术野皮肤,术前日20:00用0.2%肥皂水灌肠,入睡前口服安定片5mg,以保证患者充足的睡眠。

3 术后护理

3.1 监测生命体征 严密观察患者的意识、瞳孔、生命体征及血氧饱和度,运用格拉斯哥评分法正确评估患者的情况,采用多功能监护仪持续心电监护,测量血压1次/5~10min,病情平稳后1次/15~30min,由于术后颈动脉压力感受器功能丧失,易导致血压改变^[1],此时参考术前患者血压监测的结果,维持血压在正常范围,收缩压可允许增加20%^[6]。本组患者采用微量泵应用药物,血压控制在14.7~17.3/8.0~10.7kPa(110~130/60~80mmHg)。

3.2 预防并发症

3.2.1 脑缺血 发生于术时或术后,围手术期脑卒中发生率为2.2%~5.5%^[3];密切观察患者肢体活动情况,特别是手术对侧肢体,有无偏瘫、失语、肢体活动障碍;观察同侧视力、视野,判断有无视力障碍,定时检查眼底功能,及时发现不良先兆。本组患者术后未发生偏瘫失语等脑缺血表现。

3.2.2 脑血流过度灌注 颈动脉狭窄的患者长期处于缺血状态,术后血流通道突然打通,致使血流加速,患者表现为头痛、抽搐、意识障碍,严密观察患者的病情变化,正确判断头痛的部位是否位于狭窄同侧额部或眶部,坐起是否可缓解,严格区分颈动脉急性闭塞所致的头痛;及时发现患者有无癫痫的先兆症状,早期处理是预防并发症的关键所在。本组患者未出现抽搐、意识障碍等脑血流过度灌注表现。

3.2.3 血流动力学的改变 患者表现为血压忽高忽低、心率不齐、心律不规则,可诱发心肌梗死,此时血压过高易引起出血,血压过低易导致血栓,此时护理人员迅速、准确地调节血压,严密观察心电图的速度、波形,及时发现心肌缺血的征兆,为抢救患者争取宝贵的时间。预防中主要以防止心肌缺氧为主,控制高血压、心动过速、寒战、疼痛等减少心肌的氧需求。本组患者1例发生心肌梗死,立即给予尿激酶10万U静脉注射,硝酸甘油50mg加入5%葡萄糖中输液泵输入,持续吸氧,多功能监护仪监护,避免外界不良因素的刺激,经及时救治后康复出院。

3.2.4 手术野出血 大多数手术术中均要使用止血药,而此种手术不能用止血药,并且术中、术后用肝素

抗凝,在输入抗凝药物过程中,采用微量泵定时、定量缓慢输入,严密观察患者伤口引流液的性质、颜色、引流量,以及皮肤、胃液色泽情况;按时复查血常规、凝血酶原时间和凝血酶原指数、大便潜血情况,注意出血倾向^[7]。术后患者伤口用沙袋加压24~48h,避免抑制呼吸,注意观察局部伤口有无肿胀、敷料渗血,嘱患者不能用力咳嗽、打喷嚏,以免增加颈部的压力诱发出血。本组患者中有1例术后发生术野出血,其原因主要与术中肝素化和术后麻醉后苏醒时患者呛咳有关,遵医嘱立即给予安定10mg静推,调整降压药用量,急诊入手术室在全麻下行术野探查及血肿清除术,术后带气管插管返回监护室,为防止患者躁动、呛咳,遵医嘱给予镇静药物安定与鲁米那钠交替使用;吸痰前先镇静后吸痰,避免多次吸痰;伤口沙袋持续加压;血肿清除术术后第2天顺利拔除气管插管,经抗感染、抗血小板凝集、控制高血压等治疗康复出院。

3.3 健康教育和康复训练 本组患者年龄偏高,大多患者有高血压、糖尿病、冠心病等病史,有多年的吸烟史。因此对患者术后的康复教育和训练要有针对性,用关爱改善护患关系,增强老人对医护人员的信任感^[8],根据每位患者的病情有重点、有计划地做好健康教育,告知每位患者的血压、血糖范围以及降压药、降糖药的名称、用量、使用时间、使用方法以及高血压、高血脂、糖尿病的合理饮食,为患者安排健康知识讲座,采用动作示范和图片相结合,以提高老人的兴趣;在肢体、语言等康复训练过程中循序渐进,由简到难,时间每次10~20min,对积极训练、效果好者给予鼓励、表扬,增强患者的自信心,得到事半功倍的效果。本组患者出院前均无肢体功能和语言功能障碍。

[参 考 文 献]

- [1] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2002:679-683.
- [2] North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in Symptomatic Patients with high grade stenosis[J]. N Engl J Med,1991,325:445-453.
- [3] 周良辅.现代神经外科学[M].上海:复旦大学、上海医科大学出版社,2001:759-760.
- [4] 黎举红,林海程,施慎逊.89例首发住院老年期抑郁的临床特征分析[J].四川精神卫生,2003,16(4):207-209.
- [5] 周君桂.康复科住院患者依从性差的分类及护理[J].南方护理学报,2005,12(3):46-47.
- [6] Gelb A. W. Anesthetic considerations for carotid endarterectomy[J].Int Anesthesiol Clin,1984,22:153-164.
- [7] 赵静轩,韩忠福.外科疾病护理[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1998:539.
- [8] 黄海英,邹昌顺.老年农村文盲病人的特点分析与健康教育对策[J].南方护理学报,2005,12(7):77-78.

[本文编辑:杨玩华]