

· 临床护理 ·

老年颅内动脉瘤患者围术期的观察与护理

张燕丽, 刘平, 刘可汐

(第三军医大学新桥医院麻醉科手术室, 重庆 400037)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.33.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)33-3570-02

颅内动脉瘤系颅内动脉血管壁上的囊性突起,多呈囊状或草莓状,先天性因素如血管壁的局部缺陷及血流动力学的改变,后天性因素如高血压、动脉硬化、血管炎等均与动脉瘤发生发展有关,创伤也可引起动脉瘤但少见。颅内动脉瘤在其发生破裂之前很少被发现,多数患者以突发蛛网膜下腔出血而就医,病死率高达 30% 左右^[1]。显微外科手术是颅内动脉瘤最直接有效的治疗手段之一。而颅内动脉瘤围术期的观察和护理是手术能否成功和减少并发症的重要措施之一^[2]。本院自 2009 年 1 月至 2011 年 12 月共收治老年颅内动脉瘤患者 60 例,现将围术期的护理情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共 60 例,其中,男 24 例,女 36 例;年龄 61~78 岁。所有病例均经过 CTA、MRA 检查,部分患者经过脑血管造影检查而确诊。其中前交通动脉瘤 25 例,后交通动脉瘤 18 例,大脑中动脉分叉部动脉瘤 12 例,基底动脉顶端动脉瘤 2 例,小脑后下动脉瘤 3 例。48 例因蛛网膜下腔出血就诊发现动脉瘤,12 例因其他原因检查发现动脉瘤。所有患者中合并有高血压 35 例,高血脂 12 例,肺部疾病 8 例,糖尿病 6 例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 行动脉瘤夹闭术 58 例,孤立术 1 例,包裹术 1 例。

1.2.2 围术期护理

1.2.2.1 术前护理 术前日访视,访视前先自我介绍,态度和蔼可亲,使患者消除陌生感,多站在患者的角度考虑解说问题,让患者充分的信任你。具体方法:(1)嘱患者术前禁食 10~12 h,禁饮 6~8 h;(2)术前一晚保证充足的睡眠,如患者的情绪不稳定难以入睡的可以适当给予镇静药物;(3)了解患者的用药史、过敏史、手术史并做好相关的记录,特别要注意老年人心肺功能情况;(4)老年人心理承受力相对较差,表现为失落,焦虑,恐惧,担心自己增加家里的经济负担,而情绪不稳导致的血压波动是诱发动脉瘤破裂的一个重要因素。要给予患者心理上的辅导,做好解释工作,给患者简单介绍颅内动脉瘤的相关知识,消除患者的疑虑,使患者能积极配合手术。

术日晨热情接待,使患者消除紧张与陌生感。建立静脉通道时尽量做到一针见血,避免反复的穿刺给患者带来痛苦。为减少刺激,引发动脉瘤破裂的发生,应在麻醉过后进行导尿。摆放体位时应平稳的移动患者,头架固定头部时不要过度扭曲颈部,适当的头高脚低位。

1.2.2.2 术中护理 随时关注患者生命征的变化,特别是血压。整个手术过程要保持血压的稳定,一般收缩压在 100~120 mm Hg,舒张压在 60~80 mm Hg,准备好控制性降压的措施,以备动脉瘤破裂出血时降低血压减少出血。在开颅前一般都需进行颅内降压,老年人建议用甘油果糖,其降颅内压的作用较温和,同时代谢后可以产生能量供给细胞营养,改善代

谢。

密切关注手术的进展,熟悉手术的每一步,手术过程中分离瘤体时动脉瘤最易破裂,手术中严禁移动手术床,器械的托盘及显微镜。同时要保证静脉的通畅(至少 3 个)和负压吸引器的通畅,最好是要备两个负压吸引器,一旦瘤体破裂,一方面可充分的扩容,一方面可及时吸引瘤体的出血而方便止血。有条件时最好备好血液回收装置,以便术中动脉瘤破裂大出血能够及时的回收血液并回输到患者体内。

1.2.2.3 术后护理 术后将患者去除头架平卧于手术床上,注意保证各管道的通畅,如果有引流管,要特别注意引流液,观察它的颜色及量的变化,密切观察患者的瞳孔有无发生变化,如有异常情况的发现要及时汇报医生。麻醉复苏后患者最好送回神经外科重症监护室继续进行观察护理。

2 结果

60 例患者在均顺利的进行了手术,手术结束后也都安全的送回病房。治愈 58 例,死亡 2 例。其中 1 例患者于术后第 2 天因脑梗死经抢救无效死亡,1 例患者于术后 3 d 因突发心肌梗死死亡。其余患者均恢复良好。

3 讨论

老年人心理承受力相对较差,基础疾病较多,心理较脆弱等,往往合并有糖尿病、高血压、慢性阻塞性肺部疾病、外周血管疾病和肾脏疾病等^[3]。随着年龄的增加,动脉壁弹性硬蛋白增加,动脉内壁增厚,动脉中膜弹性纤维丧失,胶原纤维增多,加以钙质沉着,内膜粥样斑块等均可导致血管迂曲、僵硬、管腔狭窄,对诊断、治疗和护理都造成了不同程度的困难和难度^[4]。因此,临床工作者要给予患者心理上的辅导,做好解释工作,给患者简单介绍颅内动脉瘤的相关知识,消除患者的疑虑,使患者能积极配合手术^[5-6],做好术前各项准备工作,特别是心理的疏导工作,熟悉术中的各项应急措施,熟练的手术配合是使患者手术成功并安全度过围术期的重要措施之一。麻醉复苏后患者最好送回神经外科重症监护室继续进行观察护理,文献报道在神经外科重症监护室患者能够得到更有效的护理和治疗,减少并发症^[7]。

参考文献:

- [1] 洪显钊,吴雪洁,林秀丽,等.破裂性颅内动脉瘤围术期并发症的观察及护理[J].护理与康复,2010,9(3):237-238.
- [2] Wright I. Cerebral aneurysm-treatment and perioperative nursing care[J]. AORN J,2007,85(6):1172-1182.
- [3] 王虹霞.老年患者在 PCI 术中并发症的护理观察[J].海南医学院学报,2009,15(9):1169-1170.
- [4] 张玲,孙林.高龄颅内动脉瘤患者围术期的护理体会[J].现代中西医结合杂志,2011,20(10):1277-1278.
- [5] 韩琴.显微外科治疗颅内动脉瘤围术期的护理[J].护士进修杂志,2008,23(6):535-536.

- [6] 任瑶瑶, 张晓琳, 路阳. 破裂颅内动脉瘤 69 例围术期的护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(5): 1219-1220.
- [7] Samuels O, Webb A, Culler S, et al. Impact of a dedicated neurocritical care team in treating patients with aneurysms.
- 临床护理 •

mal subarachnoid hemorrhage[J]. Neurocrit Care, 2011, 14(3): 334-340.

(收稿日期: 2012-03-09 修回日期: 2012-08-13)

经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的围术期护理

汤凯琳, 唐 媛, 孙 玲

(第三军医大学附属新桥医院消化内科, 重庆 400037)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.33.049

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)33-3571-02

贲门失弛缓症(achalasia, AC)是一种原发性食管运动障碍性疾病,其特征是食管下括约肌(Lower esophageal sphincter, LES)松弛障碍和食管体部缺乏蠕动,临床常表现为:吞咽困难、反流、烧心、胸骨后疼痛和体质量减轻。目前临床治疗方法有多种,药物、肉毒杆菌毒素局部注射、气囊扩张等治疗短期疗效较好,远期疗效不确切,复发率高;手术治疗的近、远期效果均更为满意,但是手术入路的选择争论很多,手术创伤大,恢复慢,住院时间长,费用较高。本科室内镜中心于 2010 年 9 月至 2011 年 05 月开始开展经口内镜下肌切开术(peroral endoscopic myotomy, POEM)治疗 26 例明确诊断为 AC 的患者,均取得满意的疗效。该手术整体创伤小,住院时间短(7~15 d, 平均 9.5 d),恢复快,其微创治疗效果已得到肯定,现将围术期的护理报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 26 例患者,其中,男 18 例,女 8 例;年龄 32~61 岁,平均(42.4±6.3)岁;病程 3 个月至 6 年;术前均行 X 线片检查, X 线片呈典型的鸟嘴样或椎状改变;经胃镜检查提示:食管扩张明显,直径均大于 7 cm;无心肺功能疾病,能耐受无痛内镜下治疗的开展。

1.2 方法

1.2.1 本组实验方法 AC 大多病程迁延,给患者的身体带来极大的痛苦^[1],并且要进行肌层切除和食管重塑,气肿、出血、穿孔、食管反流等并发症的发生不可避免,进而更加大了患者的心理负担,因此,本组实验对 26 例 AC 患者行 POEM 围术期的术前护理准备,术中护理配合及术后的对症护理措施进行回顾性总结来探讨保证 POEM 有效可行的护理过程。

1.2.2 POEM 手术方法 POEM 是指在患者全身麻醉后,胃镜视野下,用 Hook 刀将食道黏膜切开 1 cm 切口,通过切口进行黏膜下分离,建立一条长长的黏膜下“隧道”^[2],然后用 IT 刀在隧道内自上而下纵向切开肥厚的食道环形肌以及食道下段括约肌直到胃-食管交界处(gastroesophageal junction, GEJ)下方约 2 cm,对于出血的创面随时给予电凝止血,最后退镜至黏膜层切口处用钛夹释放器释放多枚钛夹进行黏膜层切口的对缝夹闭,进行食道的重塑,使其恢复正常的舒张功能。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 患者准备 完成三大常规及凝血功能等项化验, X 线检查,初次胃镜检查确认并定位等准备,协助医生与患者沟通,由于是新技术,对于有疑虑或是不了解的患者,护士可以给予知识讲解,向患者分析利弊得失,国外国内进展,介绍成功案例和可能的风险,协助医生签署手术知情同意书。

2.1.2 食道准备 嘱咐患者禁食,给予胃管置入至食道(成人一般置入至距门齿 30 cm 左右),并且固定稳妥,术前 3 日用 10%氯化钠 50 mL 给予食道冲洗,每日 6 次,以清除食道内残留的食糜,术前 30 min 拔除胃管。

2.1.3 药品和器材准备 电子胃镜(OLYMPUS GIFQ260J),注射针(OLYMPUS NM-200L-0423),Hook 刀(OLYMPUS KD-640L),IT 刀(OLYMPUS KD-611L),钛夹释放器(OLYMPUS HX-110LR),钛夹(OLYMPUS HX-610-090),氩气刀工作站(ERBE VIO 200D)CO₂ 灌注泵(OLYMPUS UCR)。

2.2 术中护理及配合 置患者于手术台,由护士行动脉穿刺抽血查血气分析,评价患者当前呼吸情况,酸碱平衡情况以及血氧饱和度,并做好记录。手术过程中采用 CO₂ 泵持续灌注(一般将输入压力调节至 0.125 mPa),因在人体内 CO₂ 较之空气更容易被吸收,倘若发生穿孔 CO₂ 可快速被吸收,使皮下气肿和气胸的发展得到及时控制。手术中 1 名护士负责扶镜和配合医师经胃镜行食管冲洗,使用替硝唑或甲硝唑与生理盐水交替冲洗,洗净残留食物和液体,按医嘱予生理盐水 100 mL、亚甲蓝 0.5 mL 和肾上腺素 1 mL 配成的混合溶液行黏膜下多点注射,使黏膜层明显抬起,另 1 名护士负责传递手术器械,设备模式设定和调节转换,同时还要密切观察患者生命体征和血氧饱和度。

2.3 术后护理

2.3.1 密切观察病情 术后由 1 名护士立即再次行动脉穿刺查血气分析,以判断术后患者是否有 CO₂ 滞留的情况发生,便于立即施治。再将患者转监护室严密观察生命体征的变化,观察颈部、左右锁骨下、胸部等处有无皮下气肿并及时告知医生,采取积极应对措施,给予持续心电监护,密切观察血压、心率、呼吸、血氧饱和度,并给予持续吸氧 3 L/min。

2.3.2 体位 给予舒适的半卧位或斜坡卧位,减少胃食管反流的发生,术后 2 d 没有并发症的发生则可下床轻度活动如散步、大小便等,禁忌剧烈运动。

2.3.3 食管穿孔的护理 若发现患者颈部、锁骨下或胸前区出现皮下气肿或气胸则警惕可能是食管穿孔的表现了,首先报告医生取得配合,立即行动脉穿刺查血气了解血氧饱和度情况,其次及时行胸部 CT 以了解积气量的多少。如果患者呼吸平稳、血氧饱和度大于 95%,则一般暂且观察予以保守治疗,气体量少的话术后 2~3 d 皮下气肿就会消失;一旦患者呼吸困难,血氧饱和度降低,则应立即行胸腔引流。

2.3.4 饮食护理 患者意识清醒后予以置胃管行胃肠减压,术后当天开始禁食水,给予静脉补液输注质子泵抑制剂、抗生素、止血及营养支持等药物,术后第 3~4 天可进食少量流质饮