

■ 专科护理

颅内动脉瘤夹闭术合并脑疝患者的护理要点

□陈迎雪 雷 蕾

颅内动脉瘤是常见的急性脑血管病,其主要病理特征为脑局部血管的异常瘤样突起,破裂后可导致严重的蛛网膜下腔出血(SAH)。颅内动脉瘤破裂是自发性蛛网膜下腔出血的主要原因,随后可能引发脑内血肿、脑血管痉挛等一系列病理改变。若合并脑疝,则提示颅内压急剧升高,可导致脑组织、神经及血管受压,脑脊液循环障碍,从而加重原有蛛网膜下腔出血症状,并可能引发新的神经功能缺损和意识障碍,增加治疗难度及预后不良风险。

传统开颅手术是治疗颅内动脉瘤的主要方式。长期以来,该术式被认为具有确切的临床疗效且手术成功率较高。近年来,越来越多学者推荐在颅内动脉瘤治疗与护理中实施针对性强、全面细致的细节化护理模式,以促进患者病情改善、提高日常生活质量、降低术后并发症,从而提升康复率。围术期护理涵盖术前、术中及术后3个阶段。科学且完善的围术期护理是手术成功与患者快速康复的重要保障。

本文通过对一例颅内动脉瘤夹闭术合并脑疝患者实施精细化围术期护理,旨在提高手术成功率、减少并发症,并促进患者全面康复,改善生存质量。

病例分析

患者是一名77岁的男性,因“意识障碍90分钟”入院。急诊头颅CT(计算机层析成像)检查显示:右大脑前动脉A2段动脉瘤伴出血。患者无头痛、头晕、恶心、呕吐,无肢体抽搐,休息后症状未缓解,遂至我院就诊。我院急诊以颅内动脉瘤破裂伴蛛网膜下腔出血将其收治入院。发病以来,患者精神、食欲、睡眠差,大小便异常,体重无变化。既往史:无家族遗传史,有高血压病史,最高血压达180/130毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),目前未规律服用降压药物。

首次NIHSS(美国国立卫生研究院卒中量表)评分20分;发病前mRS评分(评估脑卒中、脑损伤等神经系统疾病患者功能恢复情况的常用工具)5分;入院时GCS评分(格拉斯哥昏迷评分)5分。使用洼田饮水试验进行首次吞咽功能评估,患者不配合。患者神志浅昏迷,应答不切题。记忆力、计算力、定向力异常,自知力差。四肢肌力检查不配合,肌张力增强,腱反射稍减弱。指鼻试验、跟-膝-胫试验结果阴性。记忆力正常,理解力、计算力、判断力、定向力减退。患者平车入院,无肌肉萎缩及假性肌肥大。左右侧肢体肌张力正常。双侧指鼻试验不准,快复轮替试验正常,双侧跟-膝-胫试验稳定,Romberg征(闭目难立征)阴性。无自主运动,走“一”字不稳。

综合患者的影像学及临床表现,临床诊断为:1.颅内动脉瘤破裂伴蛛网膜下腔出血;2.脑疝;3.慢性支气管炎伴肺气肿;4.双侧胸腔积液;5.高血压。鉴于患者为蛛网膜下腔出血,需排除其他脑血管病变,鉴别诊断主要考虑:1.动静脉畸形;2.动静脉瘤;3.海绵状血管瘤;4.颅内肿瘤;5.脑梗死。

患者护理评估

大部分患者因突发剧烈头痛、恶心等颅内压升高表现,伴神经功能障碍或不同程度意识障碍就诊。护士应提前了解患者的病情,并借助多媒体设备向患者及其家

属介绍手术设备、手术环境等,缓解其紧张、焦虑情绪,给予心理安抚,同时告知患者及其家属情绪波动过大可能增加动脉瘤二次破裂的风险,并主动说明手术相关注意事项。

护理评估

手术护理评估

根据患者病情及术者操作习惯,术前应备齐手术所需器械与物品。除常规器械外,还需额外准备显微镜、神经内镜、双极电凝器、动脉瘤钳及各种角度和长度的动脉瘤夹

等。所有仪器设备需在术前充分检查并测试完好,同时还应准备两台负压吸引装置,以应对术中动脉瘤破裂出血等紧急情况。指派专人定期检查,确保所有手术物品处于完好备用状态。

护理难点

高血压状态下,血管内压力持续升高,导致血管壁结构改变,使血管壁逐渐增厚、硬化,失去弹性,从而增加动脉瘤形成与破裂的风险。高血压还可导致血流动力学异常,进一步损害血管壁,促进动脉瘤生长和破裂。此外,血管壁损伤也会增加脑水肿、脑血管痉挛等并发症的发生概率,影响患者预后。

脑疝的出现表明颅内压急剧升高,可导致部分脑组织、神经及血管受压,脑脊液循环

障碍,引发严重临床症状。这不仅会加重原有的蛛网膜下腔出血症状,还可能引发新的神经功能缺损和意识障碍,增加治疗难度和预后不良风险。

GCS评分在3分~8分之间表示患者存在较严重的意识障碍,可能无法准确表达自己的症状,影响临床判断。颅内动脉瘤破裂伴蛛网膜下腔出血的患者一般病情严重,生命体征不稳定,会进一步增加治疗难度,影响预后。

该患者合并高血压、脑

疝,且GCS评分5分,属于高分级颅内动脉瘤性蛛网膜下腔出血,病情复杂且危重,无论保守治疗还是手术治疗均存在较高风险。早期手术行动脉瘤夹闭、解除血管痉挛等措施,可为改善患者预后创造有利条件。

有关研究表明,90%以上的患者在保守治疗过程中死亡,术前等待时间越长,预后越差。因此,颅内动脉瘤破裂合并脑疝患者的护理难点在于:手术紧迫性强,需做好充

分的术前准备和术中应急处理,如临时阻断载瘤动脉,以便术中及时放置无损伤动脉瘤夹进行控制。

术后需密切监测血压,将收缩压控制在原有水平的70%。血压过高可造成手术部位血管破裂;血压过低则可引起脑缺血或脑梗死,需在避免加重脑水肿的前提下合理补充血容量。如果患者出现剧烈头痛并有意识障碍加重等症状,提示可能发生再出血,需积极配合医生救治。

围术期护理措施

病情护理

接到手术通知后,术前紧急组织开展病例讨论,详细评估患者的一般情况。与手术医生沟通手术风险,制定针对性的应急预案。护士应对患者进行术前访视,全面掌握患者的病情变化及动脉瘤位置等信息。

心理护理

护士应向患者及其家属详细讲解手术方式、麻醉方法及相关注意事项;介绍医院的医疗水平及颅内动脉瘤夹闭术的成功案例,增强其信心,提高配合度,缓解紧张、焦虑等不良情绪。

术前准备

术前准备好手术器械和用品。所有器械应放置在便于术者操作的位置,并确保不会滑落;备好与患者相同血型的血浆和红细胞等血制品。详细核对并检查所有手术物品,确保设备完好。调节手术室的温度和湿度,使用加温设备预热手术床。巡回护士接送患者时应认真核对患者的一般资料,接送过程中动作轻柔,以防发生动脉瘤破裂;到达手术室后,再次核对患者信息,评估风险。

术中护理

器械护士护理事项:

1.术前20分钟洗手、整理无菌台,与巡回护士共同清点物品,配合完成常规消毒、铺单等无菌操作。

2.密切配合手术医生,保护无菌台不被污染;开颅清除血肿时密切监测患者生命体征,备好脑棉片、明胶海绵、止血纱布等止血材料。

3.使用显微镜及神经内镜前加铺无菌单,保证手术视野整洁、无异物。

4.使用动脉瘤夹前,与巡回护士共同清点动脉瘤夹数量,区分临时夹与永久夹,协助选择合适规格的夹子;阻断血管时,及时与巡回护士沟通,准确计时并定期开放血流。

5.夹闭瘤颈时通过内镜观察有无活动性出血;夹闭完成后运用神经内镜确认颅内动脉、脉络膜前动脉等供血未受到影响;使用超声多普勒确认颅内动脉通畅、动脉瘤无血流,再以30度神经内镜多角度确认夹闭效果。

6.处理术野渗血,与巡回护士清点物品后缝合硬脑膜,硬膜缺损处使用人工硬膜修

复,皮下放置引流管并缝合皮肤。

7.清点手术器械,确保数量及完整性,并做好手术器械的初步清洗与保养。

巡回护士护理事项:

1.接到患者后严格核查患者的身份及携带的资料等,了解患者病情,观察患者的生命体征,与麻醉医生、手术医生完成三方核查。

2.建立静脉通路,协助麻醉医生放置深静脉管路;搬运患者时动作轻柔,做好约束,防止坠床;使用暖风机对患者进行保暖。

3.准备好体位垫,协助摆放手术体位,骨突出处垫凝胶垫,防止术中发生压力性损伤;双眼贴防护膜,防止消毒液灼伤眼膜。

4.做好管道护理,核查引流管标识,使用固定装置将引流管固定在合适位置并保持其通畅;观察并记录引流液的颜色、性状及量。

5.合理摆放仪器设备,方便术中操作及突发状况处理;熟练掌握仪器性能、连接方式与拆装方法,保障手术顺利进行。

6.严密观察,经手术医生允许后每1小时调整凝胶垫

及体位垫,检查患者皮肤受压情况。

7.遵医嘱实施防血栓护理措施,如使用弹力袜、抗凝剂等;严密监测患者的生命体征,严格记录阻断夹夹闭至解除时间;准备充足的止血材料,遵医嘱调整负压吸引装置,做好取血准备,预防术中动脉瘤破裂。

8.及时调整仪器设备状态,尽量减少人员走动及手术室自动门开启次数,防止交叉感染。

9.准确记录手术时长、动脉瘤夹闭时长,妥善固定并准确标识引流管;完成患者交接后,整理手术室物品。

术后护理

严密监测患者的生命体征,关注患者的情绪,避免情绪波动过大导致血压升高。搬运患者时动作要轻柔,避免血压波动。与病房护士交接时,重点说明术中出血、输液及管路放置情况。密切观察患者的生命体征,对未恢复意识的患者使用约束带并定时放松。及时清理呼吸道分泌物,防止发生肺部感染。确保引流管通畅,防止扭曲、受压、堵塞或脱落,记录引流液性状、颜色和量。

讨论

颅内动脉瘤破裂前常无明显症状,一旦破裂则致死致残率极高,是蛛网膜下腔出血的主要病因,可引发急性脑积水等严重并发症,导致颅内压

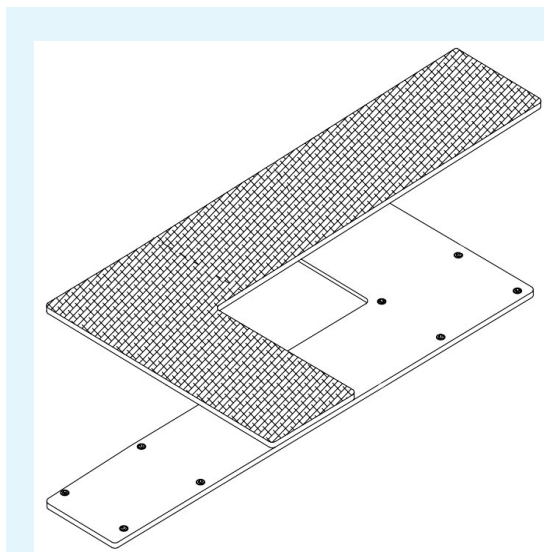
升高,从而形成脑疝,影响预后。在动脉瘤颈部进行夹闭是治疗颅内动脉瘤的理想方法,其成功既依赖手术医生的技术与经验,也离不开手术室

护士在围术期的密切配合。术前充分准备、术中精准协作及快速应急响应,尤其是对动脉瘤破裂的快速处理,对保障手术成功至关重要。护士需

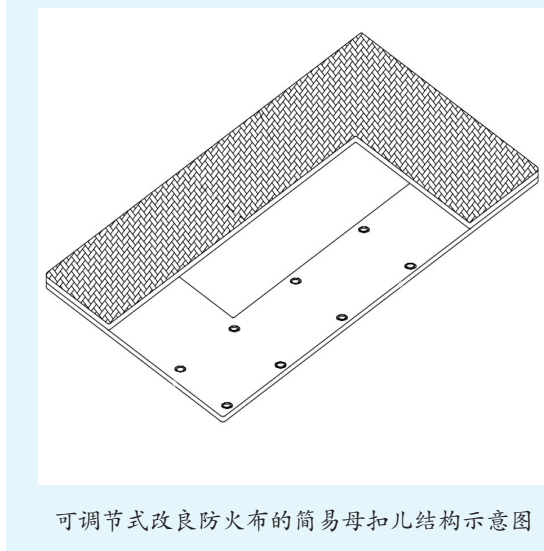
在术前做好充分准备,术中密切配合,术后严密观察,以及及时发现并协助处理并发症,促进患者康复。

(作者供职于内乡县人民医院)

小发明



可调节式改良防火布的简易整体结构示意图



可调节式改良防火布的简易母扣儿结构示意图

技术背景

防火布是一种在督

灸过程中用于防止艾绒燃烧掉落、避免皮肤灼伤和减少火灾风险的特殊布料,通常具有耐高温、不燃的特性,能有效阻挡艾绒燃烧的掉落物,且强度较高、耐用性较好。部分防火布会设置有专门的艾灸槽,用于放置艾绒或艾灸器具。艾灸槽的形状和大小根据艾灸的方式和习惯设计,常见的有长条形或方形。

目前常用的灸用防火布大多设置有用于容纳灸具的让位口,但其开口大小通常比较固定,不能调节,一般仅能适配单一尺寸的灸具,不能适配不同尺寸的灸具,适用性较低。若让位口处不慎损坏,往往会导致整块灸用防火布报废,不能再使用,造成资源浪费。为此,有必要设计一种匹配多种灸具的可调节式改良防火布,以解决现有灸具防火布适配性差和耐用性不足的问题。

创新内容

这种匹配多种灸具的可调节式改良防火布包括第一L形防火布和第二L形防火布。第一L形防火布的一面安装有多个子扣儿,第二L形防火布的一面安装有多个母扣儿。第一L形防火布和第二L形防火布通过子扣儿和母扣儿相互配合使用。

第一L形防火布和第二L形防火布的材质均为玻璃纤维。

有益效果

在使用该匹配多种灸具的可调节式改良防火布时,首先要人体背部摆放灸具,其次要将第一L形防火布和第二L形防火布通过子扣儿和母扣儿扣接,使第一L形防火布和第二L形防火布之间形成与灸具侧壁底部相接触的让位口。当需要更换不同尺寸的灸具时,只需要将第一L形防火布和第二L形防火布进行拆分,根据新的灸具的尺寸调节让位口的大小即可。该设计有效解决了传统防火布让位口固定、不能适配不同尺寸灸具的问题,显著提升了防火布的适用性。此外,当防火布不慎被损坏时,只需要更换被损坏的部分即可,无须对整个防火布进行更换,既减少资源浪费,又提高了安全性。

(作者供职于河南省中医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……
投稿邮箱: 568689252@qq.com

《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待您的参与!

■ 护理感悟

28载提灯路:以爱为炬,薪火相传

□范雪燕

时光荏苒,提灯而行。蓦然回首,28个春秋在生命的守护与奉献中流转。犹记初次进入科室见到我的第一位护士长时,她郑重地向我伸出手,欢迎我加入护理队伍。53岁的她,用温暖的手握住我稚嫩的手掌,眼中带着期许的光。那一刻,我忽然意识到自己长大了。

真正让我体会到“身教胜于言传”的,是轮转至外科时遇到的一位来自东北的护士长。2010年,优质护理服务推行之初,她在护理

会议上言简意赅地说:“患者需要的不是口号,是实实在在的服务。”会后,她便端起水盆,径直走向病房。我紧随其后,看见她俯身动作轻柔地为卧床老人洗头。水汽氤氲中,她回头微笑着看着我,教我如何为患者床上洗头。我忽然明白,护理的真谛不在于技术,而在于心中有爱。润物细无声。从那以后,我懂得了真正的领导力源于率先垂范。

后来轮转到心肺科,有一天晨间护理,我为患者翻身、叩背、按摩

受压部位,一番忙碌下来,额头已沁出汗水。护士长对旁边一位老师说:“这姑娘不错,能俯下身工作。”那一刻,我忽然理解了“不积跬步,无以至千里”的深意——原来所有俯身的姿态,都在默默铸就护理事业的高度。

带过我的护士长各有风采,她们身上有光,照亮我前行的路。她们教会我严厉与温柔并济:考核时铁面无私,却在护士受委屈时第一个挺身而出;要求查对零失误,却在我们疲惫时悄悄递来点心。这

种刚柔并济的管理智慧,正是“春风化雨,严慈相济”的生动诠释。

等到我自己成长为护士长,我也学着像前辈们那样,用温柔与坚定守护我的患者,用真诚与包容支持同事。如今在护理部工作已有7年,青丝间悄悄染上霜白,但关于爱的传承,始终在我心中熠熠生辉。我会耐心倾听年轻护士的困惑与焦虑,给予她们安慰。而在工作,我从不降低标准,严格把关护理质量与安全。因为我知道,唯有规范才能规避风险,患者安全,

护士才能安心。真正的管理,如《诗经》中所说“投我以木桃,报之以琼瑶”,让爱的循环滋养整个团队。

岁序更迭,我从被爱到学会爱人。那些紧握的双手、俯下的身影、温暖的话语,编织成永不熄灭的爱火炬。提灯28载,灯盏犹明。我愿以初霜之鬓,继续守护这份爱的传承。南丁格尔誓言始终在我心中:我们不仅是生命的守护者,更是爱的传递者。

(作者供职于许昌医院)