

颈内动脉狭窄支架植入术后高灌注综合征护理

谢慧蓉 吴远聪 刘秀梅

近年来,随着脑血管介入治疗及介入材料的高度发展,使用颈动脉支架成形术(carotid angioplasty stenting, CAS)治疗逐渐成为颈内动脉狭窄主要的治疗方法, CAS快速发展,但具有一定风险,医护人员关注如何预防减少手术风险和并发症,高灌注综合征(hyperperfusion state, HS)常发生在术中及术后3 d之内,有极高的致残和致死率^[1]。HS作为早期发生的严重并发症,已成为CAS术最需关注的问题^[2,3]。本次研究对颈内动脉重度狭窄患者行CAS后出现HS的患者实施有效的护理措施,取得良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2007年6月至2016年6月温州医科大学附属第五医院采用CAS治疗颈动脉狭窄的患者360例,其中男性248例、女性112例;年龄52~83岁,平均(63.52±7.91)岁;术前颈动脉狭窄率70%~99%,平均87.25%。术后发生HS患者5例,发生率为1.39%,其中男性3例、女性2例;年龄57~78岁,平均68.20岁;术中造影确诊颈动脉狭窄率81%~97%,右侧狭窄2例、左侧狭窄3例;4例伴有对侧50%~70%狭窄。5例HS患者中,4例患者术前有肢体无力发作等症状,诊断考虑短暂脑缺血发作;1例患者为肢体活动障碍考虑脑梗死,右侧肢体肌力4级。所有HS患者均出现头痛、呕吐、抽搐、意识障碍等症状,经颅多普勒检查提示同侧大脑中动脉峰血流增加>100%;CT提示有颅内出血2例、脑组织水肿3例。

1.2 HS的诊断标准 参考Bouri等^[4]的标准:①支架成形术后30 d内发生;②有过度灌注的证据或收缩压>180 mmHg;③临床症状包括新出现的头痛、癫痫、偏瘫、格拉斯哥评分<15分或影像学有脑水肿及颅内出血的表现;④排除新发的脑缺血、颈动脉的闭

塞、代谢性及药物性原因。

1.3 治疗方法 诊断考虑HS后,给予积极处理措施包括:①复查头颅CT,观察有无颅内出血及脑肿胀等情况;②复查多普勒观察颅内血流及与对侧对比情况;③严密监测血压、意识障碍情况,严格控制血压,治疗上给予乌拉地尔、硝酸甘油等降血压药物静脉泵入控制血压;④给予甘露醇控制脑水肿;⑤予以苯巴比妥、咪达唑仑等药物使患者保持安静状态;⑥暂时停用抗血小板、抗凝治疗;⑦使用依达拉奉等药物清除氧自由基及营养神经、能量支持治疗。

2 结果

5例HS患者均好转出院,3个月改良Rankin量表评分(modified rankin scale, MRS)0分4例、1分1例。

3 护理

3.1 术前护理 术前实施全面的健康宣教、心理护理、饮食护理、血压监测、心率监测等,完善各项术前准备,协助患者树立战胜疾病的信心,积极配合手术治疗。术前应评估脑血管及脑组织,如存在新发急性梗塞灶则应延迟手术,通过造影评估狭窄远端血流是否明显延迟、对侧血管是否存在狭窄、有无完善的侧枝代偿以判断HS的发生风险及采取相应的积极处理措施。颈动脉支架植入术中术后易发生心动过缓甚至心跳骤停,若心率偏慢者,术前配合安装临时起搏器,必要时按医嘱给予术前用药。术前对患者进行心理护理干预,以保证充足的睡眠,消除疑虑、紧张等不良情绪。严密监测血压,尽可能将患者血压控制在理想范围内,主张收缩压控制在120~140 mmHg,过低血压易导致低灌注梗死。

3.2 术中干预及治疗 颈内动脉支架植入术在局麻下进行,护理人员应向患者解释手术的意义、方法和经过,减少患者恐惧情绪,避免情绪波动导致的血压等变化,减少由于心理因素导致的并发症。术中严密监测血压、心率,给予氧气吸入,观察意识、头痛、

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.05.038

作者单位:323000 浙江丽水,温州医科大学附属第五医院、丽水市中心医院神经内科

胸闷、肢体肌力、出汗、血氧饱和度下降等情况,及时给予药物等相应处理。备好阿托品和多巴胺等药物,在治疗过程中如发生心率和血压下降时及时使用。如球囊扩张前心电图监护提示心率低于50次/分,可静脉给予0.5 mg阿托品。球囊扩张及支架植入过程中心率及血压下降时,及时给予阿托品、多巴胺及积极补液等,必要时给予心脏按压。在手术过程中特别是球囊扩张、支架释放前后血压应稳定在120~140/60~80 mmHg,在必要时可使用药物干预。若患者出现头痛、恶心、呕吐等症状,及时给予降压、镇静等治疗。在治疗过程中特别是球囊扩张及支架释放前后应多次进行颅多普勒监测,控制血流速度在术前100%~200%,流速增高至300%高度提示高灌注可能,应及时配合医生采取积极处理措施减少严重并发症发生^[5]。

3.3 术后护理

3.3.1 一般护理 患者术后返回病房后,保持病房安静,适量吸氧。术后密切监测血压、心率等生命体征,注意观察患者意识、瞳孔变化、言语及肢体活动、头痛、呕吐等情况,注意观察动脉穿刺口有无血肿等情况,有变化及时报告临床医师。定期进行仔细神经系统检查。避免情绪激动、清淡饮食及保持大便通畅,勿用力排便。部分患者术后头晕、头痛、恶心、呕吐、胸闷等不适甚至出现烦躁不安等精神症状,应及时给予心理疏导并及时给予药物对症及镇静治疗也相当重要。

3.3.2 血压控制 术后严格控制血压是预防HS的有效措施,术后HS与血管狭窄程度、血流自动调节能力、年龄等因素有相关性^[6,9]。对于颈内动脉严重狭窄、伴有对侧狭窄、侧支代偿不佳的患者由于脑血流调节功能受损,在血压升高或血压波动较大时易发生HS,需要严密监测及选择合适的药物控制血压,如乌拉地尔、硝酸甘油等。在无合并其他脑动脉狭窄情况下控制收缩压控制在110 mmHg左右,如合并其他动脉狭窄因为血压低会导致低灌注梗死,收缩压控制在120~140 mmHg。同时应及时予颅多普勒监测脑血流,保持脑血流速度在正常范围,如脑血流速度急剧升高可能发生HS,应立即给予降压。由于颈动脉窦反应可能出现心率、血压下降,应在颅多普勒监测下应用阿托品、多巴胺及补液等处理。

3.3.3 识别并处理HS CAS术前严重狭窄促使脑动脉最大限度地扩张,因此大脑的自动调节功能必须重新调整以适应较低的供血量,血管床不能立即适

应增加的灌注压,因此导致脑肿胀及出血发生高灌注。本次研究患者术后5例患者出现HS,均出现头痛、呕吐、意识障碍等症状,2例患者出现抽搐偏瘫。**①头痛:**是脑HS最多见也易被忽视的症状,程度较剧,多有搏动性,CAS术后头痛发生常见,护士应询问患者,是否为新发头痛,同时了解头痛的部位、性质、严重程度及持续时间等。护士应告知患者术后头痛的原因,安慰关心患者稳定情绪,保持病房安静整洁舒适,避免刺激性强光照射,若症状较重则应尽早服用药物止痛镇静缓解症状并查头颅CT排除脑出血、脑水肿。**②呕吐:**呕吐可引起血压升高,恶性循环加重病情。应密切观察,及时汇报医师进行药物处理,应将床头抬高,翻身时动作缓慢,清淡易消化饮食,让患者早期下床活动,以促进胃肠功能恢复。呕吐时应将头偏向一侧,避免误吸。**③精神神经症状:**5例HS均出现意识障碍,谵妄4例、嗜睡1例,均经积极控制血压,给予镇静药物对症处理后好转;CT提示有颅内出血2例、脑组织水肿3例。给予积极降压、镇静、抗水肿后好转,3个月改良MRS评分0分4例、1分1例。

3.4 术后检查及出院指导 支架植入术后要血常规、凝血功能、肝肾功能、电解质等,并复查颅多普勒及头颅CT或MRI,如头痛、呕吐等及时复查头颅CT利于及时诊断发现HS并处置。出院仍需预防HS发生,告知患者及时服用降压、抗血小板药物,定期监测血压,如有头痛、头晕、肢体无力等症状及时就诊。告知患者清淡饮食,适当体育锻炼,保持大便通畅、避免情绪激动等。同时避免颈部剧烈活动等。

随着脑血管介入技术发展,介入支架植入治疗颈动脉狭窄成为是目前主流的治疗方法。但术中、术后可能严重并发症HS而威胁患者生命和生活质量。护理中需注意以下几点: CAS术前周密准备,仔细评估后制定治疗护理方案;术中术后严密观察生命体征、神经系统体征,加强血压监测,控制血压平稳;加强心理疏导,保持患者情绪稳定,准确用药以及全面细致的护理等。

参考文献

- 1 Lieb M, Shah U, Hines GL. Cerebral hyperperfusion syndrome after carotid intervention; a review[J]. *Cardiol Rev*, 2012, 20(2): 84-89.
- 2 Asai T, Miyachi S, Izumi T, et al. Systematic review of complications for proper informed consent periprocedural complications of carotid artery stenting; a review article[J].

- No Shinkei Geka, 2013, 41(8):719-729.
- 3 Wu TY, Anderson NE, Barber PA. Neurological complications of carotid revascularisation[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2012, 83(5):543-550.
 - 4 Bouri S, Thapar A, Shalhoub J, et al. Hypertension and the post-carotid endarterectomy cerebral hyperperfusion syndrome[J]. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2011, 41(2):229-237.
 - 5 Pennekamp CW, Moll FL, De Borst GJ. Role of transcranial Doppler in cerebral hyperperfusion syndrome[J]. J Cardiovasc Surg (Torino), 2012, 53(6):765-771.
 - 6 焦慧娟. 颈动脉支架成形术治疗缺血性脑血管病效果分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(2):54-55.
- (收稿日期 2017-02-17)
(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

动机性访谈对乙肝病毒感染孕妇心理健康状况及生活质量的影响

倪芳

慢性乙型肝炎是常见的慢性传染病,全世界现存慢性乙型肝炎患者约2.5亿^[1]。妊娠合并乙型肝炎孕妇往往担心由母婴垂直传播将乙型肝炎病毒传染给胎儿而出现严重心理问题,进而对孕妇生活质量造成不良影响^[2]。然而,传统的临床护理模式主要围绕病情,患者在接受宣教时不能发挥主观能动性,且多为被动式引导,在时间的推移中难以维持较好的自我遵医行为。动机性访谈是基于患者为中心,注重患者自身的感受和沟通技巧,与患者进行沟通探讨,制定出具有可行性,且全面细致的解决方案,增强患者对行为进行改变的信心,并能够进行落实^[3]。本次研究旨在探讨实施动机性访谈健康教育干预对乙型肝炎病毒感染孕妇心理健康状况及生活质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月至2016年10月期间在武警浙江省总队嘉兴医院感染科接受治疗的90例妊娠合并乙型肝炎孕妇做为研究对象,纳入标准:①符合《慢性乙型肝炎防治指南(2015年版)》诊断标

准^[4];②单胎妊娠、初产妇;③参与患者知情同意且愿配合该次研究。排除:①精神障碍、意识不清及无阅读能力者;②合并妊高症、妊娠期糖尿病等严重妊娠并发症者。其中年龄22~35岁,平均年龄(26.88±5.09)岁;孕周15~22周,平均(18.15±2.88)周。按照健康教育方式的不同将入组孕妇分为观察组和对照组各45例,两组孕妇年龄、孕周及文化程度等见表1,两组基线资料比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组孕妇基线资料比较

组别	n	年龄/岁	孕周/周	文化程度/例	
				高中及以下	大专及以上
观察组	45	27.13±5.14	18.21±2.69	11	34
对照组	45	26.35±4.77	18.13±3.10	10	35

1.2 方法 对照组给予常规护理,住院期间定期集中开展乙型肝炎病毒感染知识讲座,每次宣讲时间为30 min,每周进行1次,共进行3次。观察组给予动机性访谈。访谈前1天对孕妇的基线资料进行评估,结合孕妇个体情况针对性制定动机性访谈健康教育计划,由经过动机性访谈培训的两名乙型肝炎

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.05.039

作者单位:314000 浙江嘉兴,武警浙江省总队嘉兴医院感染科