

主 编 ○ 李国宏

副主编 ○ 徐翠荣 王晓燕 封海霞

介入护理指南

Guidelines for Interventional Nursing




介入护理指南

Guidelines for Interventional Nursing



主 编 ○ 李国宏

副主编 ○ 徐翠荣 王晓燕 封海霞

 江苏凤凰科学技术出版社
国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

图书在版编目(CIP)数据

介入护理指南 / 李国宏主编. — 南京: 江苏凤凰
科学技术出版社, 2019.3

ISBN 978 - 7 - 5537 - 9977 - 3

I. ①介… II. ①李… III. ①介入性治疗—护理学—
指南 IV. ①R473—62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 297467 号

介入护理指南

主 编 李国宏
责任编辑 钱新艳
助理编辑 杨 卿
责任校对 郝慧华
责任监制 曹叶平 刘文洋

出版发行 江苏凤凰科学技术出版社
出版社地址 南京市湖南路1号A楼, 邮编: 210009
出版社网址 <http://www.pspress.cn>
排 版 南京紫藤制版印务中心
印 刷 江苏凤凰数码印务有限公司

开 本 787 mm×1 092 mm 1/16
印 张 11.75
版 次 2019年3月第1版
印 次 2019年3月第1次印刷

标准书号 ISBN 978 - 7 - 5537 - 9977 - 3
定 价 45.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时与我社出版科联系调换。

《介入护理指南》编委会

- 主 编 李国宏
副主编 徐翠荣 王晓燕 封海霞
编 委 (按姓氏笔画排序)
王晓燕(东南大学附属中大医院)
王 健(东南大学附属中大医院)
冯英璞(河南省人民医院)
史秋寅(东南大学附属中大医院)
李国宏(东南大学附属中大医院)
李晓蓉(复旦大学附属中山医院)
陈 泳(东南大学附属中大医院)
周 琴(东南大学附属中大医院)
封海霞(东南大学附属中大医院)
徐翠荣(东南大学附属中大医院)
莫 伟(湖南省人民医院)
高 岚(东南大学附属中大医院)
薛幼华(东南大学附属中大医院)
编写秘书 李梦婷(东南大学附属中大医院)

序

介入护理学是伴随着介入治疗学的不断进步而发展起来的,是应用多学科护理手段,从人文社会、生物、心理 3 个层面,对各种利用影像介入手段诊疗疾病的患者进行全身心的整体护理。介入护理学是护理学的一个分支学科,是建立在一般护理学基础上的一门独立学科。

我国介入护理学起步较晚,在过去的 10 年中,介入护理学发生了根本性变化,新理念、新技术、新方法不断涌现。尽管如此,国内介入护理水平层次不齐,目前国内尚无一本完整、系统、实用的全面指导临床介入护理工作的图书。

为方便广大临床护士(师)快速了解和学习介入专科护理相关知识,进一步提升介入专科护理质量,为患者提供更优质、高效的护理服务,东南大学附属中大医院护理部李国宏主任汇集了多家医院护理专家力量编写《介入护理指南》一书。本书在编写过程中,各位专家在检索和参照国内外最新指南和前沿研究的基础上,以解决临床护理实际问题为导向,突出护理工作特色,从不同系统疾病介入护理常规、介入护理专科操作流程、规范、应急预案以及介入手术室的管理制度等方面系统全面地为介入临床护理工作提供指引,内容翔实,具有较强的专业性、先进性、务实性,可以帮助广大读者深入了解介入护理工作要求,并悉心指导临床护理工作。

相信本书一定能够成为广大护理工作者的良师益友,也期望广大介入专科护理工作者能够以此书为载体,进一步强化专业知识、拓展专业视野,为推动国内介入护理工作的前行做出更大的贡献。

东南大学附属中大医院院长 滕皋军

前 言

介入治疗学是涉及到众多学科的一门新兴边缘学科,具有微创、安全、有效的特点,并对一些传统疗法难以治疗或疗效不佳的疾病提供了一种新的治疗途径。近年来,介入放射学旨在最大程度加强不同学科之间的合作,促进技术创新及其分享与应用,取得了很大进步。

伴随着介入放射学的发展,介入护理学也在不断探索中前行。经过多年的发展,介入治疗护理学也逐渐成为一门独立的,与内、外科护理学并驾齐驱的学科。然而,我国介入护理水平发展不平衡,一些地区仍存在护理技术不规范、工作制度不健全等缺陷,为了及时把介入护理常规和操作流程、应急预案、工作制度介绍给国内同行,共享我国开展介入护理工作的经验,我们特组织了国内相应的护理专家编写了《介入护理指南》一书。

本书共分为十章。第一章至第六章为介入治疗护理常规,从脑血管疾病、心血管疾病、大血管疾病、外周血管疾病、肿瘤、脊柱与其他介入等系统,详细叙述不同疾病的护理常规;第七章至第九章分别叙述了介入专科护理操作的流程、护理规范和护理应急预案;第十章介绍了介入手术室的工作制度。本书具备如下特点:

1. 专业性——突出护理、强化护理,以护理工作为主线,讲述不同疾病的护理常规,适合从事介入临床护理工作的人员参考。
2. 先进性——依据最新指南及国内外研究前沿理论,制订介入专科护理操作流程、护理规范及应急预案,具有较强先进性。
3. 务实性——书中所列疾病均为介入专科常见、多发疾病,不求大而全,但求务实、可操作,便于指导护理工作者临床实践工作。

本书编写过程中,得到复旦大学附属中山医院、河南省人民医院、湖南省人民医院护理专家们的大力支持和帮助。正是由于他们在繁忙的工作中辛勤笔耕,不吝赐稿,才使得本书顺利编排,付梓出版,谨此特表谢意!

毋庸置疑,本书一定存在疏漏不妥之处,尚祈读者指正,使我们在编写过程中不断改进,以便再版时修改、完善。

东南大学附属中大医院护理部主任 李国宏

目 录

第一章 脑血管疾病介入治疗患者护理常规

- 第一节 脑血管造影术患者护理常规····· 1
- 第二节 脑梗死介入治疗患者护理常规····· 3
- 第三节 颈动脉狭窄介入治疗患者护理常规····· 5
- 第四节 颅内动脉狭窄介入治疗患者护理常规····· 6
- 第五节 颈内动脉瘤介入治疗患者护理常规····· 8
- 第六节 颅内动脉瘤介入治疗患者护理常规····· 10
- 第七节 脑动静脉畸形介入治疗患者护理常规····· 11
- 第八节 脊髓血管畸形介入治疗患者护理常规····· 14

第二章 心血管疾病介入治疗患者护理常规

- 第一节 冠状动脉造影术患者护理常规····· 17
- 第二节 经皮冠状动脉介入治疗患者护理常规····· 19
- 第三节 射频消融术患者护理常规····· 21
- 第四节 临时起搏器植入术患者护理常规····· 23
- 第五节 永久起搏器植入术患者护理常规····· 24
- 第六节 肾神经阻滞术患者护理常规····· 26
- 第七节 先天性心脏病介入治疗患者护理常规····· 28

第三章 大血管疾病介入治疗患者护理常规

- 第一节 胸腹主动脉瘤介入治疗患者护理常规····· 31
- 第二节 胸腹主动脉夹层介入治疗患者护理常规····· 33

第三节	腹主动脉狭窄介入治疗患者护理常规	35
第四节	布加综合征介入治疗患者护理常规	37
第五节	上腔静脉综合征介入治疗患者护理常规	40

第四章 外周血管疾病介入治疗患者护理常规

第一节	动脉狭窄介入治疗患者护理常规	43
第二节	肺栓塞介入治疗患者护理常规	49
第三节	鼻出血介入治疗患者护理常规	50
第四节	下肢动脉硬化闭塞症介入治疗患者护理常规	52
第五节	下肢动脉栓塞介入治疗患者护理常规	53
第六节	肠系膜上动脉栓塞介入治疗患者护理常规	55
第七节	血栓闭塞性脉管炎介入治疗患者护理常规	56
第八节	血管畸形介入治疗患者护理常规	57
第九节	深静脉血栓形成介入治疗患者护理常规	59
第十节	下肢静脉曲张介入治疗患者护理常规	60
第十一节	上消化道出血介入治疗患者护理常规	62
第十二节	大咯血介入治疗患者护理常规	63
第十三节	门脉高压症介入治疗患者护理常规	65
第十四节	腹部出血性疾病介入治疗患者护理常规	66
第十五节	产后出血介入治疗患者护理常规	67

第五章 肿瘤介入治疗患者护理常规

第一节	食管狭窄介入治疗患者护理常规	69
第二节	气管狭窄介入治疗患者护理常规	70
第三节	肺癌介入治疗患者护理常规	72
第四节	肝癌介入治疗患者护理常规	77
第五节	胃癌介入治疗患者护理常规	83
第六节	胃肠道狭窄介入治疗患者护理常规	85
第七节	胰腺癌介入治疗患者护理常规	86
第八节	肠道肿瘤介入治疗患者护理常规	87
第九节	膀胱癌介入治疗患者护理常规	89

- 第十节 宫颈癌介入治疗患者护理常规 90
- 第十一节 ^{125}I 粒子植入术介入治疗患者护理常规 92
- 第十二节 梗阻性黄疸介入治疗患者护理常规 93

第六章 脊柱与其他介入治疗患者护理常规

- 第一节 经皮椎体成形术介入治疗患者护理常规 95
- 第二节 腰椎间盘突出症介入治疗患者护理常规 96
- 第三节 穿刺活检术患者护理常规 98
- 第四节 输卵管再通介入治疗患者护理常规 99
- 第五节 子宫肌瘤介入治疗患者护理常规 101
- 第六节 股骨头无菌性坏死介入治疗患者护理常规 103
- 第七节 肝囊肿介入治疗患者护理常规 104
- 第八节 肾囊肿介入治疗患者护理常规 105
- 第九节 脾功能亢进介入治疗患者护理常规 107
- 第十节 甲状腺功能亢进介入治疗患者护理常规 109
- 第十一节 鼻泪管阻塞介入治疗患者护理常规 110

第七章 介入专科护理流程

- 第一节 肿胀肢体周径测量流程 112
- 第二节 腹围测量流程 114
- 第三节 足背动脉搏动触摸流程 116
- 第四节 足背静脉溶栓泵药流程 118
- 第五节 动脉导管泵药流程 120
- 第六节 更换 PTCD 引流袋流程 122
- 第七节 病房与 DSA 室交接患者流程 124
- 第八节 轴线翻身流程 126
- 第九节 长期卧床、术后首次下床患者护理流程 128

第八章 介入专科护理规范

- 第一节 PTCD 引流袋更换护理规范 130

第二节	足背动脉搏动触摸护理规范	132
第三节	肿胀部位周径测量护理规范	133
第四节	腹围测量护理规范	134
第五节	轴线翻身护理规范	135
第六节	下肢深静脉血栓溶栓治疗护理规范	136
第七节	动脉导管泵药护理规范	138
第八节	^{125}I 粒子植入防护护理规范	139
第九节	腰围使用护理规范	141
第十节	弹力袜使用护理规范	142
第十一节	抗凝药物使用护理规范	143

第九章 介入专科护理应急预案

第一节	股动脉穿刺点出血及血肿形成应急预案	146
第二节	肺动脉栓塞应急预案	147
第三节	血管迷走反射应急预案	148
第四节	咯血应急预案	149
第五节	造影剂过敏应急预案	150
第六节	心包填塞应急预案	151
第七节	气胸、血胸、胆汁胸应急预案	152
第八节	血管痉挛应急预案	153
第九节	^{125}I 粒子脱落应急预案	154
第十节	气管内支架脱落应急预案	155
第十一节	消化道大出血应急预案	156
第十二节	起搏器功能障碍应急预案	157
第十三节	脑出血应急预案	158
第十四节	腹膜后出血应急预案	159
第十五节	恶性心律失常应急预案	160

第十章 介入手术室规章制度

第一节	介入手术室工作制度	162
第二节	介入手术室参观制度	163

第三节	介入手术室安全管理制度	163
第四节	介入手术室安全用药制度	164
第五节	介入手术室安全输血制度	164
第六节	介入手术室安全核查制度	165
第七节	介入手术室体位安全管理制度	166
第八节	介入手术室职业防护安全制度	166
第九节	介入手术室标本管理制度	167
第十节	介入手术部位标识确认制度	167
第十一节	介入手术室接送患者制度	168
第十二节	介入手术室不良事件报告制度	168
第十三节	介入手术室层流管理制度	169
第十四节	介入手术室物品管理制度	169
第十五节	介入手术室库房管理制度	170
第十六节	介入手术室设备管理制度	170
第十七节	介入手术室厂家人员管理制度	171
第十八节	介入手术室物品及耗材管理制度	171
第十九节	介入手术室手术器械交接制度	172
第二十节	介入手术室感染预防控制管理制度	172
第二十一节	介入手术室手卫生管理制度	174
第二十二节	介入手术室消毒隔离制度	174

第一章 脑血管疾病介入治疗患者 护理常规

第一节 脑血管造影术患者护理常规

【护理诊断/问题】

1. 焦虑 与担心造影术预后有关。
2. 舒适的改变 与术后肢体制动有关。
3. 排尿方式改变 与卧床有关。
4. 知识缺乏 缺乏脑血管造影术相关知识。
5. 潜在并发症 穿刺处出血或血肿,动、静脉血栓或栓塞,脑血管痉挛等。

【护理措施】

(一) 术前护理

1. 心理护理 责任护士向患者介绍病区情况,使患者尽快适应周围环境。讲解手术目的、意义、优点、操作过程、注意事项及成功病例,消除患者思想顾虑,减轻其心理压力,使患者平静接受治疗。
2. 协助患者完成术前必要检查 如心电图、血常规、肝肾功能、凝血四项等。
3. 饮食护理 术前一餐以六成饱为宜,避免进食牛奶、甜食等易产气食物。
4. 活动与休息 保持病房安静舒适,保证患者休息与睡眠。
5. 术前准备 必要时给予术前导尿或灌肠。训练患者床上排便,更换干净病号服,取下项链、戒指、义齿或其他饰物并妥善保管以防术中伪影影响判断。
6. 检查双侧足背动脉搏动情况 术前在足背动脉搏动明显处用圆点标记,以备术中、术后观察对比。
7. 监测生命体征 术前晚和术晨测量患者的体温、脉搏、呼吸、血压。

(二) 术后护理

1. 心理护理 患者术后安全返回病房,观察患者瞳孔、意识及生命体征,告知患

者手术情况,介绍术后注意事项。

2. 穿刺点的观察及护理

(1) 股动脉穿刺点加压固定护理。嘱患者手术侧肢体保持伸直、术后沙袋压迫6~8小时,制动12小时。指导患者做踝关节背屈功能锻炼,避免下肢静脉血栓形成。8小时后可适当松解弹力绷带四端固定点,以减轻绷带的张力。24小时后解除绷带,消毒穿刺点,可下床活动,避免下蹲及增加腹压的动作。

(2) 穿刺点局部的观察护理。一看:看有无血肿及血肿范围,敷料上有无渗血。二摸:摸有无血肿肿胀情况。三听:听穿刺血管有无杂音,判断有无假性动脉瘤危险。观察穿刺部位有无红肿、渗血、皮下血肿等情况发生。

(3) 穿刺侧肢体远侧动脉血管搏动情况。触摸足背动脉搏动情况,与术前对比。注意穿刺侧肢体皮肤颜色、温度、感觉及运动功能等,如有异常,及时通知医师处理。

3. 饮食护理 要求患者术后多饮水,小量、多次补水(2 000 ml/12 h)可促进造影剂的排出。给予清淡易消化饮食,少食多餐,多食新鲜蔬菜、水果,禁食豆浆、牛奶(因术后卧床,肠道功能弱,肠蠕动减慢,易造成胃部不适)。保持大、小便通畅。

4. 病情观察

(1) 常规术后心电图监护4小时,术后30分钟、1小时、2小时、4小时测量血压、脉搏、呼吸1次,连续监测4次,视病情平稳后停止监护。

(2) 观察患者有无恶心、呕吐、发热、疼痛等症状,发热者按发热护理进行常规护理。

5. 疼痛 术后患肢疼痛者应评估疼痛部位、性质及伴随症状。视个人情况遵医嘱给予镇静止痛及支持治疗。应用扩血管药物,防止血管痉挛,保持病房安静。

6. 并发症的观察与预防

(1) 穿刺处的出血或血肿。观察伤口渗血情况,检查沙袋位置是否得当。局部严格制动,防止出血。若绷带无故松解,应在出血时及时按压穿刺处,同时通知医师处理。

(2) 观察有无动脉栓塞。若穿刺侧肢体趾端苍白、小腿疼痛剧烈、感觉迟钝,则提示有动脉栓塞或穿刺部位血肿形成的可能,应立即汇报医师,按相关流程对症处理。

(3) 脑血管痉挛。头痛或血压升高,烦躁不安,肢体瘫痪等,遵医嘱使用扩张血管药物,使用抗凝剂,进行血液稀释疗法及扩容疗法。加强巡视病房,使用床挡保护,防止受伤。协助患者进行生活护理,根据个人情况进行心理护理。

(4) 观察有无造影剂肾病发生。鼓励多饮水,术后前3小时每小时饮水500 ml或遵医嘱,以促进造影剂的排出。

7. 健康教育及出院指导

(1) 告知患者疾病发生的原因及预防方法。

(2) 饮食指导。食物宜三高:高蛋白、高能量、高纤维素。饮食宜三低:低盐、低脂、低糖。四忌:忌刺激性食物,忌坚硬食物,忌易胀气食物,忌烟酒。

- (3) 活动。适度运动,避免剧烈运动,防止过度疲劳。忌情绪激动。注意保暖。
- (4) 遵医嘱用药,定期复查。

【参考文献】

- [1] 刘新峰.脑血管病介入治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2006.
- [2] 陈茂君,蒋艳,游潮.神经外科护理手册[M].北京:科学出版社,2011.

第二节 脑梗死介入治疗患者护理常规

【护理诊断/问题】

1. 脑组织灌注量改变 与脑血管梗死有关。
2. 躯体移动障碍 与运动中枢损害致肢体瘫痪有关。
3. 舒适的改变 与肢体瘫痪,长期卧床有关。
4. 焦虑/恐惧 与瘫痪、失语、缺少社会支持及担心疾病预后有关。
5. 潜在并发症 颅内压增高及脑疝、颅内出血、感染、中枢性高热、癫痫发作等。

【护理措施】

(一) 术前护理

1. 心理护理 介绍手术方法、配合要点及注意事项,安慰患者,消除恐惧、焦虑情绪,促进患者睡眠。
2. 饮食护理 术前一餐以六成饱为宜,避免进食牛奶、甜食等易产气食物。
3. 观察血压变化 血压应维持在发病前平时所测的或患者年龄应有的稍高水平。
4. 应用扩张血管药物 观察药物疗效及不良反应,如出现头痛、恶心、呕吐、面部潮红、心慌等症状,及时通知医师处理。
5. 预防血栓形成 若为进展型脑血栓形成者,患者应绝对卧床,禁用止血剂,以免促使血液凝固,导致血栓形成。
6. 用药护理 溶栓治疗应在发病6小时之内。用药期间定时检测出凝血时间,凝血酶原时间,观察有无出血倾向。
7. 活动与休息 保持病房安静舒适,保证患者休息与睡眠。
8. 检查双侧足背动脉搏动情况 在足背动脉搏动明显处用圆点标记,以备术中、术后对比观察足背动脉搏动情况。术前晚和术晨测量患者的生命体征。
9. 其他 术前一天训练患者床上排便。

(二) 术后护理

1. 心理护理 告知患者手术情况,介绍术后注意事项。
2. 体位与活动 全麻患者去枕平卧6小时,麻醉清醒6小时后进食、饮水,意识不清楚者头偏一侧,保持呼吸道通畅,暂禁食,遵医嘱给予鼻饲流食或静脉输液。经股动

脉穿刺者,术后沙袋压迫6~8小时,嘱患者手术侧肢体保持伸直制动12小时,8小时后可适当松解弹力绷带四端固定点,以减轻绷带的张力。一般在24小时解除绷带后可下床活动,避免下蹲及增加腹压的动作。

3. 饮食护理 患者清醒后给予低脂高纤维素饮食,如鱼、瘦肉、芹菜、韭菜等,保持大便通畅。

4. 病情观察

(1) 常规术后心电图监护4小时,每30分钟、1小时、2小时、4小时测量血压、脉搏、呼吸1次,连续监测4次,视病情平稳后2小时1次,连续监测24~48小时,平稳后停止监护。

(2) 解除加压包扎前,每小时观察穿刺部位有无出血,穿刺侧肢体皮肤温度、颜色、肢体有无疼痛、有无痛觉障碍及足背动脉搏动情况。指导患者做踝关节背屈功能锻炼,避免下肢静脉血栓形成。

(3) 观察患者有无恶心、呕吐、发热、疼痛等症状,发热者按发热护理进行常规护理;疼痛者按疼痛护理进行规范护理。

(4) 对留置导尿管及其他引流管患者,保持引流通畅,妥善固定。观察引流液的颜色、性质及量。

5. 控制血压 遵医嘱控制血压,应用防止脑血管痉挛的药物。

6. 并发症的观察与预防

(1) 观察有无穿刺点出血,发现出血应及时更换敷料,重新用弹力绷带加压包扎。

(2) 观察有无动脉栓塞及穿刺部位血肿形成。若穿刺侧肢体趾端苍白、小腿疼痛剧烈、感觉迟钝,足背动脉搏动减弱或摸不清,则提示有动脉栓塞或穿刺部位血肿形成的可能,立即汇报医师,按相关流程处理。

(3) 观察有无造影剂肾病的发生。鼓励多饮水,术后前3小时每小时饮水500 ml或遵医嘱,以促进造影剂的排出。

(4) 昏迷及瘫痪患者加强基础护理,预防并发症。

7. 瘫痪肢体的护理 早期按摩和被动活动瘫痪肢体,以改善肢体血液循环,减少致残率,提高生存质量。

8. 健康教育及出院指导

(1) 加强功能锻炼。

(2) 缺血性脑卒中患者有再复发的危险,应避免复发的相关因素。

(3) 告知患者疾病发生的原因及预防方法。

(4) 指导患者早期活动并告知其意义。

(5) 控制不良情绪,保持心态平稳,避免情绪波动。

(6) 遵医嘱复查。

【参考文献】

李乐之,路潜.外科护理学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2017.

第三节 颈动脉狭窄介入治疗患者护理常规

【护理诊断/问题】

1. 脑组织灌注量改变 与颈动脉狭窄有关。
2. 舒适的变化 与头晕、头痛有关。
3. 焦虑/恐惧 与担心疾病预后有关。
4. 潜在并发症 再次梗死、偏瘫的危险。

【护理措施】

(一) 术前护理

1. 心理护理 认真向患者及其家属讲解手术的必要性及安全性、手术方法、过程、注意事项以及可能出现的相关并发症,同时告知患者在术中如何配合。
2. 饮食护理 术前一餐以六成饱为宜,避免进食牛奶、甜食等易产气食物。
3. 活动与休息 保持病房安静舒适,保证患者休息与睡眠。
4. 用药护理 询问有无肝素、碘等药物过敏史。了解出凝血时间,肝、肾功能及血糖情况。患者术前1周口服阿司匹林 100 mg/d 和氯吡格雷 75 mg/d。
5. 评估处置 术前晚清洁手术区域的皮肤。术前6小时禁食、禁水、禁口服降糖药物,术前晚及术晨测体温、脉搏、呼吸及血压。
6. 其他 了解患者既往病史,评估神经功能缺损及日常生活能力等情况,同时监测血压、心率、心功能的状况,根据数字减影血管造影(DSA)和颈动脉超声检查,了解颈动脉病变情况以及颅内血管狭窄程度。

(二) 术后护理

1. 心理护理 告知患者手术情况,介绍术后注意事项。
2. 饮食护理 给予低脂高纤维素饮食,如鱼、瘦肉、芹菜、韭菜等,多食新鲜蔬菜、水果,保持大便通畅。
3. 体位与活动
 - (1) 术后给予平卧或侧卧位,头部不能过高,应小于 30° 。患侧颈部不可过度前屈,避免按压,以免影响大脑血液循环。翻身幅度要小,动作轻柔,防止支架脱落、移位。协助患者做好各项生活护理。
 - (2) 嘱患者手术侧肢体保持伸直,术后沙袋压迫6~8小时,制动12小时。指导患者做踝关节背屈功能锻炼,避免下肢静脉血栓形成。8小时后可适当松解弹力绷带四端固定点,以减轻绷带的张力。24小时后解除绷带,消毒穿刺点,可下床活动,避免下蹲及增加腹压的动作。如有渗血要及时更换敷料,重新包扎、沙袋压迫。
4. 病情观察 术后患者绝对卧床休息,持续心电监护48小时,全面、连续、动态

观察其神经系统的症状和体征,预防并发症。术后30分钟、1小时、2小时、4小时测量血压、脉搏、呼吸1次,连续监测4次,视病情平稳后2小时1次,连续监测24~48小时,平稳后停止监护。

5. 并发症的观察与预防

(1) 观察有无穿刺点出血,发现出血按出血应急预案处理。

(2) 患者术后局部脑灌注得以改善,但有可能血管成形扩张时发生血管损伤、微栓子释放等,可出现血管痉挛、支架血栓及卒中等并发症。术后观察颈动脉狭窄及血运改善情况,给予颈动脉超声监测,同时监测血压、心律、心率(≥ 60 次/分),观察是否有颈部包块、颈痛、头痛、头晕、偏盲、失语,肢体是否有抽搐或瘫痪加重等。

(3) 观察低血压、心动过缓等情况。由于手术中支架释放刺激了颈动脉压力感受器,会引起反射性血压下降。

(4) 做好出凝血的观察与护理。支架植入术后为防止血栓形成,口服阿司匹林100 mg/d和氯吡格雷75 mg/d。为防止血管痉挛,尼莫通静脉泵入2~3天,用药过程中监测出凝血时间及凝血4项,根据结果调节用药。严密观察皮肤黏膜有无出血点或紫癜、大小便颜色及其他脏器有无出血征象。

6. 健康教育及出院指导

(1) 出院前护士根据每位患者的病因做好健康宣教,如指导低盐、低脂肪饮食,戒烟、戒酒,告知合理治疗心脏病、糖尿病、高血脂等的重要性。定期参加锻炼。

(2) 告知患者及家属复诊时间,让患者了解出现神经系统异常体征需要及时就诊。按时服药,防止血栓再形成,以利身体恢复。

【参考文献】

徐芳. 颈动脉狭窄支架成形术的围手术期护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(3): 231-232.

第四节 颅内动脉狭窄介入治疗患者护理常规

【护理诊断/问题】

1. 脑组织灌注量改变 与颅内动脉狭窄有关。
2. 舒适的变化 与头晕、头痛有关。
3. 焦虑/恐惧 与担心疾病预后有关。
4. 知识缺乏 缺乏疾病治疗、护理相关知识。
5. 潜在并发症 血栓形成、支架内血管再狭窄等。

【护理措施】

(一) 术前护理

1. 心理护理 认真向患者及其家属讲解手术的必要性及安全性、手术方法、过