

1 例脑动脉瘤栓塞术后肾包膜下血肿的护理

何雪浓,张莉红,何慧

(南方医科大学附属小榄医院神经外科,广东 中山 528415)

E-mail:867473678@qq.com)

摘要: 探讨脑动脉瘤栓塞术后肾包膜下血肿的有效护理措施。2017 年 5 月收治的 1 例高血压脑出血大脑前动脉 A1 段动脉瘤栓塞术后 1 h 内发生肾包膜下血肿的患者,给予紧急补充血容量,及时有效用药,正确指导患者休息与活动等有效的治疗护理措施,患者康复出院。早发现、早治疗、适当的休息等能显著提高脑动脉瘤栓塞术后肾包膜下血肿的抢救成功率与治愈率,值得推广。

关键词: 动脉瘤栓塞术;肾包膜下血肿;护理

中图分类号: R473.9

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2017)04-0339-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2017.04.030

肾包膜下血肿是指由外伤或医源性损伤所致肾皮质损伤出血积聚于肾包膜下的创伤^[1]。临床表现取决于出血程度和持续时间,典型的临床特点为腰痛、侧腹痛、腹部肿块、内出血征等症状^[2]。动脉瘤栓塞术后发生肾包膜下血肿在临床中极少见^[3],病情紧急,易发生误诊和延误治疗。2017 年 5 月 21 日,收治 1 例大脑前动脉 A1 段动脉瘤栓塞术后发生肾包膜下血肿患者,经早期发现鉴别出血部位,紧急补充血容量,做好腹部与尿液的观察,正确指导患者休息与活动等有效的治疗护理措施,效果满意,患者康复出院,现报告如下:

1 病例简介

患者,女,43 岁,工人。因突发头痛、头晕,意识不清,呕吐胃内容物 1 h,于 2017 年 5 月 21 日入院。意识呈浅昏迷状态,体温 36.8℃,血压 22.61/14.90 kPa,脉搏 65 次/分,呼吸 20 次/分。5 月 22 日全麻下行双侧脑室外引流术。5 月 26 日全麻下行全脑血管造影+左侧大脑前动脉 A1 段动脉瘤介入栓塞术。术后患者意识清楚,体温 36.4℃,血压 19.29/11.17 kPa,脉搏 58 次/分,呼吸 20 次/分,血氧饱和度 99%,双侧脑室外引流管引出红色血性脑脊液,尿管引出淡黄色尿液,予心电监护、中流量吸氧、营养脑神经、止血、抗炎等治疗。术后 1 h,患者意识清楚,眼睑、嘴唇苍白,体温 36.1℃,血压 11.31/6.65 kPa,脉搏 74 次/分,呼吸 18 次/分,血氧饱和度 98%,双侧脑室外引流管引出红色血性脑脊液,尿管引出淡黄色尿液。查头颅、腹部 CT 示:左肾周围可见半环状肿块影包绕,CT 值约 67HU,最大切面约 76 mm×42 mm,左肾受推压

前移及变形。查血红蛋白 77 g/L,红细胞计数 $2.91 \times 10^{12}/L$,尿红细胞 252 个/h。给予林格氏液双管补液,多巴胺升血压,蛇毒血凝酶止血,输红细胞 3 U,患者血压回升。请泌尿外科会诊建议绝对卧床,抗休克,止血,抗感染治疗,定时复查腹部 CT。6 月 13 日复查血红蛋白 111 g/L,血细胞计数 $4.05 \times 10^{12}/L$,尿红细胞 0/h,腹部 CT 示:左肾周围可见半环状密度不均匀影包绕,CT 值约 40 HU,最大切面约 74 mm×38 mm,左肾受推压前移及变形,肾周筋膜增厚。2017 年 6 月 18 日办理出院。

2 护理

2.1 早发现早治疗 密切观察患者意识、瞳孔、生命体征变化。患者动脉瘤栓塞术后 1 h 出现眼睑、嘴唇苍白,血压 11.31/6.65 kPa,提示有内出血迹象,及时报告医生,鉴别出血部位。急查头颅、下腹部 CT 示:左肾包膜下血肿,为抢救争取了时间。

2.2 紧急处理 补充血容量,这是治疗的关键,本病例为轻度出血性休克,迅速建立两条静脉通路,根据血压调整液体种类和输液速度。心电监护,10~15 min 测量生命体征 1 次,密切观察尿量。使用血管活性药物多巴胺,查血红蛋白 77 g/L,输红细胞 3 U 后,血压逐渐回升。

2.3 观察尿液的性状 留置尿管,观察有无少尿或无尿,记录 24 h 尿量。休克早期尿量减少,应快速扩容。观察血尿,血尿通常与肾损伤的严重程度一致,可出现肉眼血尿或镜下血尿。患者术前已留置尿管,方便了术后的观察,尿红细胞 252 个/h,未见肉眼血尿。

2.4 用药护理 患者为脑出血、动脉瘤介入栓塞术后包膜下血肿,使用蛇毒血凝酶1U每天一次,分别肌肉注射与静脉注射止血,应用广谱抗生素以预防感染。

2.5 腹部体征 观察有无血液、尿液外渗引起的腹胀、腹痛、腹肌紧张等腹膜炎情况。每小时测腹围一次,观察腹围变化情况。

2.6 休息与活动 绝对卧床休息2~4周,3个月内避免重体力劳动^[4]。急性期严禁坐起、拍背及不必要的翻身,协助患者翻身,避免做增加腹压的动作^[5]。做好患者的生活护理,病情稳定、血尿消失后方可离床活动。

2.7 心理护理 患者突然发病,抢救措施繁多,易使患者倍感病情危重而产生焦虑、恐惧等不良情绪,影响与医疗、护理的配合,经常与病人沟通,了解病人的心理、思想动态^[6]。做好相关告知工作,应注意家属的心理指导。

2.8 辅助检查 CT检查能快速确诊,显示肾出血的程度,了解是否有尿外渗以及对侧肾脏功能与形态^[7]。

2.9 实验室检查 护理人员常会忽视实验室检查结果,红细胞计数、血红蛋白、血细胞比容,可明确血液的浓缩程度;血清电解质的测定,可了解机体电解质的紊乱情况;尿常规、尿比重、尿素氮的测定,可了解肾功能。

3 小结

肾包膜下血肿的患者起病急,发展迅速,准确的病情观察与评估,及时发现休克的前期表现,为抢救争取有利时机是护理的关键。出现休克时必须快速补充足

够的血容量并使用血管活性药物才能有效升压,及时使用止血药物防止休克加重。重视意识、瞳孔、生命体征、腹围、腹部体征、尿液性状的观察,尿量从<20 ml/h到>20 ml/h,提示组织灌注情况改善,提示扩容有效,若患者突发腹痛,伴腹膜刺激征,应高度怀疑肾包膜破裂大出血,应做好随时介入手术的准备。关注各项辅助检查结果可及时了解病情的变化和治疗效果。指导患者绝对卧床休息,重视患者的心理反应,适时做好疾病健康教育,以促进患者尽快康复出院。

参考文献:

- [1] 刘楚,陈福宝,杨晓波,等.肾包膜下血肿的微创治疗分析[J].宁夏医学杂志,2012,34(5):459-461.
- [2] 杨宝龙,关维民,徐衍盛,等.自发性肾包膜下血肿临床分析[J].临床军医杂志,2010,38(3):366-368.
- [3] 张凯,范锐,张昊,等.医源性肾包膜下血肿的原因及诊治分析[J].中国医师进修杂志,2012,35(8):69-70.
- [4] 黄芬.创伤性肾包膜下巨大血肿微创治疗7例围术期护理[J].齐鲁护理杂志,2010,16(10):66-67.
- [5] 叶珊.体外冲击波碎石致肾包膜下肾周围血肿14例分析及护理[J].医药前沿,2013(28):23-24.
- [6] 刘燕.脑动脉瘤病人不同时期的临床监护指标及个性化健康教育[J].右江民族医学院学报,2013,35(4):579-581.
- [7] 许力为,李恭会.输尿管镜钬激光碎石术后肾包膜下血肿二例[J].中华医学杂志,2013,93(46):3728.

收稿日期:2017-07-30;修回日期:2017-08-15