

盐水 30~45 ml, 递与术者行气囊充气阻断下腔静脉。本组曾经出现 1 例以 16F 球囊导管不能有效阻断下腔静脉的情况, 此时护士应备好一根 8F 球囊导管递与术者, 插入肝静脉段并以肝素盐水充起球囊, 可达到有效阻断下腔静脉的效果。(4) 缝合下腔静脉。器械护士备好 CV-4 缝线 2 根, 待梗阻病灶解除后递与术者连续外翻缝合, 在打结时器械护士应用肝素盐水沾湿术者的双手, 以利打结。(5) 解除梗阻下腔静脉。术者以 DeBakey 剪纵行剪开病变段, 若为隔膜, 可沿膜根部环形剪除; 若为血栓, 可用血管钳彻底取出, 注意不要有残留血栓, 以免引起其它器官的栓塞, 器械护士应仔细收集切除的病变标本和取出的血栓以备送检。(6) 防止异物残留。本手术时间较长, 平均 4~5 h, 使用物品较多, 关胸前应仔细核对物品、器械, 准确无误后方可关胸。本组

无一例异物残留发生。

3 讨论

直视下 Budd-Chiari 综合征根治术手术复杂, 创伤大, 且患者由于病程长, 肝脾功能均有不同程度损害, 凝血机制较差, 故要求器械护士熟悉下腔静脉及其属支的解剖, 了解手术步骤及要求, 手法熟练, 反应敏捷, 传递器械准确迅速, 以减少术中失血量及人工心肺和使用时间, 尽量减少自体血细胞的破坏, 避免加重凝血机制的损害, 减少术中输血量。巡回护士术中密切观察生命体征和尿量的变化, 保持静脉通道通畅, 及时输血输液, 以求手术快速安全进行。

[参 考 文 献]

- [1] 郭宇红, 冯晓一, 王冬青. 体外循环低温麻醉下停循环施行布加氏综合征根治术 3 例[J]. 中华医药荟萃杂志, 2003, 4(2): 64.

[文章编号] 1000-2200(2005)05-0467-02

· 临床护理 ·

经乳突乙状窦前入路切除岩斜区肿瘤患者的护理

张素琴, 单雪梅

[摘要] 目的: 探讨经乳突乙状窦前入路切除岩斜区肿瘤的护理。方法: 回顾性分析通过该入路切除岩斜区肿瘤 10 例的护理资料。结果: 经合理治疗和护理, 术后症状完全缓解 6 例, 好转 4 例; 术后并发症少。结论: 充分的健康教育、恰当的心理护理、完善的术前术后护理及正确的出院指导是减少术后并发症、保证手术成功的关键。

[关键词] 脑肿瘤; 乙状窦前入路; 岩斜区; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 739.41 [文献标识码] A

岩斜区肿瘤是指起源于岩上、下窦之间岩斜裂的肿瘤^[1]。因其病变部位深在, 瘤周血管、神经结构复杂, 功能重要, 致使手术难度较大, 术后并发症和病死率较高。2001 年 2 月~2004 年 5 月, 我科采用经乳突乙状窦前入路切除岩斜区肿瘤 10 例, 手术效果满意, 现将其护理作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 10 例, 男 6 例, 女 4 例; 年龄 26~58 岁。病程 1~16 个月, 术后住院 6~24 天, 平均 17 天。临床表现: 三叉神经痛 3 例, 饮水呛咳、吞咽困难 4 例, 听力减退 3 例, 面瘫 3 例。

1.2 手术方法 所有病例均经头架固定, 显露横窦外侧部分及部分乙状窦, 磨除部分乳突, 并磨除 trautmann 三角区及内耳门上下骨皮质, 充分暴露 trautmann 三角区及颞叶底部硬脑膜; 切开 trautmann 三角区、颞底硬脑膜岩上窦, 并结扎岩上窦; 沿岩上窦旁切开天幕至小脑幕切迹; 用自动脑压

板尽量扩大显露肿瘤的空间, 在 2.6~8 倍显微镜下切除肿瘤。肿瘤切除后, 严密缝合硬脑膜, 乳突骨质缺损处取肌片或脂肪填塞。

1.3 结果 10 例均采用乙状窦前入路行显微手术肿瘤切除。肿瘤全切除 8 例, 大部分切除 2 例。术后症状完全缓解 6 例, 好转 4 例。新增面瘫 1 例; 脑脊液耳漏 2 例, 经合理治疗和护理分别于 1 周和 3 周治愈。患者及家属对治疗、护理效果满意。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 健康教育 首先主动热情地接待患者及家属, 详细地做好入院宣教, 并向患者讲授所患疾病的解剖部位、麻醉方式、术前常规检查项目、目的、意义、配合知识及注意事项, 术前常规准备的内容、注意事项及术后注意事项, 具体的饮食卫生指导, 药物治疗的相关知识等。

2.1.2 心理护理 本组病变位于岩斜区, 患者可出现不同程度的饮水呛咳、吞咽困难、三叉神经痛、面瘫等, 严重影响了患者的工作、生活、学习, 由于生活不能自理, 给家庭带来了沉重的负担, 再加之手术难度大, 术后并发症死亡率高, 使患者产生较大的心理

[收稿日期] 2005-03-15

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 脑外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 张素琴(1975-), 女, 安徽五河县人, 护师。

压力。患者均存在不同程度的焦虑与恐惧,对生活丧失信心,甚至产生轻生的念头。因此,护理人员应经常巡视病房,与患者建立良好的护患关系,充分运用沟通技巧与患者进行有效的沟通,同情和理解患者,耐心向患者及家属讲解相关疾病知识,介绍手术治疗成功的病例,增加患者战胜疾病的信心。同时,注意发挥同病室病友及亲人的作用,经常劝导安慰患者,并向患者讲解情绪与疾病的关系,让其面对现实,克服绝望心理,不仅要树立坚强的生活信心,还要对自己、对治疗、对护理充满信心。

2.1.3 患者的准备 (1)评估患者的营养状况,对其进行饮食指导。对4例吞咽困难的患者进行管喂饮食及静脉营养治疗,以增强患者对手术的耐受性,提高手术的成功率。(2)训练患者有效咳嗽,使患者在术后能有效地清除呼吸道分泌物,以保持呼吸道通畅。(3)训练患者床上大小便,用吸管饮水。(4)术前常规准备:备皮、备血及药物过敏试验等。

2.2 术后护理

2.2.1 搬运与体位 采用4人搬运法,取健侧卧位,嘱清醒的患者勿摆动头部,翻身时采用轴式翻身,以防脑移位。

2.2.2 病情观察 (1)严密观察神志、瞳孔、生命体征变化,每15~30 min巡视一次,及时正确作出格拉斯哥评分(GCS),并作详细的记录。(2)严密观察有无切口脑脊液漏及脑脊液耳漏,如有发现应及时通知医师处理。本组病例均未发生切口脑脊液漏,仅有2例发生了脑脊液耳漏。

2.2.3 呼吸道护理 注意保持呼吸道通畅,痰液黏稠不易咳出者,可给予雾化吸入,必要时给予吸痰。

2.2.4 头痛护理 术后3~7天是脑水肿的高峰期,致使颅内压升高,患者头痛较剧,遵医嘱及时、有效地给予脱水治疗,以降低颅内压;为了防止缺氧引起的脑水肿,术后遵医嘱给予低流量持续鼻导管吸氧;如病情许可,可取高斜坡卧位,以促进颅内静脉回流,缓解头痛。

2.2.5 引流管护理 妥善固定各引流管,严防引流液逆流引起颅内感染,注意保持各引流管通畅,并做好引流管的常规护理,注意观察引流液的颜色、量,如颜色鲜红、量超过500 ml,应及时通知医师给予处理,如正在进行脱水治疗,应暂停输入,同时向患者家属介绍各引流管的重要性,以取得配合。

2.2.6 饮食护理 患者术后饮食应遵医嘱,根据病情进行调整,对患者进行正确的饮食指导尤为重要。对面瘫引起的吞咽困难,术后禁食48 h,同时锻炼咳嗽反向功能;饮食温度不宜过高,量要少,吞咽动作要小,必要时给予鼻饲;进食后嘱勤漱口,每日给予口腔护理2次,适量多饮水,多食用粗纤维食物,注意保持大便通畅,嘱排便勿过分用力,以免引起颅内

出血。

2.2.7 脑脊液耳漏护理 (1)每天用3%过氧化氢溶液清洁消毒外耳道3次,棉球勿过湿,枕下铺无菌巾,保持干燥随湿随换。(2)外耳道禁止填塞冲洗或滴入药物。(3)维持平卧位,病情许可,可取患侧卧位,以促进耳漏尽早闭合。(4)注意观察脑脊液漏是否逐日减少,同时应警惕低颅压综合征的发生。本组2例脑脊液耳漏经合理的治疗与护理,分别于1周和3周痊愈。

2.2.8 眼睑不能闭合护理 由于面瘫可致眼睑闭合不全,可白天给眼药水滴入,晚上涂眼药膏,同时加盖凡士林纱布,可有效地防止角膜炎及角膜溃疡。本组3例面瘫致眼睑不能闭合的患者均未发生角膜炎及角膜溃疡。

2.3 出院指导 (1)休息与活动:全休半年,避免重体力劳动,适当活动,注意休息,1个月内少去公共场所,同时注意保持情绪稳定。(2)继续加强营养,保证营养全面摄入,每天饮水2 000 ml左右,注意保持大便通畅,如有便秘时排便勿过分用力,可用开塞露等缓泻剂。(3)坚持遵医嘱服药。(4)1个月免洗头,勿挠抓切口,以免引起切口感染,刺激瘢痕增生。(5)嘱患者坚持功能锻炼。(6)对带鼻饲管出院者,教会家属如何进行鼻饲及其注意事项。(7)定期门诊复查,随访。

3 讨论

岩斜区是由蝶骨、颞骨和枕骨三者相交形成的一个复杂区域。岩斜区占位病变的特点是其基底可附着于斜坡、岩尖、天幕缘、海绵窦等处。起源于第V、VII、VIII和IX~XI对颅神经内侧,常包裹基底动脉、颈内动脉及其分支和Willi's环。其病变的特点决定岩斜区手术难度很高,手术病死率及致残率高^[2]。乙状窦前入路为岩斜区及其周边肿瘤的切除提供了便利,是一种有效的治疗方法,为患者的治疗开辟了新的途径^[3],该入路的核心是围绕外耳道以岩骨为中心的进程^[4]。通过本组10例的治疗及护理,笔者体会到成功的手术治疗和完善的术前术后护理是使患者获得满意治疗效果的关键所在。因此,护理人员要积极配合医师切实做好围手术期的护理,减少手术并发症,提高患者的生存质量。

[参 考 文 献]

- [1] 王任直. 神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 680~713.
- [2] 王仲伟, 陈坚, 陈刚. 乙状窦前入路岩斜区肿瘤的手术治疗[J]. 中国综合临床, 2004, 20(1): 43~44.
- [3] 苏贺先, 桂松柏, 娄飞云, 等. 经乳突乙状窦前入路的临床应用[J]. 解剖与临床, 2004, 9(2): 94~96.
- [4] Kawase T, Shiobara R, Toya S, et al. Middle fossa transpetrosal transtentorial approaches for petroclival meningiomas[J]. Acta Neurochir(wien), 1994, 129(3-4): 113~120.