3 讨论

3.1 手术入路

腰骶椎结核病灶清除的手术入路既往一般选择下腹部"倒八字"入路或下腹部经腹腔入路。前者需要切断三层腹肌,取髂骨植骨需要从皮下游离显露髂骨或在髂脊另做切口。我们采取髂骨上缘腹膜外入路,可以在同一切口处理病灶和切取髂骨,且不切断肌腹,减少了手术创伤,与传统切口比较更接近病灶,便于处理。

3.2 腰骶部内固定

由于腰骶椎前部有血管阻挡,骶骨向后倾斜,手术操作空间有限,为腰骶椎力学稳定性的重建带来了很大的挑战。经后路手术行椎弓根钉棒内固定植骨融合是传统的治疗办法,但此方法需要分两次完成手术或者一次行两处切口,增加了手术创伤、手术时间、出血量及其他风险。而采用一期腹腔前入路行病灶清除、椎间植骨融合、前路内固定系统固定治疗腰骶椎结核,手术效果及术后随访结果良好[1]。表明经腹腔前入路可安全、充分地暴露腰骶椎结核病灶,在清除结核病灶后通过植骨、腰骶椎椎体前方自锁钢板内固定,可有效地重建腰骶椎稳定性。但是其样本量较少,脊柱外科医师开腹经验少,其自锁钢板不易得,限制了其方法的临床应用。

根据以往的临床经验,作者发现在腰骶部旁侧腰神经与髂血管之间有一定的间隙可以容纳内固定物,尤其是经过病灶清除、组织分离以后,使用单根椎体钉棒不会对神经血管等重要组织造成压迫、磨损。骶骨正常骨质残留 1 cm 以上者,使用直径 4 mm 或 4.5 mm,长度一般为 3 ~ 4 cm 的椎体钉。为了获得满意的固定效果,最好使钉穿透双侧椎体骨皮质。进钉点位于骶骨后上缘前下各约 3 ~ 4 mm,方向垂直于矢状面,残留骨质不规则时可以适当调整进钉方向,使用探针确认钉道未进入骶管,选择椎体钉长度以不进入骶管压迫骶神经为准。

3.3 椎体间髂骨植骨

自体骨移植是最常用的方法,容易取得、组织相容性好、活骨状态下植骨、愈合率高。为了取得最大的支撑力,宜选择三面皮质的髂骨,有条件情况下在腰骶骨相对面做成骨槽容纳髂骨块以免植骨块移位,残余椎体间空隙可以酌情植入剩余髂骨,注意椎管减压者避免植骨块移位进入椎管压迫神经。经过椎体侧方固定物卡压,可以防止植骨块松动退出。

[参考文献]

[1] 许建中,张泽华,周 强,等. 一期前路病灶清除植骨融合内固定治疗腰骶椎结核[J]. 中华脊柱脊髓杂志,2006,16(12):897 - 900.

[2] Bezer M, Kucukdurmaz F, Aydin N, et al. Tuberculous spondylitis of the lumbosacral region: long-term follow-up of patients treated by chemotherapy, transpedicular drainage, posterior instrumentation, and fusion[J]. J Spinal Disord Tech, 2005, 18(5): 425 - 429.

[3] Kalra KP, Dhar SB, Shetty G, et al. Pedicle subtraction osteotomy for rigid post-tuberculosis kyphosis[J]. J Bone Joint Surg(Br), 2006, 88(7): 925 - 927.

[4] 王文军,全必春,刘利乐,等. 前路病灶清除、植骨和 U 形钛板固定治疗腰骶段脊柱结核[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2005,15(12):729 - 731.

[5] 蓝 旭,许建中,刘雪梅,等. 前后联合入路病灶清除植骨融合内固定治疗腰骶椎结核[J]. 中国修复重建外科杂志,2011,25(10):1176 - 1179.

[6] Luk KD. Commentary: instrumentation in the treatment of spinal tuberculosis, anterior or posterior[J]. Spine J, 2011, 11(8): 734 - 736.

[7] Bridwell KR, Baldus C, Berven S, et al. Changes in radiographic and clinical outcomes with primary treatment adult spinal deformity surgeries from two years to three-to five-years follow-up[J]. Spine, 2010, 35(20): 1849 - 1854.

(编辑:兰阳军)

微血管减压治疗老年原发性三叉神经痛的护理

周 瑜[1],蒙秋悦[2],谢 君[1],肖立崇[1] (1. 重庆市九龙坡区第三人民医院外科,重庆 400080;2. 重庆市永川区人民医院外科,重庆 402160)

[**关键词**] 三叉神经痛;微血管减压术;护理

[**中图分类号**] R745.11 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2013)03-0339-02

随着人口的老龄化,原发性三叉神经痛(triginal neuralgia, TN)的患者正在逐年增加。微血管减压术(microvascular decompression, MVD)治疗 TN 目前已经得到广泛应用,但老年 TN 患者多由于基础疾病多,导致手术风险增大,影响疗效和预后[1],而采取有效的护理措施则能够起到显著的积极作用。现将我院 2003 年 12 月至 2011 年 8 月 32 例老年 TN 患者 MVD 治疗的护理体会报告如下。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303055

[**收稿日期**] 2013-02-16 [**修回日期**] 2013-03-26

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 32 例,男女比例为 13:19,年龄 62 ~ 79 岁,平均 67.3 岁;病程 2.5 ~ 24 年,平均 9.7 年。伴有高血压动脉硬化的患者为 19 例,Ⅱ型糖尿者 5 例,慢性支气管炎 2 例,腔隙性

脑梗塞 1 例。所有患者术前均为经药物治疗无法控制疼痛或不能耐受药物不良反应,入院后经检查排除手术禁忌症后行 MVD 治疗。

1.2 手术方法

全身麻醉下,患者患侧耳后沿发迹行 4 cm 切口,牵开皮肤肌肉显露乳突根部,钻孔开骨窗直径 3 cm,切开硬脑膜在显微镜下吸出脑脊液,剪开蛛网膜探查三叉神经根部,找到压迫三叉神经根的责任血管。显微剥离子游离责任血管后用 Tefflon 垫片与神经根隔离。

2 结果

本组 32 例患者,25 例术后疼痛完全消失,6 例明显缓解,小剂量卡马西平治疗症状得到控制,1 例术后疼痛无缓解。患者术后一般会出现轻微的头痛、眩晕、恶心、呕吐等,对症处理后消失;局灶性小脑梗死 1 例;周围性面瘫 6 例,手术后 1 ~ 6 个月恢复;暴露性角膜溃疡 2 例,1 ~ 2 个月后恢复;听力下降 1 例,无脑脊液外漏及脑出血病例,无其他严重并发症。

3 护理与讨论

3.1 术前护理

由于 MVD 手术操作区桥小脑角区的部位特殊,解剖结构复杂,且临近脑干,患者常对该手术操作具有较强的紧张、恐惧心理。老年患者具有基础焦虑心理、睡眠障碍的较多,术前常常出现急性应激障碍,紧张焦虑情绪加重,失眠加重,进一步影响血压,血糖、心功能等的稳定性,为麻醉、手术及预后带来不利因素。因此需耐心向患者讲解手术的相关知识及手术的安全性,以缓解其恐惧心理。同时可以安排已经手术成功的患者与其进行交流,增强患者信心。本组 4 例患者由于明显的情绪不稳定、焦虑、失眠,经心理辅导无法缓解,经阿普唑仑或奥氮平口服后明显缓解。

此外,由于老年 TN 患者基础疾病较多,术前应加强对血压、血糖的监测,以及心前区不适、眩晕等症状的观察,配合医生做好术前基础疾病的有效控制,使患者全身状况稳定,有利于减少围手术期并发症,特别是心脑血管病等严重的并发症也是可以避免的[2]。本组 32 例老年患者的手术并发症及不良反应少,恢复较迅速,未出现死亡病例。

3.2 术后护理

在 MVD 术后死亡的病例中,最常见的为切断岩静脉后导致小脑及脑干梗死,其次为小脑内出血或后颅窝的硬膜下血肿[3],因此术后应严密观察患者意识状态,生命体征,瞳孔大小以及有无头痛、恶心呕吐等颅压增高的表现。本组病例有 1 例术后一侧肢体共济失调,影像学检查提示小脑局灶性脑梗死,经及时治疗后未遗留明显神经功能缺损。此外,老年患者尤其是合并糖尿病的患者,切口愈合能力相对较差,容易发生脑脊液漏。术后应严密观察侧耳、鼻孔有无液体流出以及伤口敷贴的情况,并告知患者勿抠、挖及堵塞鼻孔,保持鼻孔清洁;保持大便通畅,防止大便用力而引起颅内压增高。严密观察患者生命体征以及心肺功能,避免长期卧床引起肺部感染、静脉血栓形成等。

另外,MVD 手术中可能反复牵拉面神经、听神经、三叉神经等,术后可能出现相应的神经功能障碍,如周围性面瘫、麻木、听力下降等[4-5]。老年患者往往术前已存在视力及听力障碍,因此,更需要对其视力及听力做好保护。患者出现面神经损伤时,做好眼部护理,用油纱布覆盖双眼,每 24 h 更换一次,抗生素滴眼液滴眼每 4 ~ 6 h 一次,预防角膜炎的发生;出现听力下降时,要及时报告医生给与相应治疗,并尽量在健侧与患者沟通,避免噪声,保持患者情绪稳定。本组出现暴露性角膜溃疡 2 例,经积极治疗和护理,分别在 1 个月和 2 个月后恢复;听力下降 1 例,经治疗后,日常生活无明显障碍。出现低颅压时应注意保持平卧或头低位,并适量补液;出现口唇疱疹是应注意口腔护理,并保持面部清洁等[6-7]。

3.3 出院指导

鼓励患者于术后进行康复锻炼,保持情绪稳定;保持血压、血糖稳定,不可擅自停药、调整剂量,以防病情反复;指导其进食低盐低脂饮食,并戒除烟酒等易损害微血管的不良生活习惯。嘱患者定期门诊随访,如有头痛、呕吐、颈项强直、听力减退等症状及时复诊。

综上所述,老年 TN 患者行 MVD 治疗的围手术期护理非常重要,手术前后的心理辅导、各种并发症的严密监测等系统的、细致的护理操作能够改善患者的预后,从而达到理想的治疗效果。

[参考文献]

[1] 陈春阳,刘子彪,周朝阳,等. 不同年龄三叉神经痛手术治疗的对比分析[J]. 立体定向和功能性神经外科志,2007,20(4):239 - 241.

[2] 肖立崇. 微血管减压术治疗老年原发性三叉神经痛[J]. 中国医药指南,2010,8(25):19 - 21.

[3] 陈国强,李 锐,郭 京. 三叉神经痛微血管减压术导致患者死亡的手术并发症[J]. 立体定向和功能性神经外科志,2004,17(1):44 - 46.

[4] Kalkanis S, Eskandar EN, Carter BS, et al. Microvascular decompression in the united states, 1996-2000: mortality rates, morbidity rates and effects of hospital and surgenvolumes[J]. Neurosurgery, 2003, 53(6): 1251 - 1262.

[5] 张永琴,梁景文,杨利孙. 三叉神经痛微血管减压术病人的护理[J]. 护理学杂志,2003,18(8):585 - 586.

[6] 王益华. 颏神经撕脱与局部粘膜埋藏治疗原发性三叉神经痛[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):104.

[7] 张竞文. 微血管减压手术治疗三叉神经痛的围手术期护理. 中国社区医师(医学专业),2012,14(1):334.

(编辑:杨爱军)