1 例经口腔至颅内穿通伤管状异物取出手术配合

朱 智,甘晓琴 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所手术麻醉科,重庆 400042)

[关键词] 经口腔至颅内穿通伤;管状异物;手术配合
[中图分类号] R [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)05-0570-02

开放性颅脑损伤合并颅内异物在临床并不多见,这类患者创面小,异物进入颅内时对脑的损伤不明确,在治疗和护理上都有一定的难度[1]。我院 2014 年 1 月 30 日收治 1 例管状异物自口腔内刺入颅腔患者,异物临近海绵窦及颈内动脉,术后患者恢复良好,疗效满意,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,6 岁,因管状异物刺入口腔、头部 8 h 入院。患者因口含风车塑料杆玩耍时不慎跌倒,向前扑倒致伤,当时患者无昏迷、呼吸困难,被抱起后哭闹,有鼻腔出血,无抽搐、肢体活动障碍。入院查体口腔内见管状异物刺入口咽部上后方,自右向左,管状异物用胶布固守于右侧口角,鼻孔见血性物质覆盖,四肢肌张力正常。急诊行头颅 CT 与增强提示:管状异物自口腔经上颚刺入中颅底,临近海绵窦及颈内动脉(图 1)。头颈部 CT 血管造影检查未见明显异常。

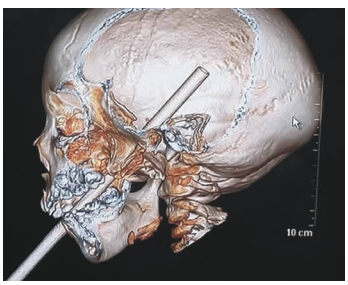


图 1 CT 提示管状异物自口腔经上颚刺入中颅底,临近海绵窦及颈内动脉

1.2 手术方法

经麻醉科会诊后立即手术,采用左侧额颞弧形切口入路常规开颅后显微镜下锐性分离侧裂,向侧裂深部分离至显露左侧颈动脉,抬起颞叶显露中颅底,可见异物自中颅底颈内动脉外侧穿入颅内,并进入颞叶。判断异物未累及周围血管后,拔出约 6 cm 后显露异物管头端,头端呈子弹头形,在颅底处被卡住无法从原伤口处拔出,术中决定在中颅底自头端远侧用尖嘴咬骨钳咬裂异物,再用剪刀逐步剪断异物。异物头端自颅内取出,余下部分从口腔拔出。

1.3 手术配合

1.3.1 巡回护士配合 患者进入手术间后要仔细核查患者,严格无菌操作,正确连接各仪器设备的导线,准备好加温输液装置和自体血回收机。备好开颅用的动力系统及显微镜,备好各种止血材料及硬脑膜补片。术中使用 38℃生理盐水冲洗伤口,避免低温对脑组织的刺激。将患者过床时注意保护头颈部,避免二次损伤。提前准备好各个手术进程可能需要的器械,严密观察手术进程,及时提供医生所需物品,尽量缩短手术时间。根据手术的进展做出预判,严密观察病情,出现突发情况时要快速做出反应,配合麻醉医生做好抢救的准备。

1.3.2 器械护士配合 麻醉成功后,取仰卧头侧位,头架固定,头颈部切口一起消毒铺巾,先取左侧上颈部横行切口,切开皮肤,逐层分离皮下组织至颈总动脉,颈总动脉套入 1 根 8 号橡胶尿管湿纱布覆盖伤口备用。沿标线切开头皮及皮下各层至硬脑膜,骨窗四周悬吊硬脑膜后剪开硬脑膜。此时可见脑组织较饱满,波动正常。显微镜下锐性分离侧裂,放出部分脑脊液,向侧裂深部分离至显露左侧颈内动脉(以备拔除异物如发生大量出血,可临时阻断颈内动脉)。抬起颞叶,显露中颅底,可见异物自中颅底颈内动脉外侧穿入颅内,并进入颞叶。判断异物未累及周围血管后,再次消毒口腔及周边皮肤后铺巾,自口腔残端缓慢拔除异物管,拔出约 6 cm 后显露异物管头端,头端呈子弹头形,前小后大,直径约 0.8 cm,在颅底处被卡住无法从原伤口处拔出,术中决定在中颅底自头端远侧用尖嘴咬骨钳咬裂异物,再用剪刀逐步剪断异物。异物头端自颅内取出,余下部分从口腔拔出,此时需要动作精准稳妥,要避免盲目摘除以造成脑组织更大损伤。拔除残端后用生理盐水 500 mL 加庆大霉素 4 万 U 反复冲洗创面避免颅内遗留异物杂质防止术后颅内感染,更换器械后取筋膜覆盖修补中颅底缺损处,查无出血后,清点纱布、棉片及器械对数,人工硬脑膜补片无张力修补硬膜,骨瓣复位固定,逐层缝合头部及颈部伤口,并协助医生包扎。

2 结果

手术时间 6 h,术中出血约 150 mL,术后 15 min 患者清醒带管安返病房。患者术后 2 周恢复良好,无头痛、头昏、抽搐、发热,无行走不稳,神清语利,头颈部切口及上颚伤口愈合良好,口鼻腔未见异常分泌物流出,无相关并发症。

3 讨论

因影像检查不一定能完全反映颅内异物的情况,手术风险高,在取出异物的过程中,可能发生的情况较复杂,人员及物品应准备充分,根据探查情况灵活处理。做好术中大出血的准备工作,除了深静脉外,应再开放 2 条大的静脉通路,连接输血器及加温输液设备,提前安装自体血回收机的储血罐,如遇术中大

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405055
[收稿日期] 2014-05-23 [修回日期] 2014-06-10

出血立即进行自体血回收。因手术时间不确定,器械护士要做好长时间手术的准备,密切配合手术。

患者在全麻状态下安装头架,搬动时要注意保护患者头部。因手术的特殊性,手术时间不确定,为保护患者皮肤,应在手术床上放置啫喱体位垫,保持床单平整干燥无杂质,做好保暖工作。手术视野比较小,为减少感染的扩散,术中配置生理盐水 500 mL 加庆大霉素 4 万单位冲洗液,随时冲洗异物周围的脑组织。器械护士应对术中所有接触过异物及周围组织后还需继续使用的器械用 0.05% 的碘伏消毒液进行消毒。异物取出后,以生理盐水 500 mL 加庆大霉素 4 万单位冲洗液反复冲洗创面以防止术后颅内感染,更换器械并覆盖新的敷料在切口周围。

术中应保持充分的手术空间和手术视野及安静的手术氛围,以保证医生不受干扰地进行手术从而确保手术的安全,这一点在多科、多专业医生协同手术时极为重要[2]。术前要仔细询问异物性质和致伤特点,如异物形状、材质和射速等,根据异物的材质准备好可能使用的器械,以便术中医生选用[3]。该病例中异物头端呈子弹头形状,术中无法从口腔拔除,需行颅内分离再分别取出异物,这就要求提前准备好相关器械。术后患者在意识恢复过程中要妥善固定好四肢,避免因各种管道造成的不适导致患者昏迷迁延、烦躁,意外拔脱管道。患者在开放性颅脑损伤由于硬脑膜破裂、脑实质挫碎及异物存留,更易导致癫痫[4]。巡回护士应协助医生密切观察患者,及时处理。癫痫发作时更应保持呼吸道通畅,发作时将患者头偏向一侧,及时配合麻醉医生静脉给予镇静药,避免舌部咬伤及堕床发生。

[参考文献]

[1] 江　兰. 开放性颅脑外伤合并颅内异物存留的急救与护理[J]. 中国医药指南,2012,10(32):633.

[2] 张　鸿,刘彩萍,叶　兰. 2 例眼眶鼻窦颅内异物经鼻内窥镜取出术的手术护理体会[J]. 亚太传统医药,2009,5(5):166 - 167.

[3] 刘宏伟. 穿透性颅脑损伤伴颅内异物 1 例[J]. 武警后勤学院学报(医学版),2013,22(4):311 - 312.

[4] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 湖北:科学技术出版社. 2005:476.

(编辑:魏　源)

头静脉变异 1 例

陈　英[1],韩　飞[1],程学梅[1],蒋　静[1],朱华兵[1],曹　磊[1],彭春梅[1],雍刘军[2]　(成都医学院:1. 2012 级临床医学本科班;2. 解剖学教研室,成都 610500)

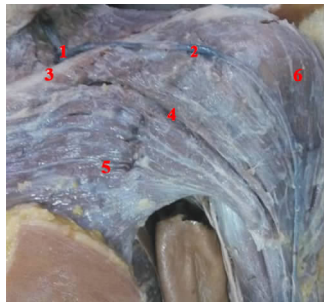
[**关键词**] 变异;头静脉;解剖

[**中图分类号**] R322　[**文献标识码**] B　[**文章编号**] 1672-5042(2014)05-0571-02

头静脉变异较多,但是汇入颈外静脉的较少见。正常情况头静脉应起自手背静脉网的桡侧,在臂前区,行于肱二头肌外侧沟内,经三角肌胸大肌间沟内穿锁胸筋膜注入腋静脉或锁骨下静脉[1-2]。本文作者在实体解剖实验课上解剖 1 具女尸标本时,发现 1 例头静脉走行及注入方式变异。为积累解剖学资料,现报告如下。

1　材料与方法

用常规方法解剖 1 具女尸,显露上肢皮下组织及浅静脉,见该具女尸左侧头静脉(外径约 0.20 mm)起自手背静脉网的桡侧,在前臂走行无异常。在肘窝处肘正中静脉自外下向内上头静脉与贵要静脉交通,之后头静脉沿臂外侧上行[2],经三角肌外侧达肩峰前方,距肩峰 4.4 cm,在锁骨中外 1/3 处跨过锁骨沿锁骨上缘向颈根走行,最终汇入了颈外静脉(图 1)。头静脉在手臂和前臂走行无异常,三角肌胸大肌间沟明显存在沟内无血管走行。右侧头静脉走行同左侧。



1:颈外静脉;2:头静脉;3:锁骨;4:三角肌胸大肌间沟;5:胸大肌;6:三角肌

图 1　头静脉变异

2　讨论

本例头静脉变异为头静脉汇入颈外静脉,该变异的存在提醒我们在做乳腺癌根治术或肩关节手术时,应妥善保护好头静脉,不可盲目切断、结扎,以防止血液回流障碍[1]。另外在做心脏插管术时多在三角肌胸大肌间沟内,通过头静脉穿刺来插管实施,如有头静脉变异,将导致插管困难,因此为了确保手术顺利实施,术前头静脉造影,予以确认非常必要。造影确认后,为减轻患者痛苦,在穿刺时以 35° ~ 40° 时进针,针尖穿过皮肤后直接进入静脉[3]。在临床骨外科手术中,如果患者出现了此类

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405056

[**基金项目**] 成都医学院教学改革资助项目(JG201201)

[**通讯作者**] 雍刘军,男,成都医学院解剖学教研室,E-mail:11879514@qq.com

[**收稿日期**] 2014-04-20　[**修回日期**] 2014-05-13