枕骨大孔区脑膜瘤的围手术期护理

杨惠清,赵 欣,张梦莹,胡志刚 (南京军区南京总医院神经外科,江苏 南京 210002)

[关键词] 枕骨大孔,脑膜瘤,护理
[中图分类号] R739.45 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)01-0108-02

枕骨大孔区脑膜瘤(tumors of the foramen magmum,FMMs)是枕骨大孔区最常见的良性肿瘤[1]。颈痛往往是其早期唯一症状,而感觉、运动功能障碍、后组颅神经症状常在疾病晚期出现。由于枕骨大孔附近有延颈髓、后组颅神经、椎动脉等重要结构,手术风险大,术后并发症多,护理难度大[2]。本文总结了我院近 8 年来收治的 15 例患者,治疗效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

共 15 例患者,其中男 7 例,女 8 例,年龄 13 ~ 75 岁,平均 52.6 岁。病程 1 ~ 48 个月,平均 16.5 个月。临床表现以颈枕部疼痛 6 例,单侧肢体麻木、乏力 3 例,双侧肢体麻木、乏力 2 例,吞咽困难、声音嘶哑、饮水呛咳等后组颅神经症状 2 例,行走不稳 1 例,另有 1 例术前出现脑干功能障碍(意识障碍、呼吸困难、血压降低)。本组患者采取全身麻醉,均行显微手术治疗,其中全切除 13 例,2 例次全切除。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理 介绍手术治疗的大致步骤、术后可能出现的不适症状及护理注意事项,介绍既往成功病例,有条件时带领患者和家属探望科室同类患者,予以现身说法,利用成功病例增强其信心。本组 15 例患者术前均与护理人员进行沟通交流,未发现心理问题,能积极配合治疗。指导患者进行深呼吸、有效咳嗽、排痰、床上轴位翻身等动作,鼓励患者吹气球以锻炼肺活量,向患者介绍颈托的佩戴方法和注意事项。注意倾听患者的主诉,2 例患者颈部疼痛明显或加剧,遵医嘱使用英太青止痛药,疼痛暂时得到缓解。1 例肢体麻木,行走不稳患者给予安全护理。本组 1 例患者术前有脑干功能症状,进行持续生命体征监测,吸氧、保持呼吸道通畅等对症处理,急诊在全麻下行枕大孔区肿瘤手术治疗。

1.2.2 术后护理 主要有:①病情观察。心电监护 48 ~ 72 h,出现异常及时通知医师处理。气管插管保留 48 ~ 72 h,每 15 ~ 20 min 观察记录生命体征 1 次,同时观察记录患者面色、呼吸频率、节律、血氧饱和度及有无呼吸困难等,待各项指标正常后,再拔除气管插管,并指导佩戴颈托,保持头、颈、脊柱一致。②体位护理。术后去枕平卧位,间歇佩戴颈托, 翻身时由 2 名以上护士配合进行,动作注意轻、稳、一致,一人负责头颈部,一人负责躯干,呈轴位翻身,严禁拖、拉等动作,翻身后观察患者呼吸情况。清醒患者翻身后可询问患者感受,术后未清醒患者观察呼吸的节律、频率和血氧饱和度等参数。在翻身前妥善固定各引流管在位通畅。③并发症的观察和护理。枕大孔区脑膜瘤术后 72 h 密切观察患者意识、瞳孔、呼吸等,谨防并发枕骨大孔疝,一旦发现患者意识进行性障碍或呼吸节律改变等,立即复查头颅 CT 确定是否有术区出血,确诊有血肿者立即着手准备急诊行血肿清除术[3]。术后常规进行洼田饮水试验,检查有无呛咳等症状,14 例患者洼田试验结果为 a 或 b 级。其中 1 例患者术后洼田饮水试验结果为 e 级,并发后组颅神经损伤,表现为吞咽障碍、声音嘶哑和呃逆等症状,给予早期鼻胃管,2 周后神经功能恢复,复测洼田实验结果为 b 级。

2 结果

1 例术前出现脑干功能障碍,急诊手术治疗后生命体征逐渐平稳,院外进行康复治疗,但 1 年后死于痰液窒息;1 例患者术后并发急性梗阻性脑积水、呼吸衰竭,虽行脑室外引流术、气管切开、呼吸机控制呼吸等抢救措施,仍于术后 17 d 因肺部感染、呼吸衰竭死亡;1 例术后 1 周体温波动在 37.4 ~ 38.5℃,在局麻下腰穿取脑脊液常规检查,确诊颅内感染,立即积极使用抗生素静脉滴注,辅以腰穿持续引流 7 d,每日更换引流瓶并引流出淡黄色脑脊液 280 ~ 340 mL,患者 1 周后拔除引流管,康复出院。2 例术前存在后组颅神经功能障碍者术后好转,1 例患者在术后新出现短暂性后组颅神经功能障碍,2 周后恢复。15 例患者手术病理均确诊脑膜瘤,肿瘤直径 2.5 ~ 4 cm。

3 讨论

在护理工作中,术前需认真全面的评估患者全身状况,并做好术前健康教育。一方面主治医师对患者家属进行详细的术前谈话,解释术中可能出现的并发症及处理对策,让家属充分认识疾病和治疗,以取得配合;另一方面护理人员对家属详细介绍手术的经过、家属需要配合的注意事项,术后可能出现的并发症、术后患者的不适感及护理要点等,让患者和家属充分感受到医护人员的专业性,以取得理解和配合,增强治疗的信心。术后密切观察病情,尤其是患者的意识、瞳孔、生命体征、肌力和伤口敷料等情况及患者呼吸、血压、心率等生命体征,由于枕骨大孔区脑膜瘤位于脑干和颈髓衔接部位,位置特殊,又临近上颈髓及脑神经,术中轻度刺激、牵拉,极易造成神经核血管损伤,而引起并发症[4-5]。严密监护生命体征变化,以保证各项监测及时、准确。加强对症护理,早期发现并发症并及时处理,是保证手术效果的关键。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401055
[收稿日期] 2013-07-01 [修回日期] 2013-07-20

［参考文献］
[1] 周建中,石士奎,袁维军,等. 枕骨大孔区脑膜瘤的 MRI 诊断[J]. 医学信息(内. 外科版),2009,22(4):347 - 349.
[2] 刘 佳,陈治标,王军民,等. 远外侧入路切除枕骨大孔区腹侧及腹外侧脑膜瘤的显微手术探讨(附 11 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志,2012,17(6):331 - 332.
[3] 张 兰,崔益钿. 显微外科手术治疗枕骨大孔区肿瘤 36 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(2):37 - 38.
[4] 刘 琰,张 莉,孙冬雪. 经远外侧入路切除枕骨大孔区前外侧肿瘤的护理[J]. 护理学杂志(外科版),2007,22(6):18 - 19.
[5] 高会宁,杨 巍. 枕骨大孔区脑膜瘤术后护理体会[J]. 哈尔滨医药,2000,20(3):87 - 88.

（编辑:杨 颖）

1 例静脉滴注长春瑞滨渗漏的护理体会

王泽惠,陈显春 （第三军医大学西南医院乳腺外科,重庆 400038）

［**关键词**］长春瑞滨;渗漏;护理;
［**中图分类号**］R737.9 ［**文献标识码**］B ［**文章编号**］1672-5042(2014)01-0109-01

长春瑞滨是一种半合成的长春花生物碱类化合物,抗癌谱广,在治疗晚期乳腺癌具有良好的效果。我科于 2013 年 2 月,1 例患者签署拒绝采用中心静脉置管(CVC)和经外周深静脉置管(PICC)输注长春瑞滨的知情同意书后,在外周左前臂静脉置留置针输注长春瑞滨发生渗漏致皮下组织严重反应,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

患者,女,41 岁,右乳癌术后肺转移,一般情况好,行酒石酸长春瑞滨,40 mg 加入生理盐水 250 mL 中静脉滴注,在输注过程中,护士巡视发现静脉穿刺点上方周围组织稍肿胀,疑似渗漏,查有回血,液体滴速正常,无疼痛,皮肤颜色正常。立即停止输注,用生理盐水 10 mL、2% 利多卡因 5 mL、地塞米松 5 mg 混合液作局部封闭治疗,用冰袋间断冷敷,涂擦喜疗妥软膏,50% 硫酸镁湿敷,每日交替进行,抬高患肢。第 6 天皮肤出现发红,灼热明显,区域 9 cm × 6 cm;用 0.02% 呋喃西林液500 mL 加地塞米松 20 mg 局部湿敷;第 7 天发红皮肤中间出现 4 cm × 3.5cm多个水泡区(图1a),灼热、疼痛影响睡眠,口服止痛片 1 片 2 次/日;第 10 天发红皮肤范围缩小至 6 cm × 4 cm,疼痛及灼热减轻,水泡表皮脱落,形成溃疡面 4 cm × 3.5 cm,创面湿润、新鲜,每日外科换药,保持干燥;第 15 天不用服用止痛片能入睡,局部皮肤溃疡面逐渐愈合形成一层薄痂,继续外科换药 2 日 1 次(图 1b)。



a:第 7 天发红皮肤出现水泡;b:第 15 天局部皮肤溃疡面逐渐愈合形成一层薄痂;c:第 57 天创面愈合

图 1 左前臂静脉输注长春瑞滨渗漏

2 结果

第 57 天创面痂下愈合,结痂脱落后皮肤有色素沉着,压之有麻木感(图 1c)。

3 讨论

在常用化疗药中以长春瑞滨所致的静脉炎的局部渗漏损伤最为常见也最严重,文献报告长春瑞滨静脉用药 93.3% 的患者可发生静脉炎[1-2]。长春瑞滨为发疱性药物,对血管刺激较大,外周静脉化疗时极易引起药物外渗和静脉炎,导致局部红肿、疼痛、周围组织坏死,严重者需外科清创、植皮,这不但给患者带来躯体上、心理上的痛苦,也给医护人员带来极大的心理压力,处理不当将引起医疗纠纷。化疗前首先对患者进行全身和局部情况的评估,同时做好宣教工作。其次,护士应掌握药物的相关知识和熟练掌握操作技能,合理的选择静脉,增强安全防范意识。大多数患者因为经济条件拒绝采用中心静脉置管(CVC)和经外周深静脉置管(PICC),应签署知情同意书后采用外周静脉留置针,在输注的过程中密切地巡视,听取患者的主诉,发现疑似渗漏或渗漏应积极地处理,促进化疗的顺利完成,提高护理质量,减轻患者痛苦,减少医疗纠纷的发生。

［参考文献］
[1] 黄惠梅. 预防化疗药物外渗的安全管理[J]. 基础医学论坛,2010,14(21):597 - 598.
[2] 张超男,方爱军. 减轻去甲长春新碱所致局部反应的给药方法[J]. 中华护理杂志. 2001,36(3):227.
[3] 杜 洪,邹春莉. 可来福接头在留置针静脉输液中应用的效果观察[J]. 局解手术学杂志,2011,20(3):328.

（编辑:杨 颖）

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401056
［**收稿日期**］2013-10-10 ［**修回日期**］2013-10-25