DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.20.012

全切，3例大部分切除，不能切除的原因为通过导航棒探查到肿瘤已进入到脑室外面如丘脑，切除会造成功能障碍，其中1例术后偏瘫便是因为切除过多造成，1例死亡系因术后出血和脑水肿而致。总之，应用神经导航系统辅助显微神经外科手术，可事先设计安全的手术入路，有利于避免由于手术中误伤脑重要结构，有效地保护神经功能。与常规手术相比，具有定位准确、手术创伤小、术后恢复快及并发症少等优点。

参考文献：

[1] Jelinek J, Smirniotopoulos J G, Parisi J E, *et al*. Lateral ventricular neoplasms of the brain: differential diagnosis based on clinical, CT, and MR findings[J]. AJR Am J Roentgenol, 1990, 155(2): 365—372.
[2] 朱 刚，高伯元，王宪荣. 第四脑室脑膜瘤—附3例报告[J]. 第三军医大学学报，1996，18(1)：12.
[3] Spetzger U, Laborde G, Gilsbach J M. Frameless neuronavigation in modern neurosurgery[J]. Minim Invasive Neurosurg, 1995, 38(4): 163—166.
[4] Ganslandt O, Behari S, Gralla J, *et al*. Neuronavigation: concept, techniques and applications[J]. Neurol India, 2002, 50(3): 244—255.
[5] Tuominen J, Yrjana S K, Katisko J P, *et al*. Intraoperative imaging in a comprehensive neuronavigation environment for minimally invasive brain tumour surgery[J]. Acta Neurochir Suppl, 2003, 85(1): 115—120.
[6] Schulder M, Sermas T J, Carmel P W. Cranial surgery and navigation with a compact intraoperative MRI system[J]. Acta Neurochir Suppl, 2003, 85(1): 79—86.

（编辑 王 红）

文章编号：1000-5404(2003)20-1803-01

个案与短篇

气管造口镍钛合金支架埋植术的护理

Nursing care for patients with Ni-Ti alloy stent implantation in tracheostomy

肖 利，黄茂华 （第三军医大学附属西南医院耳鼻咽喉科，重庆 400038）

喉癌是耳鼻咽喉科常见的恶性肿瘤，目前主要的治疗方法是手术切除[1]。气管造口支架埋植术是目前预防和治疗全喉切除后气管造口狭窄的新方法[2]。我科自2001年10月以来，对16例患者进行全喉切除联合气管造口支架埋植术，取得了满意的临床效果，现将护理体会总结如下。

1 临床资料

全组16例病人，男15例，女1例，年龄38～72岁。手术均在全麻下行全喉切除术加气管造口支架埋植术。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 术前应做好宣教，全喉切除术后植入气管支架是耳鼻喉科的新业务新技术，患者担心手术的效果，所以医护人员应给患者讲解有关支架植入术的基本知识，介绍此种手术的优点及成功病例，以缓解其心理压力，稳定性情绪使其积极配合治疗。

2.1.2 手术前几日开始进行手语练习，并让家属备好纸和笔。指导患者进食高蛋白、高维生素、高热量易消化的清淡饮食。手术前3天用1∶5 000呋喃西林液漱口，4次/d，以保证口腔清洁。手术前一天做好常规术前准备，备齐术中用物。

2.2 术后护理

2.2.1 术后常规护理 全麻未醒者按全麻术后护理常规，清醒后取半坐卧位，头稍前倾，有利于颈部伤口引流，减轻颈部组织充血、水肿，促进伤口愈合。术后病人丧失发音功能，需由专人守护，了解病人需求。病房定时通风，保持空气清新。

2.2.2 加强病情观察 术后持续心电监护及低流量吸氧24～48 h，重视血压和血氧饱和度的改变。严密观察伤口有无出血及皮下气肿现象，如有少量出血，可用纱布压迫止血，但影响呼吸，出血多时须通知医生处理。

2.2.3 保持呼吸道通畅，预防呼吸道感染 手术初期患者处于交感神经心奋状态，痰液粘稠，加上有新鲜伤口，不能有效咳嗽，因此，护理中应及时吸出痰液，操作时严格无菌操作，动作轻柔。加强气道湿化和雾化吸入，气管内滴入抗生素药液及粘液溶化剂(氯霉素眼药水内加α-糜蛋白酶，在每次吸痰后，当患者呼气末时滴入气管内，3～5滴/次)，并鼓励病人自行咳嗽咳痰，指导家属给患者拍背协助排痰。

2.2.4 留置胃管的护理 全喉切除术后致颈部组织水肿，出现吞咽困难，进食易致呛咳、胃液返流污染伤口，或者刺激伤口出血。胃管一般留置10 d左右，同时可增加营养和水分，增强机体抵抗力，改善身体状况。所以，应注意保护胃管，防止脱落。术后第3天开始注入高蛋白、高维生素、高热量的流质饮食，4～6次/d。注意食物及注射器的卫生，以免引起腹泻。胃管注入流质不宜超过200 ml/次，推注不能过快，以免引起呕吐、返流呛入气管。每次推注后应用10 ml温开水冲洗胃管，防止胃管堵塞。

2.2.5 颈部气管造瘘口的护理 ①保持颈部造瘘口周围清洁，随时擦净周围的分泌物，有利于伤口愈合。②造瘘口用湿纱布遮盖，避免食物及其它异物进入造瘘口内，引起呛咳或吸入性肺炎。③造瘘口每日用碘酊、乙醇消毒，局部涂以金霉素眼膏，以防感染。④注意观察造瘘口的直径，每次换药时用直尺测量造瘘口的直径大小，并教会家属其观察方法。

（下转1806页）

作者简介：肖 利(1979—)，女，重庆市人，护师，主要从事耳鼻咽喉科临床护理方面的研究。电话：(023)68754000—73143

收稿日期：2003-03-14；修回日期：2003-09-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

面神经。面神经将被明显拉长、受压变扁,并被肿瘤推向前上方或前下方,甚至嵌入瘤体内。特别是大型神经鞘瘤,面神经因为受压变薄,往往与肿瘤的包膜紧贴,即使在显微镜下也很难辨别。一般来说,面神经虽被大型听神经鞘瘤挤压、移位,但在脑干的起始部是相对固定的,常被挤向前上方或前下方,且紧贴于脑干表面,故在脑干侧容易找到面神经,并从脑干起始部开始分离面神经,这样可以最大限度地避免损伤面神经。随着术中神经功能监测技术的广泛应用,对面神经解剖及功能的保留有了很大的提高。国内近年的资料显示在大型和巨大型的听神经瘤的手术切除中,面神经解剖保留率为28.8%~90%不等[4,5]。本组行面神经术中监测28例,面神经解剖保留25例,总的面神经解剖保留率68例(72.3%),出院时面神经功能保留率按照House分级Ⅰ~Ⅱ级42例。

3.4 听力的保存

对于某些大型听神经瘤听力尚存的病例,国外学者在保全听力的技术方面进行了多方面的研究,包括手术入路的选择及术中脑干听觉诱发电位(Brainstem audiotory ewked potential,BAEP)的监测。直接记录来自听神经的反应以证实为听神经颇为重要,但最重要的是对听觉功能的瞬间监测,可在术中操作引起牵拉或压迫神经时提供信息以避免损伤。随着显微神经外科技术的发展,手术治疗不仅要求尽量全切肿瘤,还要求尽量保留听力。98例病人中10例保留了听神经解剖结构的完整性,2例保留了部分听力。一般认为影响听力保存的因素主要有:①手术入路的选择:枕下乙状窦后入路、扩大的乙状窦前入路有利于保留听力,而经迷路入路因为容易损伤听神经则很难保存听力;②肿瘤的大小:肿瘤越大,听力保存的几率便愈小;③肿瘤与听神经的粘连:粘连越紧,听力保存的几率愈低;④肿瘤的生长方向:向内听道尾侧或前方生长的肿瘤听力保存的几率大。另外,术中在全切除肿瘤的基础上保护好迷路动脉及耳蜗神经是听力保全的关键[6]。

3.5 术后并发症的处理

3.5.1 术后并发症的出现与肿瘤的大小及术中对血管神经、脑干等重要结构的保护密切相关。后组颅神经损伤致吞咽困难、进食呛咳、误吸等极易引发肺部感染,对于这类病人可以根据情况尽早给予鼻饲流质饮食及气管切开,并给予相应的抗炎处理。急性期过后可以缓慢地训练进行一侧进食,防止呛咳。本组有1例病人因进食不慎导致剧烈咳呛,误吸致呼吸心跳停止而死亡。

3.5.2 因三叉神经及面神经损伤而致眼睑闭合不全、神经性角膜炎等,术后应尽早给予局部抗炎治疗,并根据损伤的程度将病侧眼睑作暂时性或永久性缝合,以保护角膜。本组有9例病人行病侧眼睑缝合,仅1例出现角膜溃疡导致失明。对于永久性面瘫的患者,则可作面-副神经或面-舌下神经吻合术[7]。

参考文献:

[1] Hanabusa K, Morikawa A, Murata T, *et al*. Acoustic neuroma with malignant transformation. Case report[J]. J Neurosurg, 2001, 95(3): 518-521.

[2] Martin H C, Sethi J, Lang D, *et al*. Patient-assessed outcomes after excision of acoustic neuroma: postoperative symptoms and quality of life[J]. J Neurosurg, 2001, 94(2): 211-216.

[3] Browning S, Mohr G, Dufour J J, *et al*. Hearing preservation in acoustic neuroma surgery[J]. J Otolaryngol, 2001, 30(5): 307-315.

[4] 章 翔,张剑宁,费 舟,等. 显微手术切除大型听神经瘤的面神经功能保护[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2002,1(2):116-119.

[5] 于春江,王忠诚,关树深,等. 听神经瘤切除面神经保留技术探讨[J]. 中华神经外科杂志,2001,17(3):174-177.

[6] Moriyama T, Fukushima T, Asaoka K, *et al*. Hearing preservation in acoustic neuroma surgery: importance of adhesion between the cochlear nerve and the tumor[J]. J Neurosurg, 2002, 97(2): 337-340.

[7] Wiet R J, Mamikoglu B, Odom L, *et al*. Long-term results of the first 500 cases of acoustic neuroma surgery[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2001, 124(6): 645-651.

(编辑 王 红)

(上接1803页)

3 结果

本组病例经过加强心理护理及健康教育,严密观察病情,无1例护理并发症发生。

4 体会

传统全喉切除后患者需终生佩带气管套管,它给患者带来了许多不便。如:①颈前气管套管摆动,刺激性咳嗽不断,痰液分泌增多。②术后需每日定时地消毒维护气管套管,且偶有不慎,气管套管脱出体外,可造成呼吸困难等险情。③颈前气管套管及固定的绷带影响观瞻。而气管造口支架就克服了这些不便,提高了生活质量,为此患者将术后不用带套管当成乐意的选择。

全喉切除术后气管造瘘口为患者惟一的呼吸通道,因此保持呼吸道通畅至关重要。对患者及家属进行合理有效的健康教育,具有非常重要的作用,使患者能主动配合医护人员完成治疗,达到满意疗效。

关键词:支架;埋植术;护理
中图法分类号:R473.76 文献标识码:B

参考文献:

[1] 黄选兆. 耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1990. 165-168.

[2] 陈仁杰,徐其昌,林子萍. 喉全切除后气管造口值入式镍钛合金支架研制和临床应用[J]. 耳鼻咽喉头颈外科,2001,8(1):11.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net