

神经内镜联合 ommaya 囊置入治疗重症脑室铸型的护理

符慧芬, 于正涛, 李萍, 夏鹰

(海口市人民医院神经外科, 海南 海口 570311)

【关键词】 脑室铸型; 神经内镜; ommaya 囊; 护理

【中图分类号】 R651.1[†] 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003—6350(2016)18—3090—02

继发性脑室出血尤其是脑室铸型出血致死及致残率较高,其死亡率高达 60%~91%^[1]。对于危重症脑室铸型患者,短时间死亡率极高。该病的传统治疗方法主要为行脑室外引流术,术后持续引流并经脑室外引流管注入尿激酶,对于重症及危重症脑室铸型患者,并不能改善患者预后,还经常会出现并发感染、引流管不通畅、血肿引流较慢、急性脑积水及引流时间过长等问题。故早期清除脑室内血肿及短时间打通脑脊液循环通路是改善患者预后的主要途径。近两年我科采用神经内镜联合 ommaya 囊置入治疗危重症脑室铸型患者,临床效果较好,现将其治疗效果和护理方法报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院神经外科 2014 年 1 月至 2015 年 12 月治疗的 18 例重症脑室铸型患者,男性 12 例,女性 6 例,年龄 38~76 岁,平均 61 岁。术前均经影像学资料证实为脑室铸型。术前意识障碍用格拉斯哥评分(GCS)计算,3 分 1 例;3~5 分 6 例;6~8 分 11 例。术前 1 例双侧瞳孔散大至 6.0 mm,呼吸弱,呈深昏迷

状态;病灶侧瞳孔散大 6 例,光反应消失;余 11 例瞳孔正常或缩小,对光反应灵敏或迟钝。CT 表现均为全脑室铸型患者。

1.2 治疗方法 急诊科完善术前准备,送手术室急诊手术;仰卧位,冠状缝前 2 cm,中线旁开 2.5 cm 为穿刺中心,切开头皮,颅骨钻孔后较常规扩大骨窗,约 2.0 cm 剪开硬膜脑皮质电凝后用脑室穿刺针确定脑室位置,沿穿刺道导入神经内镜,进行脑室内血肿清除及反复冲洗,必要时经室间控进入三脑室,清除三脑室内血肿组织;对侧用同样方法进行血肿清除;在神经内镜直视下放置 ommaya 囊,并固定于皮下,常规行头皮针穿刺 ommaya 囊并接无菌引流装置,进行持续外引流。手术结束后,17 例患者再行气管切开术,1 例患者病情危重,无自主呼吸,留置气管插管。

2 结果

1 例患者术后无自主呼吸,予以机械通气维持呼吸,于术后第 3 天出现中枢性循环衰竭死亡;无明显改善 5 例,为迁延性昏迷;好转 12 例;17 例患者中无一例出现脑积水。

基金项目:2010 年海南省卫生厅重点科研课题(编号:琼卫 2010 重点-07)

通讯作者:符慧芬。E-mail:13307535738@163.com

参考文献

- [1] 涂伟妹,刘佩蓉,郭爱英,等.初产妇在第二产程中采取自由体位联合无保护会阴接生对分娩效果的影响[J].实用临床医学,2014,15(8):68-69,92.
- [2] 张燕.产妇在第二产程中采取自由体位对分娩效果的影响[J].中国保健营养(中旬刊),2014,24(3):1578-1579.
- [3] 韩翠存,姜梅.侧卧位接产在第二产程中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2015,12(30):3608-3610.
- [4] 倪小凤,蒋小华.两种不同分娩体位对第二产程中的影响分析[J].医学信息,2015,4(36):95-96.
- [5] 魏素花,叶晓东,蒋芳等.在第一产程中自由体位待产对分娩结局的影响[J].中国生育健康杂志,2015,26(1):49-50.
- [6] Gilboa Y, Kivilevitch Z, Spira M, et al. Head progression distance in prolonged second stage of labor: relationship with mode of delivery and fetal head station [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2013, 41(4): 436-441.
- [7] 刘志梅.不同分娩体位在第 2 产程中的应用效果分析[J].中国医药指南,2013,9(27):312-313.
- [8] Gilboa Y, Kivilevitch Z, Spira M, et al. Pubic arch angle in prolonged second stage of labor: clinical significance [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2013, 41(4): 442-446.
- [9] 冯国芳,周红,周临,等.产程中应用手—膝俯卧位对产妇分娩的影响[J].护理与康复,2013,12(2):142-144.
- [10] Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor [J]. J Midwifery Womens Health, 2014, 59(3): 264-276.
- [11] 陈兰.平卧位与俯卧位分娩方式在第二产程中的应用对母儿结局的影响[J].医学信息,2015,28(21):21.
- [11] Gilboa Y, Kivilevitch Z, Kedem A, et al. Caput succedaneum thickness in prolonged second stage of labour: A clinical evaluation [J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2013, 53(5): 459-463.
- [12] 胡新瑞.侧卧位屏气用力对第二产程时间及会阴侧切率的影响[J].中国医药指南,2013,11(17):603-604.

(收稿日期:2016-03-10)

3 护理

3.1 术前准备及术中护理 完善术前检查,头部备皮,向患者家属交代手术治疗的相关事项,消除家属的恐惧心理,配合医生完成内镜的准备工作,辅助医生摆放体位,做好术前核对;准备7#头皮针及ommya囊及引流装置。

3.2 术后护理

3.2.1 常规护理 患者术后常规安置于神经外科重症监护病房,过床时不易用力过猛,避免对患者气道造成较大刺激,造成剧烈咳嗽,引起血压过高,导致术后再出血;术后一般予以平卧,根据病情决定头部抬高角度,予以吸氧,对于潮气量不足的患者予以机械通气,呼吸机管道接放正确,记录医生调整的呼吸参数,并注意呼吸机湿化是否打开等相关情况。

3.2.2 病情观察 患者术后病情观察是最主要的一环,早期发现患者病情变化,及早干预能够显著提高患者预后,甚至挽救患者生命。注意观察意识、瞳孔大小、形态及光反应情况以及肢体活动情况,早期一般每隔15~30 min测量患者的血压、呼吸、脉搏等,并详细记录。如意识障碍进行性加重,有继续出血的可能,报告医生,必要时及时复查头颅CT。

3.2.3 ommaya囊护理 ommaya囊的护理是术后特别注意的:(1)引流装置的固定:一般ommya囊引流装置同脑室外引流装置,固定于高脑室平面15 cm的位置,可根据不同的情况按医生要求及时调整;(2)头皮针的固定:一般选用7#头皮针穿刺ommya囊,并把头皮针固定于头皮上,患者头部移动或烦躁患者,有头皮针脱出的可能,严密观察引流管引流情况,如不通畅,是否由于头皮针脱落所致,必要时重新更换;(3)保持引流通畅:严密观察引流装置的通畅情况,避免引流管受压、扭曲及阻塞等情况,如发生不畅,排除受压及扭曲的物理因素外,及时通知医生,更换引流装置、冲洗或尿激酶脑室内注入等操作,并予以配合完成相关操作;(4)引流量及引流液性状:尤其是术后早期,需严密观察引流量及引流液性状,如引出的为新鲜血性液,考虑有再出血的可能,及时通知医生,行相关检查;(5)引流管及穿刺部位要波流相当距离,不要过紧,避免搬动或患者烦躁时牵拉引流装置,造成脱落;(6)保持穿刺部位清洁,减少污染,及时消毒切口及穿刺部位,一般外引流时间较长,及时更换敷料,避免感染。

3.2.4 并发症的观察与护理

3.2.4.1 脑疝 脑室铸型患者术后主要风险为再出血、原发病局部占位导致的脑水肿加重及脑积水,两者都会加重患者病情,引起脑疝。脑疝早期处理能够显著提高患者预后。术后定时观察引流管的位置、高度、是否通畅,引流量、颜色及性状,密切观察神志、

瞳孔及肢体活动等情况,如出现昏迷进行性加重,瞳孔变化,提示脑疝,及时告知医生,根据医生的判定,及时处理。本组只有1例患者出现瞳孔较前增大,意识障碍加重,行CT复查为原发病灶水肿所致,予以加用脱水治疗后好转。

3.2.4.2 颅内感染 本组患者无颅内感染发生;一般发生颅内感染的主要原因为反复经脑室引流药物或引流装置堵塞后反复冲洗以及引流时间过长等^[2]。主要表现为高热及脑脊液性状改变等,行脑脊液常规、生化及培养能够确诊,一旦患者出现持续高热,要注意颅内感染的可能。本组患者全部采用ommya囊置入,较常规引流管,发生颅内感染的几率要低。

3.2.4.3 肺部感染 肺部感染是脑出血患者死亡的最主要的并发症之一,保持呼吸道通畅、翻身拍背、吸痰、注意手卫生避免交叉感染能够减少患者肺部感染的发生率。一旦患者出现肺部感染,按细菌学检查,及早进行抗生素抗感染治疗,能够显著提高患者的治愈率。本组患者均有气管切开,肺部感染出现8例,经抗感染治疗后治愈。

3.2.4.4 消化道出血及中枢性高热 本组病例由于丘脑出血导致的脑室铸型占较大比例,丘脑出血常并发消化道出血及高热,术后留置胃管,如胃管内引流出咖啡色胃液,早期行胃肠减压,并予以抑酸、护胃等治疗,患者出现高热,予以物理降温,必要时用冰毯控温治疗,本组病例出现消化道出血3例,高热1例,经治疗后好转。

4 小结

脑室铸型致死致残率仍较高,对于神经外科医生来说仍是难点,以往主要采用脑室外引流术、术中冲洗及术后尿激酶脑室内注入等方法。术后患者如短时间内脑脊液循环不畅,造成急性脑积水,发生脑疝,危及生命,造成束手无策。近些年,随着内镜技术的进步以及对疾病认识的增加,早期行血肿清除术、打通脑脊液循环通路能够提高患者生存率,改善患者的预后^[3]。近几年我们采用的神经内镜行血肿清除,并行ommya囊置入术,术后持续外引流,较常规放置脑室外引流管,引流时间长,可以随时穿刺引流,如突发积水情况,可以随时穿刺引流,具有操作方便、感染率低等特点,术后严格按照神经外科护理规范,严密观察患者病情变化,能够提高患者的生存率,改善患者生存质量。

参考文献

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 163.
- [2] 赵新亮, 申长虹, 甄自刚. 神经外科术后颅内感染的临床研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(3): 277-280.
- [3] 杨明, 周岩方, 陶崇清, 等. 神经内窥镜辅助侧脑室额角入路清除重度自发性脑室内出血[J/CD]. 中华危重症医学杂志: 电子版, 2013, 6(3): 176-178.

(收稿日期:2016-07-06)