

乏居家治疗护理相关的法律法规,相关护理服务的项目、内容、收费等均无据可查,不能明确保证病人及护理人员的权益,给临床护理工作的开展带来一定影响。

本研究采用的 Morisky 问卷最初用于高血压病人服药依从性的测量,后来被许多研究者用于癫痫病人服药依从性的评估。许卫华等^[7]曾指出时间段限制不明确,易造成调查回答时的混乱,影响测量结果的准确性,因此其信效度有待进一步检验。

总之,采用 TCM 对癫痫病人进行护理,能显著提高病人服药依从性,减少不良反应,提高癫痫控制效果。

【参考文献】

[1] Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting [J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2008, 10(5): 348-

354.
[2] 王维治. 神经病学[M]. 人民卫生出版社, 2001. 224-234.
[3] Frizzell CK, Connolly AM, Beavis E, et al. Personalised epilepsy education intervention for adolescents and impact on knowledge acquisition and psychosocial function [J]. J Paediatr Child Health, 2011, 47(5): 271-275.
[4] 李世倬. 临床诊疗指南(癫痫病分册 2015 修订版). 北京: 人民卫生出版社, 2015. 1-2.
[5] Perucca E, Tomson T. The pharmacological treatment of epilepsy in adults [J]. Lancet Neurol, 2011, 10(5): 446-456.
[6] 王雅芹, 楚平华, 赵广燕. 过渡期护理模式对癫痫病人治疗依从性、疗效及家庭支持的影响[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(19): 2620-2623.
[7] 许卫华, 王 奇, 梁伟雄. Morisky 问卷测量高血压病人服药依从性的信度和效度评价[J]. 中国慢性病预防与控制, 2007, 15(5): 424-426.

(2016-09-14 收稿, 2016-11-27 修回)



丘脑前核电刺激术治疗难治性癫痫的围手术期护理

潘军红 顾晶晶 周 健 关宇光 栾国明

【摘要】目的 总结丘脑前核电刺激术治疗难治性癫痫的围手术期护理经验。**方法** 2015 年 3~12 月行丘脑前核脑深部电刺激术治疗难治性癫痫 11 例。术前及术后 1 年采用生活质量评定量表(QOLIE-31)评分评估疗效。**结果** 术后随访 1 年, 癫痫发作减少 80% 4 例, 减少 50%~80% 2 例, 无明显改善 5 例。无其他并发症与电及刺激相关的不良反应。术后 1 年 QOLIE-31 评分较术前改善明显($P<0.05$)。**结论** 加强手术切口的观察, 关注病人由于丘脑前核电刺激可能带来的精神情感异常, 做好防护及安全管理, 降低护理风险; 丘脑前核电刺激术治疗难治性癫痫需长期随访, 术后宣教及告知是提高病人依从性的重要措施, 使病人达到最佳疗效。

【关键词】 难治性癫痫; 丘脑前核; 脑深部电刺激术; 围手术期; 护理

【文章编号】 1009-153X(2017)06-0388-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 742.1; R 473.6

药物难治性癫痫病人中, 仅有少部分病人可以通过切除性手术获得满意的癫痫控制效果, 仍有相当一部分病人因为多灶或手术治疗失败等原因, 不得不求助于姑息性手术治疗, 因此, 脑深部电刺激术(deep brain stimulation, DBS)治疗癫痫也逐渐应用于临床。有文献报道采用丘脑前核^[1]、海马^[2]等位于 Papez 环路^[3]上的靶点电刺激治疗药物难治性癫痫,

获得良好的效果。2015 年 3~12 月行丘脑前核 DBS 治疗难治性癫痫病人 11 例, 术后在院护理(31.73 ± 11.95)d。现将护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 11 例中, 男性 9 例, 女性 2 例; 年龄 13~46 岁, 平均(26.91 ± 11.99)岁; 发病年龄 3~30 岁, 平均(14.36 ± 9.36)岁; 病程 1~34 年, 平均(12.55 ± 10.87)年。发作形式为复杂部分性发作, 其中 6 例伴有继发全身强直阵挛发作, 病因不明, 脑电图为弥漫性或多灶性, 口服药物 1~4 种, 平均(2.36 ± 1.12)种, 药物控制效果不理想。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.06.007

作者单位: 100093 北京, 首都医科大学三博脑科医院功能神经外科(潘军红、顾晶晶、周 健、关宇光、栾国明)

通讯作者: 栾国明, E-mail: luanguom3@163.com

1.2 治疗方法 局麻下安装立体定向头架,行MRI和CT扫描后进行靶点的计算。入手术室全麻,立体定向下进行靶点的穿刺定位,手术计划系统下确定双侧丘脑前核的立体定向靶点三维坐标,钻孔并安装弓形架及微电机推进器,逐级推进微电极,C形臂定位后固定电极,将脉冲发生器置入左侧锁骨下区,造皮下隧道,延伸导线经颈部皮下达耳后与头皮下的刺激电极连接。

1.3 疗效评估 术前及术后1年复查随访,采用癫痫生活质量评定量表(quality of life in epilepsy-31, QOLIE-31)评分评估疗效,具体包括7个方面:发作担忧、综合生活质量、情绪健康、精力、疲乏、药物影响、认知功能和社会功能等7个方面,总分越高,表示生活质量越好。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 癫痫发作的护理 全身强直阵挛发作时,应迅速解开衣领、腰带等,去枕平卧,头偏向一侧,给予吸氧,保持呼吸道通畅,必要时给予吸痰。有咬舌者将压舌板置于臼齿间,避免舌咬伤。对抽搐肢体不能暴力按压,以免发生骨折或脱臼。癫痫发作频繁或呈持续状态应及时通知医生并遵医嘱给药,严密观察病人呼吸的变化。做好病人家属的宣教工作,告知病人家属陪护的重要性,远离周围环境中的开水、利器等不安全因素,避免坠床及跌倒等意外事件的发生。遵医嘱按时按量服药,不可自行调节药量和漏服药物。

2.1.2 皮肤准备 因刺激靶点为丘脑前核,备皮区域包括头颈部及腋下。脉冲发生器埋置于腋前线或锁骨下,注意保护好此处皮肤,如发现皮炎、皮疹等及时通知医生。

2.1.3 胃肠道准备 手术前一天晚上20:00后禁食,24:00后禁水,以免麻醉中误吸,告知禁食禁水的重要性。

2.2 术后护理

2.2.1 一般观察 严密观察生命体征、意识、瞳孔变化,注意观察切口敷料、肢体活动、语言和吞咽功能,因丘脑前核在解剖上和功能上与皮层的肢体功能运动区有一定的联系,严密观察肢体活动情况,有问题及时通知医生。本文病例未发生刺激相关不良反应。

2.2.2 手术切口的护理 观察头部及胸部切口有无渗血、渗液、红肿热痛等感染征象;脉冲发生器放置在

锁骨下的胸部皮下,此处皮下组织较为薄弱,不易吸收渗血渗液,短期内易出现红肿等刺激症状,数日后可自行缓解。避免病人挠抓切口,告知病人尽量保持切口周围清洁干燥,避免不良刺激,一旦出现红肿热痛等症状应尽早通知医生并做处理。术后病人切口疼痛,应耐心安慰病人,适当抬高床头15°~30°,减小切口张力,必要时给予止痛药物。嘱病人活动术侧肢体时避免过度牵拉,上臂抬高不可过肩,以免引起切口疼痛甚至裂开。根据病人饮食及实验室检查情况,适当给予营养支持。本文1例头部切口愈合不良,反复渗液,给予换药、物理治疗等无效,考虑脂肪液化,术后1周行清创皮瓣移行缝合手术,术后切口愈合良好。

2.2.3 用药护理 病人术后进食后遵医嘱按时按量给予服用抗癫痫药物,不可少服、漏服,如病人服药后半小时内呕吐,应按原量补服一次。术后两周开机,仍需按时按量服药,告知病人在以后的复查过程中,医生会根据发作及脑电图等具体情况调整药物。

2.2.4 精神症状 丘脑前核所在的Papez环与人的情绪调节密切相关^[3],加之病人术后身体的不适感使之情緒不稳定,易烦躁,有攻击行为。这时需要术前一直和病人充分沟通的护士及其父母陪伴,密切观察病人的情绪及行为的变化。周围的人对病人要理解、关爱,一般情况尽量顺从病人的意见,不要用语或行为激惹病人,让其配合治疗及护理。危险品放在远离病人的地方,避免自伤或伤及他人。本文3例存在明显的精神情绪异常,并通过神经心理评估得到证实,通过安抚及抗抑郁焦虑药物治疗后得以控制。

2.2.5 潜在并发症的护理 感染、腐蚀、皮肤磨损、电极折断、电极移位、置入装置故障在术后任何时期都有可能发生。在导线的隧道尤其是连接点部位可能出现皮肤磨损,由于穿刺电极的引流作用可能发生脑脊液漏;放置脉冲发生器的皮下囊袋创面较大,缺少吸收功能,可能出现皮下血肿或渗液,有导致继发感染的可能。应严密切观察病人意识、瞳孔、生命体征及肢体活动情况等变化,观察手术切口处有无渗血、渗液,及时通知医生,并遵医嘱对症处理。

2.3 术后指导 ①为确保长期的疗效需要专科医护人员长期的调试和规律的术后随访。因此出院前嘱咐病人配合进行规律的术后程控和随访,术后遵医嘱按时复查调试机器。②嘱病人避免进入强磁场环境,术后在开机状态下不可行脑磁图、MRI等强磁场检查,再者,即使在关机状态下也不能行胸部MRI扫

描。根据刺激器型号按时充电或换电池,保证其正常工作。③及时就诊指征:原有症状加重,头痛头晕,恶心呕吐,不明原因持续高热,肢体乏力麻木,手术切口处红肿、积液、渗液等应及时就诊。④心理护理:由于疾病对病人产生了不同程度的影响,导致其社会适应能力差,长期的家庭护理十分重要。指导家属给病人建立合理的生活方式、劳逸结合。丘脑前核 DBS 也在一定程度上能够改善病人的认知情况^[4]。本文 11 例病人的生活质量量表的评分也从侧面反应了 DBS 对生活质量的提高具有促进作用。应鼓励病人及家属,增强自我意识和自我效能,树立战胜疾病的信心。

3 结果

术后随访 1 年,癫痫发作减少>80% 4 例,其中有 1 例在术后未开机状态下癫痫发作完全控制;减少 50%~80% 2 例;无明显改善 5 例。11 例均无其他并发症及刺激相关的不良反应。术后 1 年 QOLIE-31 评分为 (65.49 ± 16.2) 分,明显高于术前 (53.17 ± 15.34) 分; $P > 0.05$],提示病人的生活质量均有不同程度的提高。

4 讨论

丘脑前核-DBS 作为目前新兴的控制癫痫的治疗手段,其疗效已越来越多地被认可。放射性同位素标记的脱氧葡萄糖^[5],在戊四唑诱发癫痫的动物模型研究中表明,丘脑前核和癫痫全身性发作密切相关,切断乳头体和丘脑前部的联系纤维,可以提高戊四唑诱发的癫痫动物模型发作阈值。在癫痫发作过程中,丘脑前核的新陈代谢活动增加也进一步支持了丘脑前核在癫痫发作中承担着重要角色。

我们认为加强手术切口的观察,发现异常及时通知医生并积极处理,适当地给予病人营养支持,注

意无菌操作,避免交叉感染,避免因切口愈合不良所致的住院时间延长,甚至感染移除设备。

丘脑前核 DBS 治疗难治性癫痫需长期的调机及随访,术后宣教及告知是提高病人依从性的重要措施,使病人在最短的时间得到最佳疗效。有文献提出丘脑前核对认知、记忆及情感的影响^[4-6],因此关注病人是否出现由丘脑前核电刺激所带来的精神情感异常及认知障碍,做好防护及安全管理,降低护理风险,对于减少手术并发症,促进术后康复,以及消除心理因素对症状的负面影响,提高病人的生活质量均具有重要意义。

【参考文献】

- [1] Valentín A, García Navarrete E, Chelvarajah R, *et al.* Deep brain stimulation of the centromedian thalamic nucleus for the treatment of generalized and frontal epilepsies [J]. *Epilepsia*, 2013, 54(10): 1823-1833.
- [2] Chen N, Yan N, Liu C, *et al.* Neuroprotective effects of electrical stimulation of the anterior nucleus of the thalamus for hippocampus neurons in intractable epilepsy [J]. *Med Hypotheses*, 2013, 80(5): 517-519.
- [3] Shah A, Jhavar SS, Goel A. Analysis of the anatomy of the Papez circuit and adjoining limbic system by fiber dissection techniques [J]. *J Clin Neurosci*, 2012, 19: 289-298.
- [4] 陈志伟,李月春. 丘脑病变与认知障碍研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(9): 1001-1003.
- [5] 李建宇,李勇杰. 神经电刺激治疗癫痫[J]. 立体定向和功能神经外科杂志, 2006, 19(4): 248-252.
- [6] 刘晓亭,唐 敏,朱幼玲,等. 丘脑前核与记忆障碍的研究进展[J]. 中风与神经疾病杂志, 2016, 33(8): 766-768.

(2016-11-22 收稿, 2017-04-13 修回)