

. 护理技术 .

1 例颅内动脉瘤夹闭术安装临时起搏器的护理体会

王琳琳 袁巧玲

【关键词】 颅内动脉瘤; 夹闭术; 临时起搏器; 护理

【文章编号】 1009-153X(2017)11-0789-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 743.9; R 473.6

老年颅内动脉瘤病人常伴有心血管疾病,常因颅内压增高因素加重慢性心律失常而发生意外。术前安置临时起搏器,不仅能够提高病人对手术麻醉的耐受性,而且可以减少或避免术中血管活性药物,提高手术安全系数。本文介绍 1 例颅内动脉瘤夹闭术安装临时起搏器的护理经验。

1 病例资料

男,70岁,因间断头痛、头晕2个月入院。既往高血压病史及冠心病病史10年,规律口服降血压药。头颈部CTA示左侧大脑中动脉M₁、M₂段交界处动脉瘤;双侧颈总动脉分叉处非钙化斑块,管腔轻度狭窄。入院时动态心电图示窦性心率,窦房阻滞二型,二度房室传导阻滞,室性前期收缩,偶发房性期前收缩。超声心动图示左室壁增厚,主动脉钙化伴少量反流。入院第2天在局麻下行DSA检查。入院第6天行右股静脉临时起搏器植入术,术后2h在全麻下行颅内动脉瘤夹闭术。术后3d拔除临时起搏器。术后4d自行下床活动。术后11d病情平稳出院。

2 护理

2.1 术前护理 病人有高血压病病史,每日测量血压3次,指导规律口服降血压药,保证术前血压平稳。向病人及家属介绍安装临时起搏器的意义及作用,做好动脉瘤夹闭术前的健康宣教,及时评估病人心理感受,消除焦虑及心理障碍。保持大便通畅,多食水果、蔬菜等粗纤维食物,多喝水。头痛、头晕时,嘱卧床休息,防止跌倒,必要时遵医嘱给予止痛药物。术前进行深呼吸训练、床上排尿训练,床上蹬车训练。

2.2 术后护理

2.2.1 常规护理 ①密切监测生命体征,持续心电监护,注意观察意识、瞳孔、血氧饱和度变化;吸氧,保持呼吸道通畅。②预防颅内压增高,遵医嘱给予20%甘露醇静脉滴注;监测

血压,控制在100~130/70~80 mmHg,或较基础血压降20%~30%;出现头痛等不适症状及时通知医生;术后第二天拔除临时起搏器后,抬高床头30°。③预防脑血管痉挛。④预见性护理是预防和减轻脑缺血及神经功能障碍的关键措施,尼莫地平50 mg持续24 h泵入。⑤预防癫痫,丙戊酸钠1 200 mg持续24 h泵入,持续泵入3 d后改为口服奥卡西平0.3 g,2次/d。⑥预防感染,留置尿管时,每日消毒2次,尽早拔除,多饮水,(2 000~3 000) ml/d;保持口腔清洁,禁食时给予口腔护理,进食后及时漱口,预防口腔感染,增进食欲;加强手卫生,严格无菌操作。⑦预防压疮,协助翻身,床上移动时,严禁拖拉、拽等动作;大小便后及时清洁肛周,防治淹红。⑧心理护理,术后绝对卧床24 h,细致的向病人进行解释工作,做好心理指导,消除焦虑紧张情绪。

2.2.2 临时起搏器植入术后护理 ①术后持续心电监护,严密观察生命体征,尤其是心率和心律的变化;了解起搏阈值、起搏频率,常规设定起搏频率为60~70次/min;观察心电图性质,正常心电图每一起搏脉冲后,有紧接与其相偶联的QRS波群,注意心率与起搏频率是否一致,观察在每个心电周期前有无起搏信号,是否有起搏信号丧失、夺获现象,并观察有无其他心律失常的表现,出现异常及时报告医生;每半小时巡视察看电极连接情况及临时起搏器的位置是否妥当;每班检查并记录电极外露刻度,电压、灵敏度及起搏频率,电极与起搏器插件各处有无打折、扭曲、脱落及电池电量。②导管安全护理,保证起搏器安全,可靠连续起搏,将体外脉冲发生器固定在病人身上或床上,防止滑落、牵拉导致导管移位,保证起搏器安全;临时起搏器电极是个低阻抗,不能使用一定强度的电信号如半导体,不能使用单极高频电刀或移动电话,避免床褥及病服潮湿。③术后绝对卧床,取平卧位,右髋关节制动,避免髋关节屈伸,以免电极脱出起搏失灵。④术后48 h关闭起搏器,心电监护示窦性心律后24 h,请心内科医生会诊拔除临时起搏器。

2.2.3 起搏器植入后并发症的预防 ①感染,观察穿刺处有无红肿、热、痛及波动感,每日4次体温监测,局部换药,3M贴膜固定,若有渗血、渗液或汗液应及时予以更换;老年病人皮下

脂肪薄,起搏导管易磨损皮肤,应注意观察,预防皮肤破损。
 ②深静脉血栓形成,指导及协助病人做上肢及健侧下肢肢体的主动活动,如床上蹬车运动。
 ③坠积性肺炎,高龄、长期卧床,指导深呼吸及咳嗽,促进痰液排出,给予盐酸氨溴索30mg雾化吸入,4次/d;避免过度用力咳嗽,以防临时起搏器电极脱位。

2.2.4 康复指导 通过健康教育有效改善病人心理状态,使其自觉坚持科学合理的康复锻炼,提高生活质量。保持情绪稳

定,避免情绪激动影响病情。坚持规律口服降压药,每日定时监测血压,保持血压稳定。常规口服抗癫痫药物,不能自行停药,1个月后门诊复查逐渐停药。心内专科门诊继续治疗。术后6个月复查DSA或CTA。保持伤口敷料清洁干燥,术后1个月可以洗头,洗头后用酒精棉球清洁伤口。低盐低脂饮食,多饮食蔬菜、水果、避免刺激、辛辣食物,适量饮食海鲜食物。

(2016-03-08收稿,2016-04-05修回)

. 个案报告 .

头枕顶部巨大皮脂腺囊肿感染破溃出血1例

张肖建 张绍玉

【关键词】 皮脂腺囊肿;感染;手术

【文章编号】 1009-153X(2017)11-0790-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 651.1*1

1 病例资料

女性,81岁。约50年前,发现枕顶部肿物,未治疗。11年前,出现间断出血感染,一直在农村家中换药(具体不详)。今头部肿瘤感染破溃出血不止,精神差,发热,不能行走,被人送来我院。头部CT示肿物与颅内无沟通。入院时体格检查:意识朦胧,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏;左枕顶部一约13cm×15cm头皮肿物,破溃肿瘤与大量头发掺杂在一起,触之柔软,可见肿瘤表面溃疡、破溃流脓及出血,味恶臭,见图1。完善术前准备后急诊手术切除,术中给予基础麻醉后,头皮局部麻醉,先将肿瘤及头发在电凝配合下切除,暴露出肿瘤根部约7cm×8cm大小,重新备好肿物周围头皮,双氧水冲洗伤口,碘伏消毒,铺无菌巾,将肿瘤根部连正常头皮梭形完整切除,因头皮伤口缺损及张力较大,给予头皮帽状腱膜下游离,缝合伤口。术后给予止血、抗生素及对症治疗。术后病理为皮肤炎性病伴异物肉芽肿反应、考虑为皮脂腺囊肿。术后缝合的伤口有部分头皮坏死,给予换药2周后伤口愈合。



图1 头枕顶部巨大皮脂腺囊肿感染破溃出血肉眼观察表现

2 讨论

皮脂腺囊肿俗称“粉瘤”,多分布于头部、躯干或生殖器

的皮肤或皮下组织内,和附近组织有粘连,可被推动。主要由于皮脂腺排泄管受到阻塞,皮脂腺囊状上皮被逐渐增多的内容物膨胀所形成的潴留性囊肿。特点为缓慢增长的良性病变。囊内有白色豆渣样分泌物。皮脂腺囊肿突出于皮肤表面一般无自觉症状,如继发感染时可有疼痛、化脓。

本文病例巨大皮脂腺囊肿相当罕见。因长期反复感染出血,体质差,发热,饮食差,精神差,卧床不起。因肿瘤巨大,急诊手术切除及应用抗生素后,术后3d可下床活动,体温正常,饮食正常,且50年来反复破溃、感染、出血的皮脂腺囊肿未发生恶变,未对颅骨侵蚀破坏,术后预后良好。

(2016-01-05收稿,2016-08-01修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.11.022

作者单位:052160 河北,石家庄市中医医院神经外科(张肖建);
052160,石家庄市藁城中西医结合医院神经外科(张绍玉)