

. 护理技术 .

1例高颈段髓内室管膜瘤术后并发呼吸机依赖1年的护理体会

吴胜梅 张桂萍 肖 姍 秦秀萍 王桂花 王 萍

【关键词】椎管内肿瘤;室管膜瘤;高颈段脊髓;呼吸机依赖;护理

【文章编号】1009-153X(2017)12-0856-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.42; R 473.6

2016年3月手术治疗高颈段髓内室管膜瘤1例,术后出现呼吸功能障碍,同时伴发高位截瘫,继而并发呼吸机依赖,经过1年的精心护理,撤出呼吸机。

1 病例资料

男,45岁,无明显诱因出现四肢及胸背部麻木感2年,并伴有四肢乏力进行性加重,以右侧肢体为重,久坐后症状加重,行走不稳、胸部感觉减退并有胸闷,性功能明显减退,小便等待时间较长。入院后体格检查:左上肢肌力5级,左下肢5级,右上肢肌力5级,右下肢肌力4级。MRI示桥延交界至第5颈椎椎管内占位。全麻下行颈段脊髓髓内占位性病变切除术,术中全切病变。术中出血约1 000 ml,自体血回输300 ml,输入红细胞2 U、血浆400 ml。术后意识清醒,但无自主呼吸,带气管插管安返病房,呼吸机维持呼吸,血氧饱和度100%;左上肢肌力2级,左下肢1级,右上肢肌力1级,右下肢肌力0级。术后病理结果示室管膜瘤(WHO II级)。术后3 d病人仍无自主呼吸,行气管切开术接呼吸机。经过近半年的精心护理,抗感染、脱水、激素、营养支持等治疗,自主呼吸恢复每日可撤机半小时,继续行营养神经、康复治疗及撤机训练。术后1年撤出呼吸机,左上肢肌力5级,左下肢4级,右上肢肌力4级,右下肢肌力3级。

2 护 理

2.1 术后一般护理 包括体位的护理、病情观察、管道的护理、饮食护理、心理护理、人工气道的管理、呼吸机的模式及参数

的调节、皮肤的护理、截瘫的康复护理九项护理中除体位的护理。颈部以颈托固定,颈后枕苦荞“U”枕,肩部垫小软垫加二人双手相扣代替2小时1次的轴线翻身的减压法。

2.2 呼吸机依赖的护理 针对术中可能损伤脊髓的护理措施为积极配合医生治疗,正确、及时执行医嘱,等待呼吸中枢的康复。针对呼吸肌疲劳,加强呼吸肌锻炼,采用腹式缩唇呼吸方式,每日训练2次,每次10~20 min,并逐渐增加训练时间和次数,使病人体会胸式呼吸和腹式呼吸的不同,让病人撤机时尽量采用腹式呼吸,早期应开始对病人进行呼吸功能锻炼指导。针对呼吸机依赖,在使用无创呼吸机时,用录音设备录下无创呼吸机的运转声音,在停用无创呼吸机时,陪医护人员伴在病人的身边,打开预先录制的无创呼吸机运转声音,给病人以心理安全,消除病人依赖心理。针对机械通气时间过长,采用脱机模式间断脱机锻炼,又称自主呼吸实验,开始时先停机5~10 min,给予气管导管内给氧(3~5 L/min),当病人不适时,重新上机。若无异常情况,可逐步延长停机时间。

3 讨 论

高颈段髓内室管膜瘤,术前 McCormick 分级越高,且伴呼吸困难,术后并发呼吸障碍及截瘫的可能性愈大。肿瘤所处的位置在延髓及高颈段,容易累及呼吸中枢,术后70%以上病人有呼吸障碍,发生后应早地、合理地应用机械通气,加强呼吸道管理,严密监测血气分析,严格把握脱机指征,是呼吸机辅助治疗成功的关键。

呼吸机依赖的护理措施尚无统一标准。本文病例术后出现严重呼吸障碍、呼吸机依赖以及高位截瘫,6个月后呼吸才逐渐康复,经过9个月的间断脱机锻炼后改为无创呼吸机,历时近1年的时间终于安全撤机。

(2017-10-24收稿,2017-11-06修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.12.020

作者单位:443000 湖北宜昌,三峡大学神经病学研究所(宜昌市中心人民医院)神经外科(吴胜梅、张桂萍、肖 姍、秦秀萍、王桂花、王萍)