

. 护理技术 .

颈静脉孔区神经鞘瘤术后护理体会

李雅丹 杨美玲 冯建萍

【摘要】目的 总结颈静脉孔区神经鞘瘤术后护理经验。方法 回顾性分析 2013 年 1 月至 2019 年 7 月手术治疗的 23 例颈静脉孔区神经鞘瘤的临床资料,总结术后护理经验。结果 术后 14 例新出现后组颅神经症状,其中 2 例行气管切开术,4 例留置胃管或鼻肠管;4 例原有后组颅神经功能障碍无加重;1 例术后 8 d 突发心率、血压下降,抢救无效死亡。结论 颈静脉孔区神经鞘瘤术后并发症较多,需细致观察,认真护理,多数效果良好。

【关键词】神经鞘瘤;颈静脉孔区;显微手术;术后并发症;护理

【文章编号】1009-153X(2021)11-0878-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 473.6

颈静脉孔区神经鞘瘤占颅内神经鞘瘤的 2%~4%,由于位置深在、解剖关系复杂以及毗邻脑干、后组颅神经、椎动脉、乙状窦,手术难度大,术后并发症较多^[1-6],因此术后观察与护理尤为重要。2013 年 1 月至 2019 年 7 月手术切除颈静脉孔区神经鞘瘤 23 例,现将术后护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 23 例中,男 12 例,女 11 例;年龄 25~69 岁,平均 47.8 岁;病程 1~60 个月,平均 17.8 个月。

1.2 临床表现 头痛 3 例,吞咽困难、声音嘶哑、饮水呛咳等后组颅神经症状 4 例,小脑共济失调 5 例,听力下降 3 例,面部麻木 1 例,体检偶然发现 7 例。

1.3 影像学检查 头颅 MRI 平扫及增强扫描,显示颈静脉孔区神经鞘瘤。

1.4 手术方法 经枕下乙状窦后入路手术。依次切开头皮、肌肉,暴露并切除枕骨鳞部,打开小脑延髓外侧池,充分释放脑脊液,然后牵开小脑,暴露肿瘤,并在电生理监测下探查后组颅神经和肿瘤的关系,在各神经间隙分块切除肿瘤。

1.5 术后并发症 术后 14 例新出现后组颅神经症状,其中 2 例行气管切开术,4 例留置胃管或鼻肠管;4 例原有后组颅神经功能障碍无加重;2 例并发中枢神经系统感染,经抗生素治疗及腰大池置管引流治愈;1 例术后 8 d 突发心率、血压下降,抢救无效死亡。

2 术后护理

2.1 生命体征的监测 术后可出现后组颅神经功能障碍、小脑损伤、脑干损伤、脑积水等危及病人生命的并发症,因此须密切监测病人的生命体征变化。本文 1 例术后无明显后组颅神经症状,术后 12 h 搬出监护室,术后 36 h 开始出现烦躁症状,反复使用镇静剂,术后 48 h 再次使用地西洋静推后呼吸、心跳骤停,经气管插管、心肺复苏等抢救后病情恢复。因此,此类病人必须严密监测生命体征变化,一旦出现异常情况,应立即通知医生并急救。此类病人常见的生命体征变化有血氧饱和度下降、意识状况转差、血压变化。如患者出现血氧饱和度下降,应立即吸痰、加大氧气流量,如仍持续下降,则立即抬起下颌、球囊辅助呼吸,并准备气管插管,必要时呼吸机辅助呼吸。如意识状况下降,应立即通知医生,行头颅 CT 检查,以判断有无脑积水、术区血肿、脑水肿、脑干损伤等并发症。血压升高时,应在排除颅内并发症的基础上积极控制血压。血压下降时,应注意出入量,判断有无低血容量性休克、中枢性循环功能障碍。本文 1 例术后意识清楚,自主呼吸,但随后发生对侧肢体偏瘫,继而四肢软瘫,术后 8 d 突发心率、血压下降,抢救无效死亡;该病人的肿瘤包裹椎动脉,可能损伤脑干供血,导致其死亡。此类脑干损伤有典型特征,如术中脑干挫伤或供血动脉损伤,术后偏瘫,呼吸、血压、脉搏的明显波动。一旦诊断脑干损伤,可予神经营养、脱水治疗,并加强生命体征监测,如出现呼吸节律紊乱,立即气管插管,如血压不稳,立即对症处理。尽管如此,脑干损伤的病死率、致残率仍较高。

2.2 气管插管的处理 颈静脉孔区神经鞘瘤切除术

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.11.019

基金项目:南京医科大学第一附属医院项目(YHK201701)

作者单位:210029 南京,江苏省人民医院/南京医科大学第一附属医院麻醉及围术期医学科(李雅丹、杨美玲、冯建萍)

通讯作者:冯建萍, E-mail: jpfengyx@aliyun.com

后组颅神经功能障碍风险较高^[7-10],可能出现咳嗽、咳痰及吞咽功能障碍,危及病人生命,因此术后应进行相关功能评估及护理。我们的具体护理措施有:病人麻醉苏醒后,带气管插管回监护病房;第二天在病人完全苏醒后,管床护士查看病人能否耐受气管插管、并按压气管、气管内吸痰,查看有无咳嗽反应,如咳嗽反应良好,则应在做好急救准备的情况下辅助麻醉医生拔除气管插管,如病人脉氧进行性下降,应辅助医生立即重新气管插管,做好管道护理。

2.3 气管切开术后护理 颈静脉孔区神经鞘瘤切除术后,如病人咳嗽反射差,需尽早行气管切开术,以方便呼吸道护理、及时吸痰,防止窒息及坠积性肺炎。气管切开术后应按需吸痰,做好手卫生并注意避免医院内交叉感染。如果痰液粘稠,应加强翻身叩背、注意利用体位引流痰液,并积极行雾化吸入,以促进痰液稀释。每周复查床边胸部 X 线检查、痰培养,根据检验、检查结果合理使用敏感抗生素。

2.4 饮食护理 病人术后能否经口进食,必须慎重评估。进食前,我们均进行洼田饮水试验^[11],观察所需时间及呛咳情况:1 级,能顺利地 1 次将水咽下;2 级,分 2 次以上,能不呛咳地咽下;3 级,能 1 次咽下,但有呛咳;4 级,分 2 次咽下,但有呛咳;5 级,频繁呛咳,不能全部咽下。如洼田饮水试验分级在 3 级以上,可经口进食;否则,应早期留置胃管或鼻肠管进行肠内营养支持治疗。本文 2 例在留置胃管 1~2 周后吞咽功能明显好转,并恢复经口进食。对于有饮水呛咳但无需留置胃管者,嘱其尽量进食糊状有黏性食物,以后逐渐过渡到固体、液体,进食量逐渐增加。

2.5 后组颅神经功能障碍锻炼 锻炼内容有:尽量发声,多用单音节单词进行锻炼;多进行咽口水训练;多咳嗽;将舌头伸出口外向各个方向运动,并用压舌板或勺子做对抗运动;多多咀嚼。每 1~2 周再次进行后组颅神经功能评估。

2.6 腰大池引流管的护理 本文 2 例术后并发中枢神经系统感染,经使用敏感抗生素及腰大池置管引流治愈。对于腰大池置管引流的病人,要注意调整引流袋位置,并向家属宣教不可随意调整床头高度,防止引流过少感染控制不佳或过度引流。一般脑脊液 24 h 引流量以 200~300 ml 为宜。对有精神症状的病人,要做好肢体约束,避免意外拔管等不良事件。另外,注意背部穿刺点卫生,定期观察皮肤情况,如穿刺点有脑脊液渗漏,要及时处理,以防逆行感染。

综上所述,颈静脉孔区神经鞘瘤手术技术虽已日趋成熟,但由于肿瘤和后组颅神经关系密切,不可

避免地会影响这些神经的功能,进而出现相关并发症,需要护士对此疾病的术后护理有充分的认识,能够及时发现并处理,尽可能提高病人术后安全性与生活质量。

【参考文献】

[1] Zeng XJ, Li D, Hao SY, *et al.* Long-term functional and recurrence outcomes of surgically treated jugular foramen Schwannomas: a 20-year experience [J]. *World Neurosurg*, 2016, 86: 134-146.

[2] Komune N, Matsushima K, Matsushima T, *et al.* Surgical approaches to jugular foramen schwannomas: an anatomic study [J]. *Head Neck*, 2016, 38(SI): E1041-1053.

[3] Ryu SM, Lee JI, Park K, *et al.* Optimal treatment of jugular foramen schwannomas: long-term outcome of a multidisciplinary approach for a series of 29 cases in a single institute [J]. *Acta Neurochir (Wien)*, 2017, 159(8): 1517-1527.

[4] Samii M, Alimohamadi M, Gerganov V. Surgical treatment of jugular foramen Schwannoma: surgical treatment based on a new classification [J]. *Neurosurgery*, 2015, 77(3): 424-432.

[5] 吴波,刘卫东,陈隆益,等. 颈静脉孔区哑铃型肿瘤的显微手术治疗[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2013, 18(5): 264-267.

[6] 王林甫,周游. 颅内外沟通性颈静脉孔区神经鞘瘤 2 例[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2011, 16(11): 663.

[7] 黄正松,杨李轩,张弩,等. 颈静脉孔区肿瘤 40 例显微手术临床分析[J]. *中华显微外科杂志*, 2015, 38(2): 186-188.

[8] 陈穗俊,张志钢,郑亿庆,等. 颈静脉孔区肿瘤显微外科手术 54 例疗效分析[J]. *中华显微外科杂志*, 2017, 38(4): 334-337.

[9] Suri A, Bansal S, Singh M, *et al.* Jugular foramen schwannomas: a single institution patient series [J]. *J Clin Neurosci*, 2014, 21(1): 73-77.

[10] Sedney CL, Nonaka Y, Bulsara KR, *et al.* Microsurgical management of jugular foramen schwannomas [J]. *Neurosurgery*, 2013, 72(1): 42-46.

[11] 孙秀芳,李晓红,刘畅,等. 洼田饮水实验在神经外科加速康复中的应用[J]. *实用临床护理学杂志*, 2018, 3(3): 83-84.

(2020-03-13 收稿, 2021-10-23 修回)