

人员管理问题上,既往为急诊科开启绿色通道后呼叫各相关科室,专班现场查看病人进行处置。但绿色通道专班进行二级防护会降低救治效率,所以,建议在急诊科配备卒中专班人员,从接诊—检查—转运等过程进行无缝化衔接,将是常态化防控状态下提高效率的重要环节。同时,不断探索解决脑卒中救治环节中的问题,建立健全适宜的脑卒中救治体系,通过每周质量控制管理加强绿色通道建设^[6]。

3.3 制定合理管理模式以降低成本、恢复诊疗 早期采取“一科两区、先筛后转、分步放开、逐步探索”的方式,确保日常诊疗工作有序开展,能有效避免院内感染,但人物财等支出成倍增长,效益低,工作交接繁琐化,医护人员为相关科室人员共同组成,专科性及专业性参差不齐,导致医疗质量及医疗安全有所下降。病区采取在目前防控逐渐明朗化的状态下需要逐步探索新的收治病人的管理模式,在有效防控的基础上达到疫情前状态,确保零感染,降低成本。

3.4 更新宣教模式、强化宣教效果 脑心健康管理是卒中建设体系中至关重要的构成部分^[7],疫情期间,既往采用的健教方式基本难以采用,尤其是集体模式会导致人群聚集,所以改变既往工作模式的同时也需要不断的探索和改进,达到优化脑心健康管理的作用,做好卒中及 COVID-19 的健康教育工作。

总之,目前的诊疗指南也在随着疫情的走势发生变化,如何在常态化防控中通过既往的诊疗指南、防控指南、经验等采取及时有效的措施来发现、解决

问题同样值得进一步探讨。

【参考文献】

[1] 国家卫生健康委员会. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第六版)[EB/OL]. (2020-02-19)[2020-02-27]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202002/8334a8326dd94d329df351d7da8aefc2.shtml>.

[2] 王 族,宋海龙. 新型冠状肺炎与脑血管病的关系[J]. 中国脑血管病杂志,2020,17(3):163-168.

[3] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志,2018,51:666-682.

[4] World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 21 [EB/OL]. [2020-02-19]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330990>.

[5] 国家卫生健康委办公厅,疾病预防控制局. 新型冠状病毒感染的肺炎纳入法定传染病管理[EB/OL]. (2020-01-20) [2020-03-07].

[6] 常 红,杨 莘,梁 潇,等. 缺血性脑卒中病人静脉溶栓院内流程化研究[J]. 中国护理管理,2017,17(8):1081-1086.

[7] 刘雪芹. 设立脑心健康管理师对脑卒中病人实施全程管理的效果评价[J]. 全科护理,2021,19(4):534-536.

(2021-02-07 收稿,2021-04-26 修回)



耳后锁孔入路手术切除听神经瘤围手术期的护理

翁秀珍

【摘要】目的 总结耳后锁孔入路手术切除听神经瘤围手术期的护理经验。**方法** 回顾性分析 2015 年 1 月~2020 年 12 月耳后锁孔入路手术切除的 18 例听神经瘤的临床资料,总结围手术期护理经验。**结果** 18 例经围手术期精心护理后均治愈出院。**结论** 围手术期精心护理可明显减少听神经瘤病人术后并发症。

【关键词】 听神经瘤;耳后锁孔入路;显微手术;围手术期;护理

【文章编号】 1009-153X(2022)02-0119-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 473.6

听神经瘤源占颅内肿瘤的 6%~8%,好发于中年人,高峰年龄在 30~60 岁,属于良性肿瘤,发展缓慢,病程长^[1]。由于肿瘤位于桥脑小脑角,邻近脑干,手术难度大,术后易出现并发症,围手术期护理对手术

效果和预后至关重要。现将 2015 年 1 月~2020 年 12 月耳后锁孔入路手术切除的 18 例听神经瘤的护理体会总结如下。

1 临床资料

18 例中,男 11 例,女 7 例;年龄 40~70 岁。耳鸣 7 例,听力下降或丧失 11 例,行走不稳 6 例,吞咽困难、

进食呛咳、声音嘶哑 8 例,头痛、呕吐 15 例。均在全麻下经耳后锁孔入路行听神经瘤切除术,术中行神经电生理监测,均治愈出院。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 加强营养 本文 8 例进食呛咳,因病程长,导致营养不良。术前给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食,必要时留置胃管或通过静脉补充营养,增加机体抵抗力,提高手术耐受力。

2.1.2 对症护理 本文 15 病有头痛。对于头痛病人,耐心解释疼痛的原因,保持病室安静,嘱病人减少活动,避免不必要的刺激,卧床休息,保持心情舒畅,避免情绪激动,保持大便通畅。观察头痛时生命体征、意识、瞳孔的改变,抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,并遵医嘱给予脱水剂,以缓解头痛。

本文行走不稳 6 例,听力下降 11 例,耳鸣 7 例,给予特殊照顾,加强防范,防止摔倒。与病人沟通时尽量大声,站在健侧。耳鸣病人避免接触强烈的躁音,放松心情,避免使用加剧耳鸣症状的药物。注意防止呼吸道感染、便秘,必要时给轻泻剂或开塞露,不可用力排便或高压灌肠,以免加重颅内压增高^[2]。

2.2 术中护理 严密监测病人的生命体征,密切观察有无异常情况出现,时刻注意面神经监护仪的监测情况,如出现异常情况及时通知主刀医师。术中配合医生摆放好病人的体位,协助病人取健侧卧位,根据手术步骤及时配合医生。

2.3 术后护理

2.3.1 生命体征及意识的观察 观察病人的意识、瞳孔、生命体征及肢体活动情况,动态观察、分析,了解病情变化,以免延误抢救时机。本文病例未发生术后意识不清、昏迷等现象。

2.3.2 体位护理 术后全麻未清醒病人取平卧位,头偏向健侧;麻醉清醒、血压平稳的病人可抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,利于颅内静脉回流,减轻脑水肿。按照护理计划、护理常规进行精心护理及密切观察,本文病例没有发生术后呼吸功能紊乱的病人。

2.3.3 并发症的观察及护理

2.3.3.1 颅内出血 一般发生在术后 24~48 h,因此,术后密切观察病人的意识、瞳孔、生命体征的变化最重要。全麻病人清醒后,如出现剧烈头痛、烦躁不安或频繁呕吐,应警惕颅内出血,及时向医生报告病情。本文病人未发生术后颅内出血。

2.3.3.2 肺部感染 多因咳嗽反射减弱或消失,伴呼

吸道分泌物不能有效排除所致,应鼓励病人咳嗽排痰。不能有效清理呼吸道分泌物者,应适时吸痰,必要时早期气管切开术。加强口腔护理,以免咽部细菌误吸入呼吸道造成感染。本文没有肺部感染。

2.3.3.3 呛咳和误吸 为肿瘤压迫或术中损伤舌咽神经、迷走神经,引起吞咽、咳嗽反射减退或消失所致。术后观察病人的吞咽功能是否减弱,进食不宜过早,选择不易出现误咽的糊状食物,从少量开始逐渐增加,进食时宜取坐位或半位,必要时留置胃管鼻饲。本文术后 1 例出现误吸造成窒息,马上报告医生,立即给予中流量吸氧,拍背、吸痰,取端坐卧位。经及时抢救,病人呼吸平顺,转危为安。

2.3.3.4 眼睑闭合不全 应滴眼药水或涂眼膏,必要时缝合眼睑以保护角膜。周围性面瘫病人由于口角歪斜,自我意识紊乱,要做好心理护理,安慰病人不要紧张、担忧,向其讲解其他病人手术成功的病例,使病人增强信心,并配合针灸疗法可使症状缓解。本文病例中,1 例术后出现面瘫,经积极治疗及精心护理,康复出院。

2.3.3.5 手术切口的护理 由于对手术切口进行了改良^[3],术后无需留置引流管,应保持切口清洁干燥,观察耳廓血运情况等,如有异常及时联系医生并处理。

2.4 康复训练及出院指导 伴共济失调者,指导病人进行日常生活活动训练,协助病人下床走路等,外出要有人陪同,以防止摔伤。面瘫、眼睑闭合不全者,注意眼球保护,指导病人睁、闭眼动作训练,外出时需戴墨镜。吞咽功能障碍者,指导病人进行伸舌、深呼吸、吞咽等功能训练,嘱病人避免食用过硬,不易咬碎或易致误咽的食物,不可用吸管饮水,以免误入气管引起呛咳、窒息。

总之,耳后锁孔入路手术切除听神经瘤围手术期,进行有效护理,可减少并发症,提高手术成功率,对提高病人的生存质量具有重要意义。

【参考文献】

- [1] 中国颅底外科多学科协作组. 听神经瘤多学科协作诊疗中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(9): 676-680.
- [2] 丁淑贞, 白雅君. 临床神经外科护理细节[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2008.
- [3] 梁维邦, 倪红斌, 季 晶, 等. 微血管减压治疗颅神经疾病 274 例分析[J]. 立体定向与功能性神经外科杂志, 2005, 18(1): 16.

(2021-10-28 收稿, 2021-12-28 修回)