

1 例多学科联合经迷路侧颅底胆脂瘤切除及腰大池引流术的术后护理

辛晓丽

中国医科大学附属盛京医院耳鼻喉病房, 辽宁沈阳, 110000;

摘要: 中耳胆脂瘤是一种囊性结构, 伴或不伴周围炎症反应, 多形成于鼓室和(或)乳突腔内的角化鳞状上皮细胞、角化碎片、上皮下结缔组织等处^[1]。临床表现主要为耳流脓和听力下降, 当侵袭周围组织结构时则可产生眩晕、周围性面瘫、颅内感染等一系列颅内外并发症, 甚至危及生命^[2]。该病并非恶性肿瘤, 但具有侵袭性生长的特点, 易累及周围血管、神经等重要区域, 给手术和护理带来很大困难。我科曾收治一名中耳胆脂瘤患者, 在显微镜下经迷路侧颅底胆脂瘤切除术+脑脊液漏修补术+腰大池引流术+右开放式乳突切除术+面神经减压术, 此手术涉及多学科领域, 操作时间长, 创伤大, 且并发症较多, 通过围手术期的科学治疗和护理, 现术后效果良好。现将护理体会报道如下。

关键词: 多学科; 胆脂瘤; 腰大池引流; 护理

DOI: 10.69979/3029-2808.25.11.091

1 临床资料

患者张某某, 女性, 54 岁, 主诉: 右耳鼓室成型术后 29 年, 右侧面部麻木 2 个月。现病史: 患者 29 年前右耳反复流脓后, 行相关检查诊断为“中耳胆脂瘤”, 于当地总医院局麻下行右耳鼓室成形术。近期右侧面部出现麻木, 自诉有隔膜感, 无运动障碍, 自行用滴耳液治疗 1 个月后, 面部不适感无明显改变。右侧面部麻木感加重, 右侧有溢泪症状, 右侧额纹变浅, 右侧抬眉较左侧差, 右侧眼睑可闭合, 但闭合无力, 右侧鼻唇沟较左侧变浅, 露齿时嘴角向左偏, 自行滴耳治疗 1 个月无明显好转。半个月来出现间断性耳鸣, 呈低调“嗡嗡”音。为求进一步诊治来我院, 门诊行相关检查后, 以“右中耳胆脂瘤复发, 右鼓室成形术后, 右侧周围性面瘫 II 级”为诊断收入院。

2 手术方式

中耳胆脂瘤可以导致周围性面瘫, 面部的功能受到不同程度影响, 虽然保守治疗有一定疗效, 但是面神经减压手术仍是治疗周围性面瘫最有效的方法^[3]。经过神经外科口腔科等专家会诊, 我科择期全麻下在显微镜下经迷路侧颅底胆脂瘤切除术+脑脊液漏修补术+腰大池引流术+右开放式乳突切除术+面神经减压术。

3 围术期护理

3.1 一般护理

术前责任护士要协助患者做好术前检查, 并观察患

者有无发热咳嗽等异常现象发生, 及时与经治医师汇报新发症状。术前提醒患者禁食水 6-8 小时, 并提前做好备皮准备。全麻术后, 遵医嘱给予监测生命体征及吸氧 8 小时, 密切观察意识、瞳孔及其它神经系统体征, 及时报告医生处理, 保持呼吸道通畅, 确保患者安全。手术带回腰大池引流 1 枚及尿管 1 枚, 术耳、肩部及腰部敷料。给予双腿气压治疗 1 小时, 交替按摩腿部, 预防血栓。术后采取绝对卧床休息, 记录 24 小时腰大池引流量, 给予抗菌素及营养神经药物对症治疗, 术后 6 小时拔除尿管, 指导进食半流质饮食。每天监测患者体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征的变化并做好记录。

3.2 切口敷料观察护理

使用 3M 胶布高举平台法妥善固定导管防止滑脱, 保持伤口引流管置管处敷料干燥清洁。3M 伤口敷料是一种临床常用的术后护理材料, 具有透气性强、低致敏性、固定牢固等特点, 在一定程度上减轻患者的痛苦, 同时使护士维护腰大池引流管更加方便、安全^[4]。术后定期更换耳部肩部及腰部敷料, 24 小时内密切观察切口敷料松紧情况及有无渗液渗血, 术后指导患者健侧卧位, 术后 9 日拆线。

3.3 腰大池引流管的护理

持续腰大池引流术是近年发展起来的新技术, 其通过在患者腰部安置引流管, 持续释放患者脑脊液, 减少对脑脊膜、脊髓神经根的刺激, 缓解脑水肿^[6]。术后观

察患者腰部穿刺点及引流管周围皮肤有无红肿、热痛、瘙痒等过敏情况。观察引流管有无脱出、固定敷料有无松脱或不黏合。置管后患者去枕平卧 6 小时, 如果发现剧烈头痛, 恶心呕吐、精神萎靡、意识障碍逐渐加重、瞳孔不等大等情况时, 应考虑到脑疝的可能, 应及时通知医生, 积极采取脱水降颅压等措施。每班观察, 保持引流管通畅, 引流不畅时, 积极找出原因, 若引流管堵塞时, 可用生理盐水冲洗引流管, 必要时更换引流管或重新置管。拔管前 3d 训练间断性夹闭引流管, 关注患者生命体征的变化^[7]。患者术后第 9 天顺利拔出引流管, 无头痛呕吐发热症状。

3.4 腰大池引流液的观察

脑脊液为无色透明的液体, 具有一定的化学成分和压力, 对维持颅压的相对稳定有重要作用。术后密切观察引流液量、颜色和性状, 定期从引流管接口处留取 10 毫升新鲜脑脊液, 送脑脊液常规、生化、培养及药敏, 引流液由清变浊, 则要警惕颅内感染的发生, 同时做好记录。我们根据病情严格控制流速, 每小时引流量约 10ml, 当患者改变体位时, 要重新调节引流管的高度, 保持颅内压维持在正常水平, 引流管口必须高于腰椎管水平 10-20cm, 引流袋要低于椎管水平, 引流多时抬高引流袋, 引流少时降低引流袋。每天更换引流袋, 要严格无菌操作, 避免反流。

3.5 面瘫的护理

患者是因为中耳胆脂瘤引起的同侧周围性面瘫, 往往连最基本的抬眉、闭眼、鼓嘴等动作都无法完成。周围性面瘫是面神经疾病中的一种类型, 可出现面部不对称、泪腺功能障碍、味觉异常、听觉异常、交流障碍等症状^[8]。

眼部护理: 做好用眼卫生宣教, 减少用眼, 给予滴眼液每日三次滴右眼, 恢复期指导患者练习眨眼级闭合眼睑的动作。面部护理: 每日对患侧面部进行 2 次湿热敷, 每次持续 20min。热敷后, 需进局部按摩。指导饭后进行漱口, 保持口腔清洁, 预防感染。在康复阶段, 指导患者进行面部肌肉的自主训练, 能够有效促进功能恢复。具体可包括以下有节奏、用力的动作练习: 双眉交替上抬、有控制地睁闭双眼; 规律用力闭合眼睑, 反复进行眼部的开合动作; 双唇紧闭后规律鼓起腮部, 保持气体不泄漏; 以及双唇用力向内吸拢, 使口唇呈 O 形, 两颊内陷。

3.6 疼痛护理

术后第二天, 患者感觉伤口疼痛或短暂抽搐, 耳内

有脉搏跳动感, 耳鸣加剧及轻微的头晕、恶心, 告知患者术后绝对卧位, 注意休息, 及时协助患者更换体位, 保持舒适。术耳朝上, 以免压迫伤口造成疼痛。术后 6 小时指导患者进食高营养、高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪、清淡易消化的饮食, 与此同时注意保持排便通畅。指导健侧咀嚼食物, 避免牵拉伤口加重疼痛。术后做好心理护理, 多与患者沟通, 告知患者注意事项, 消除其紧张恐惧心理, 用心理支持疗法减轻疼痛, 必要时遵医嘱给予止痛药。

4 术后并发症的观察及预防

1. 穿刺处脑脊液漏或渗液: 带管时间长引流管摩擦可能导致穿刺处脑脊液漏或渗液。确保引流管位置正确的前提下, 应指导患者活动及翻身时注意避免牵拉, 变换体位时可暂时夹闭引流管。同时需积极控制可能引起颅内压波动的因素, 包括避免剧烈咳嗽、勿用力擤鼻涕、禁止头部大幅度晃动, 并保持大便通畅, 防止排便用力。拔管后需密切监测患者的意识状态、瞳孔变化及生命体征, 以预防脑脊液漏的发生。

2. 颅内感染颅内感染标准: 颅内感染的明确诊断, 需基于持续的感染征象和相应的实验室证据。临床上, 患者表现为超过一周的稽留高热 ($>38.5^{\circ}\text{C}$), 伴随剧烈头痛与脑膜刺激征。血液分析显示炎症反应活跃, 最具特征性的是脑脊液检查, 可见压力增高、外观浑浊不清, 细胞数增多, 以及特征性的“蛋白-细胞分离”现象, 严格执行无菌操作原则, 置管时间长或操作不当容易引起的逆行性颅内感染, 同时腰大池引流管留置时间过长还可能引起神经根刺激症状。每日四次定时监测患者体温, 做好记录, 保持穿刺点敷料干燥及完整, 严格按照无菌操作定时更换引流袋。术后根据细菌培养的结果适当选用抗生素预防感染。

3. 张力性气颅: 确保引流管的通畅, 密切观察与记录脑脊液的量、颜色及引流速度。由于脑脊液引流速度过快, 流量过多易导致张力性气颅。保持颅内压在 150-200mmH₂O, 根据颅内压监测数值, 随时调节引流袋悬挂高度以控制脑脊液流速。

4. 神经根刺激症状: 有部分患者在留置引流管期间可能会出现下肢麻木、不适感等轻度神经根刺激症状, 可告知患者不必担心, 这种症状只是暂时的, 一般在拔除引流管后可消失^[9]。应向患者解释清楚, 做好健康宣教, 消除患者的紧张焦虑情绪。

5 出院指导

出院时嘱患者加强营养, 预防便秘, 必要时用开塞

露。注意休息，勿用力擤鼻，避免头部剧烈运动，注意保暖，预防感冒。出院后继续服用抗生素 1 周，出院 1 周门诊复查，以后 2 周复查 1 次，禁止淋浴，保持切口清洁干燥，避免抓挠伤口，以免造成皮损或感染。告知患者切口出现红肿疼痛，可能是局部感染，应及时到医院就诊。

6 讨论

在耳显微镜下经颅底的耳科手术是比较复杂，风险较高的手术，患者的恢复不仅需要医生精湛的技术，还需要专业有计划性的护理措施。该患者是胆脂瘤并发面瘫，首先，瘤体侵蚀包围面神经的骨管，随后直接侵害神经鞘膜和纤维，造成神经受压与局部微循环障碍；这一系列病变会引发面神经炎和水肿，最终致使神经纤维变性、坏死，功能随之丧失。当胆脂瘤患者出现面瘫时，都应尽早手术。我科室在患者出院后分别进行了 3 次随访，了解到患者面神经功能得到一定程度的恢复。

腰大池持续引流避免反复腰椎穿刺带来的痛苦及椎管逆行性感染的风险，其作用在于控制显微手术后脑脊液中溶解的血红蛋白等含量，从而促进颅内压下降，减轻术后昏迷深度，降低苏醒后血管痉挛与头痛等程度，有效减少或避免脑梗死发生^[10-11]。临床上，我们总结以下几点：

（一）每天严密观察引流管及脑脊液的各项指标，每日监测脑脊液生化常规，必要时测定脑脊液压力。

（二）适时拔除引流管，避免长时间引流可能带来的风险。拔管之后，需密切监测患者的意识、瞳孔变化及各项生命体征，以预防脑脊液漏复发。此外，拔管后应继续使用抗生素治疗一周，以巩固疗效。

（三）术后要加强患者的营养摄入，为弥补腰大池持续体外引流丢失的蛋白质，建议为患者提供高蛋白、高纤维素、高热量的营养支持，助力身体康复。

（四）患者住院期间及时给予正确的心理疏导和健康教育，向患者及家属讲解疾病相关知识及术后注意事项，取得患者的信任，让患者以积极的心态配合治疗和护理工作。

（五）术后积极配合医生执行治疗方案，配合医疗诊治工作，严密观察病情变化，做好记录与交班，发现异常，及时与经治医生沟通。

（六）术后加强巡回，为患者做好生活护理，协助其饮食起居，及时解决患者所需，指导患者加强营养摄入，提高免疫力。加强病房管理，为患者创造清洁舒适

的休养环境。

（七）恢复期指导患者功能锻炼，防止发生并发症，促进功能的恢复。

（八）做好出院健康宣教，告知患者出现异常情况随时复诊，我们定期电话随访了解患者的恢复情况，及时给予指导。

参考文献

- [1] 王成钢. 乳突根治与开放式鼓室成形术联用治疗胆脂瘤中耳炎的效果及术后听力水平分析[J]. 临床医学, 2019, 39(1): 54-55. DOI: 10.19528/j.issn.1003-3548.2019.01.019.
- [2] 刘星; 蔡鑫章. 中耳胆脂瘤的遗传学研究进展. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志. 2022. 28(6): 71-76
- [3] 翟贯虹; 于司函; 张志强; 于常旭; 崔哲洙. 中耳胆脂瘤合并面瘫的手术后疗效分析. 山东大学耳鼻喉眼学报. 2023. 37(1): 20-25
- [4] 齐庆芬; 张岳利; 毛明利. 3M 伤口敷料在持续腰大池引流中的固定导管效果分析. 当代医学. 2022. 28(1): 131-133
- [5] 陈丽芳; 张毅; 王志英. “球拍式”粘贴联合自制腹带固定腰大池引流管的效果. 现代科学仪器. 2020(5): 74-76
- [6] 张金森; 陈果; 郑炼. 持续腰大池引流对高血压脑出血术后脑脊液神经元特异性烯醇化酶、S100B 水平及神经功能、预后的影响. 临床与病理杂志. 2022. 42(1): 96-102
- [7] 伍梦婷; 余浩斌; 庄平. FOCUS-PDCA 程序管理模式在腰大池引流患者中的应用效果分析. 医药前沿. 2021. 11(36): 167-169
- [8] 翟贯虹; 于司函; 张志强; 于常旭; 崔哲洙. 中耳胆脂瘤合并面瘫的手术后疗效分析. 山东大学耳鼻喉眼学报. 2023. 37(1): 20-25
- [9] 王欣悦. 脑脊液鼻漏 1 例腰大池置管引流术后的护理. 中国科技期刊数据库医药. 2022(2): 0107-0110
- [10] 仲玉洁. 颅内破裂动脉瘤栓塞后脑血管应用腰大池引流术防治的效果探究[J]. 黑龙江医学, 2018, 42(7): 669-670.
- [11] 靳晓亮, 李剑, 李同宽. 不同时机行动脉瘤夹闭术治疗颅内破裂动脉瘤的效果分析[J]. 中国实用医刊, 2022, 49(10): 50-52.