

面肌痉挛行微血管减压术并发远隔部位出血患者的护理

王芳¹, 陈璐², 沈雁蓉¹, 吕燕¹, 何敏¹

Nursing care of patients with hemifacial spasm undergoing microvascular decompression complicated with subdural bleeding Wang Fang, Chen Lu, Shen Yanrong, Lv Yan, He Min

摘要: 总结 9 例面肌痉挛行微血管减压术并发远隔部位出血患者的护理经验。护理要点包括:警惕远隔部位出血的高危人群,早期识别术后远隔部位出血的先兆,紧急处置不同类型的远隔部位出血患者,实施医护一体化的目标血压管理,做好硬膜下引流管的护理,落实个性化心理护理。本组患者经过积极处理,神经功能逐渐恢复,均好转出院。

关键词: 面肌痉挛; 微血管减压; 远隔部位; 出血; 高血压; 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.14.046

面肌痉挛是由于面神经出脑干的区域受到血管压迫引起脱髓鞘病变,患者往往表现为单侧、阵发性、非自主性、强直性、阵挛性抽搐^[1-2]。目前,微血管减压术是根治面肌痉挛的有效方法^[3]。颅内出血是微血管减压术最严重的并发症,常发生于术后 24 h 内,部位主要以幕下多见,远隔部位的出血罕见,发生率为 0.14%~2.59%^[4-5]。远隔部位远离微血管减压术操作的脑干区域,一方面出血难以发现,另一方面,如发生术区合并远隔部位出血,患者病情进展迅速,处理不及时可引起神经功能残疾,严重者可导致死亡。2019 年 1 月至 2021 年 1 月,我科实施微血管减压术 876 例,并发远隔部位出血 9 例,经过积极处理后均好转出院,护理报告如下。

1 临床资料

9 例远隔部位出血患者中,男 3 例,女 6 例;年龄 39~68(54.00±11.22)岁;左侧面肌痉挛 6 例,右侧 3 例;5 例为同侧远隔部位出血,3 例为对侧出血,1 例为双侧出血;8 例硬膜下出血,1 例术区合并硬膜下出血;出血量均<30 mL;术中出血合并术后远隔部位出血 3 例;既往有高血压病史 2 例;有饮酒史 1 例;入院行凝血功能检查异常者 2 例。出血后行保守治疗 8 例,钻孔引流术 1 例;本组患者均未出现重度残疾和死亡,好转出院,住院时间 13~24 d。

2 护理

2.1 警惕远隔部位出血的高危人群 研究表明,高龄、长期高血压未得到有效控制、长期饮酒吸烟、凝血功能障碍、术前合并脑积水、颅内占位性病变或颈动脉狭窄、颅脑饱满、后颅窝狭小、绒球肥大的患者,发生远隔部位出血的概率较其他患者高,主要与术中释放脑脊液、牵拉小脑,造成颅内压改变、脑组织变形移

位、岩静脉张力过大、血管损伤、血管调节功能不良、血压升高诱发出血及凝血异常有关^[5-9]。因此,术前护士详细了解患者的血压水平、生活习惯、凝血检查报告、头部磁共振的结果,对存在上述高危因素的患者,要警惕远隔部位出血的发生。此外,王晶等^[9]报告了 4 例微血管减压术中静脉出血的患者,术后均出现患侧或者非患侧远隔部位出血。研究发现,手术时间长也是导致远隔部位出血的重要因素^[10-11]。因此,护士及时与手术医生沟通,及时了解患者术中情况,尤其是术中是否有出血的情况,对于术中发生颅内出血的患者,术后更要警惕再出血。本组患者中,3 例年龄≥65 岁;2 例合并高血压(大于 10 年)且入院前未进行规律服药,血压控制欠佳;1 例长期饮酒;2 例活化部分凝血活酶时间异常;1 例合并脑膜瘤;手术时长均>1 h。针对上述患者,术后需加强病情观察,发现异常及时处理。

2.2 早期识别术后远隔部位出血的先兆 术后远隔部位出血往往发生在微血管减压术后 24 h 内,以术后 4~12 h 最为多见,且以头痛为主要表现^[8,12]。遵医嘱分别于术后 4 h、24 h 进行常规头颅 CT 检查(必要时增加头颅 CT 检查频率),持续心电监护 24~48 h,严密观察患者的生命体征、意识、瞳孔、肌力,观察有无远隔部位出血的发生。同时,密切观察患者麻醉清醒后有无烦躁的现象,有无枕部、颞部、顶部疼痛、疼痛有无加剧、疼痛为单侧还是双侧,有无四肢肌力减退、恶心、呕吐等情况,当出现上述表现时,要考虑患者是否发生远隔部位出血,立即通知医生予以紧急处理。本组有 8 例患者于术后 3~14 h 主诉额颞顶部疼痛,1 例于术后 6 h 主诉合并枕部疼痛;9 例术后 4~48 h 均有恶心呕吐。3 例于术后 4 h、12 h、24 h 行头颅 CT 检查,6 例于术后 4 h、24 h 行头颅 CT 检查,均提示存在出血,其中 1 例提示出血并存气颅。

2.3 紧急处置不同类型的远隔部位出血患者 微血管减压术操作时,需要患者取侧卧、头部屈曲的体位,颈部的扭曲容易导致对侧静脉回流受阻。此外,术中切开硬脑膜释放脑脊液和压迫小脑半球时,颅内压力

作者单位:南京大学医学院附属鼓楼医院 1. 神经外科 2. 护理部(江苏南京,210008)

王芳:女,硕士,主管护师,护士长

通信作者:陈璐,gycc2011@126.com

收稿:2021-02-02;修回:2021-04-20

急剧降低,容易导致术中发生远隔部位出血^[7]。当术中出现出血时,密切配合医生进行紧急处理:协助医生以生理盐水持续冲洗,以冲洗血性脑脊液,减少血液刺激脑组织诱发肿胀,维持清晰的手术视野,减轻术后患者头痛,同时积极寻找出血点,及时止血。当术后出现出血时,如血量较少且大脑中线无明显移位的患者,遵医嘱进行保守治疗,期间严密观察患者的生命体征、意识、瞳孔和肌力;当患者有头痛、恶心、呕吐等颅内压增高的症状,遵医嘱使用 20%甘露醇 125 mL,2~3 次/d,快速静脉滴注;呋塞米 20 mg 静脉注射,1 次/d;当远隔部位血肿不断增大或中线移位>0.5 cm、临床症状进展较迅速,立即做好急诊手术的准备。本组患者中,3 例术中合并术后出血,6 例单纯的术后出血。其中 8 例行保守治疗,措施主要包括保持病室环境安静,遵医嘱卧床休息;静脉注射血凝酶、呋塞米、地塞米松;静脉滴注 20%甘露醇、白蛋白、泮托拉唑钠;肌内注射甲氧氯普胺;注意保暖,防止感冒,避免用力咳嗽、打喷嚏、剧烈呕吐、用力排便、情绪激动等使颅内压骤然升高的因素。经过上述处理,8 例患者术后 7~13 d 逐渐好转。1 例术后主诉颞顶部剧烈疼痛,头颅 CT 提示硬膜下出血,且血肿逐渐增大,遵医嘱行钻孔引流术。

2.4 实施医护一体化的目标血压管理 微血管减压术后 24 h 内出血往往与术后血压高及血压波动较大有关^[13-14]。密切关注术后血压,维持在基础血压水平,血压波动的幅度<20 mmHg。本组 5 例患者术后血压与术前基本持平,3 例患者(包含 1 例高血压病史患者)术后 6 h 内血压较术前升高 20~30 mmHg,立即汇报医生,考虑与全麻术后不良反应(高血压)、术后恶心呕吐、术后转运有关。遵医嘱严密观察病情,0.5~1 h 测量血压 1 次,3 例患者于术后 5~8 h 血压恢复至与术前基本持平。本组 1 例术后 24 h 内头颅 CT 示术区出血合并远隔部位出血,术后血压最高达 163/102 mmHg,该患者既往有高血压病史。结合患者的基础血压,设定目标收缩压 120~130 mmHg,根据患者体质量,使用佩尔地平 0.2~1.0 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 静脉泵入控制血压,术后回室 12 h 后血压稳定在 121~135/73~85 mmHg,停止静脉使用降压药,改用口服硝苯地平 20 mg,2 次/d。术后第 3 天头颅 CT 示出血量较前相仿,术后第 5 天头颅 CT 示出血量较前减少。此外,保持呼吸道通畅,注意保暖,避免咳嗽、打喷嚏;如无头晕、乏力等低颅压症状,床头抬高 15~30°;关注排便情况,该患者合并糖尿病,嘱其多进食含糖量低、新鲜的蔬菜水果,如黄瓜、西红柿,每餐后 2 h 进行腹部环形按摩 20~30 次,防止便秘的发生。

2.5 做好硬膜下引流管的护理 1 例患者在术后 4 h 全麻清醒拔除气管插管后出现颞顶部剧烈疼痛,急

查头颅 CT,提示少量硬膜下出血,遵医嘱严密观察病情。术后 12 h、24 h 复查头部 CT 血肿增大,且患者主诉头痛加剧,伴有恶心呕吐,精神萎靡,意识由清醒转为嗜睡。完善术前准备,急诊行硬膜下血肿钻孔引流^[15],术中留置硬膜下引流管 1 根。采用 3M 胶布“工”形固定引流管;防止打折、扭曲、受压、折叠,保持引流通畅;密切观察和记录引流的量、颜色、性状;更换引流袋时严格无菌操作;每日测量体温 4~6 次,观察有无颈项强直,动态监测白细胞^[16],警惕和预防颅内感染。该例患者钻孔引流术后硬膜下引流管引流血性液体 55 mL,术后第 3 天拔除引流管,体温波动在 36.3~38.7℃,颈项抵抗,怀疑颅内感染,遵医嘱静脉滴注万古霉素 1 000 mg,每日 2 次,共 5 d,血药浓度维持在正常范围,患者颈项抵抗逐渐减轻、消失,体温逐渐下降至正常范围。

2.6 落实个性化心理护理 面肌痉挛患者由于面部长时间的痉挛抽搐,表情常常比较僵硬,肌肉萎缩变形,偏向一侧,影响外在形象,导致焦虑、抑郁情绪^[17],但其本身不是致命性的疾病,所以患者对微血管减压术手术的期望值较高。远隔部位的出血及其所带来的头痛、呕吐、肌力减退症状,甚至需要经历二次手术,患者及家属担心预后,心理负担较重。及时向患者及家属解释出现远隔部位出血的原因、采取的治疗方案及预后情况,告知家属预后一般良好,介绍成功的案例,改善了患者心理负担。

3 小结

微血管减压术作为治疗面肌痉挛最有效的方法,远隔部位出血的概率较低。本组面肌痉挛行微血管减压术并发远隔部位出血的患者主要与高血压病史、凝血功能异常等因素有关,术前维持平稳的血压,术中谨慎操作,术后动态严密病情观察、及时处理十分关键。

参考文献:

- [1] Lefaucheur J P, Ben D N, Sangla S, et al. Diagnosis of primary hemifacial spasm[J]. Neurochirurgie, 2018, 64 (2):82-86.
- [2] Kong D S, Park K, Shin B G, et al. Prognostic value of the lateral spread response for intraoperative electromyography monitoring of the facial musculature during microvascular decompression for hemifacial spasm[J]. J Neurosurg, 2007, 106(3):384-387.
- [3] 叶均,刘进,冯家丰,等.微血管减压术治疗面肌痉挛的安全性及影响因素分析[J].中华保健医学杂志,2020,22 (5):484-486.
- [4] Niimura M, Takai K, Taniguchi M. Postoperative epidural haematomas associated with hydrocephalus caused by intraoperative overdrainage of cerebrospinal fluid: two case reports with a literature review of 19 cases[J]. BMJ Case Rep, 2015, 2015(9):1-5.