

# 43 例高颈段脊髓内室管膜瘤的护理分析\*

戴德君<sup>1</sup>, 张紫寅<sup>1</sup>, 唐建建<sup>1△</sup>, 谢雪梅<sup>2</sup> (1. 四川省眉山市人民医院神经外科 620010; 2. 中国人民解放军成都军区总医院病理科, 成都 610083)

**【摘要】** 目的 探究高颈段脊髓内室管膜瘤的临床护理要点。方法 回顾性分析 2001 年 3 月至 2012 年 11 月收治的 43 例高颈段脊髓内室管膜瘤的临床资料与护理经验。结果 患者住院时间 22~51 d, 平均 33 d; 随访期间, 肿瘤复发 2 例, 轻度残疾 4 例, 死亡 1 例。结论 手术期间, 准确固定颈椎的位置、积极进行神经肌肉功能康复训练, 可帮助患者早日取得较好的预后。

**【关键词】** 脊髓内室管膜瘤; 高颈段; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 16. 056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)16-2315-03

脊髓内室管膜瘤约占脊髓肿瘤的 60%, 好发于颈椎、胸椎节段, 在脊髓内呈膨胀性生长而压迫脊神经, 引起严重脊神经功能障碍<sup>[1-2]</sup>。其中高颈段脊髓内室管膜瘤的临床症状较为严重, 常危及生命, 其主要治疗方式是显微外科切除肿瘤。因此, 良好而系统的术后护理方案有助于改善患者的预后。本文总结了 2001 年 3 月至 2012 年 11 月神经外科成功进行手术切除治疗高颈段脊髓内室管膜瘤 43 例的临床资料, 将其护理经验报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2001 年 3 月至 2012 年 11 月在眉山市人民医院神经外科成功进行高颈段脊髓内室管膜瘤手术切除的 43 例患者的临床资料。其中男 25 例 (58.1%), 女 18 例 (41.9%); 患者年龄为 14~72 岁, 平均 (38.2±4.3) 岁。<20 岁者 3 例 (7.0%), 20~<30 岁者 11 例 (25.6%), 30~<40 岁者 24 例 (55.8%), ≥40 岁者 5 例 (11.6%)。患者病程 1~42 个月, 平均 (12.5±3.5) 个月。临床表现: 以间断性不明原因的颈部疼痛为首发症状者 41 例 (93.0%), 伴一侧上肢放射性疼痛或躯体麻木或皮肤感觉异常者 38 例 (88.4%), 伴颈部抵抗者 24 例 (55.8%), 运动障碍者 16 例 (37.2%)。43 例中伴 Kernig 征阳性 7 例, 伴肌萎缩 9 例, 伴脊髓压迫综合征、呼吸困难者 5 例 (11.6%), 尿潴留 11 例 (25.6%)。

## 1.2 方法

**1.2.1 术前评估** 按照 McCormick 标准<sup>[2]</sup>, 术前将其脊髓功能分为 4 级: I 级 9 例 (20.9%), II 级 22 例 (51.1%), III 级 6 例 (14.0%), IV 级 6 例 (14.0%)。所有患者均行颈椎 MRI 检查提示: 椎管内高密度占位性病变, 病灶较大, 且与周围组织界限不清。经术后病理检查确诊为室管膜瘤, 组织学类型包括细胞型 20 例 (46.6%)、透明细胞型 13 例 (30.2%)、黏液乳头状 3 例 (7.0%)、伸长细胞型 5 例 (11.6%)、伴脂肪分化型 1 例 (2.3%)、巨细胞型 1 例 (2.3%)。MRI 检查与术中查见肿瘤均位于 C<sub>1</sub>~C<sub>4</sub> 节段, 见图 1。

**1.2.2 手术方案** 本组病例均行外科手术切除治疗, 取俯卧位, 全身麻醉后经颈后部正中入路, 常规切除受累节段颈椎椎板。分别切开硬脊膜和软脊膜, 术中应仔细辨认脊髓后正中裂, 务必沿脊髓背侧正中无血管区纵向切开脊髓, 以便暴露肿瘤全长, 然后小心分离肿瘤。若脊髓内有囊性变, 应先穿刺抽

出囊内液体, 严格防止手术引起的脊髓损伤。

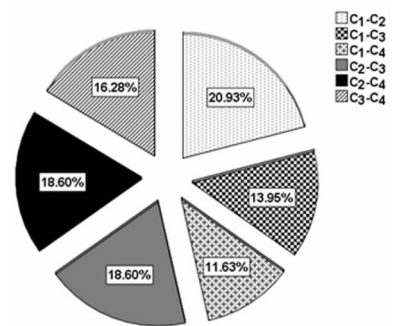


图 1 43 例高颈段脊髓内室管膜瘤的生长部位

## 2 结果

本组患者肿瘤全切除者 13 例 (30.2%)、大部分切除者 30 例 (69.8%)。术中生命体征平稳, 无休克或死亡病例。患者住院时间 22~51 d, 平均 33 d。出院时所有患者情况均较治疗前好转, 无明显颈部抵抗、脊髓压迫、呼吸困难等严重症状。本组共获得 12 例患者的随访资料, 随访时间为 8~15 个月。12 例患者中 1 例 (8.3%) 术后 11 个月死亡, 其术前 McCormick 分级为 IV 级, 治疗方案是肿瘤部分切除术; 痊愈 1 例, 术后复发 2 例, 轻度残疾 3 例 (25.0%), 中度残疾 1 例, 存活后失访 4 例。

## 3 讨论

**3.1 入院护理** 高颈段室管膜瘤位置高, 往往涉及节段长, 手术风险大, 往往不能一次手术切除干净, 需要多次手术治疗, 给患者及家属带来巨大的精神压力。患者长期饱受病痛的折磨, 同时给家属带来恐惧、焦虑<sup>[3-4]</sup>。作为护理人员, 患者入院后要注意自己的言行举止, 通过正确、适当的健康宣教、疾病认知及生活上无微不至的关爱, 使患者及家属建立战胜疾病的信心及对医护人员的信任<sup>[5-7]</sup>。向其告知手术的必要性和重要性, 采取有针对性的心理疏导, 使患者减轻心理负担, 能够正确的对待疾病, 积极配合治疗和护理工作<sup>[8-11]</sup>。本组病例中, 88.4% 的患者患有上肢放射性疼痛或躯体麻木等, 37.2% 的患者因肢体运动障碍、肌肉萎缩入院, 但其尚有自主行为能力。护理人员均在术前指导患者适量运动、防止肌肉废用性萎缩, 同时训

\* 基金项目: 辽宁省高校杰出人才计划 (LJQ2011085)。

△ 通讯作者, E-mail: 13518052018@139.com。

练其在床上大小便的习惯与方法。饮食方面,嘱咐其多喝水、吃高营养流质食物,预防便秘或泌尿系统感染。对5例伴脊髓压迫综合征、呼吸困难患者严格制动,嘱其仰卧位、颈部两侧各放置一个沙袋固定<sup>[12]</sup>,同时给予面罩吸氧、严格监测其血氧饱和度等。7例患者入院时精神状态较差、缺乏战胜疾病的信心且害怕手术,经过护理人员的耐心讲解与开导,取得了患者及家属的信任,消除其术前的焦虑与恐惧<sup>[13]</sup>。

**3.2 术后护理** 术后护理在患者的预后中起着举足轻重的作用。护理人员应充分应用良好的语言交流技巧,帮助患者消除消极情绪、积极做好术后1周的护理工作。本组病例中,2例因擅自活动头颈部、造成体位扭曲不当而发生呼吸困难,经及时发现并未造成严重后果。同时嘱其家属尽量协助患者取正确的体位,充分保护好患者头部、保障颈托固定作用,使头部、颈部、胸部处于同一水平位置,以防止颈部扭转、过伸或者过屈、呼吸困难。此外,在帮助翻身时应保持患者头、颈、肩部、躯体等部位纵轴一致,避免扭转。本组患者均采取颈后垫枕平卧、防止颈部悬空,勿使头部处于较高位置、阻碍脑脊液回流,积极帮助其顺利度过卧床期间最不适的阶段。本组病例中,2例患者分别于术后32、38 h内发生气喘、紫绀等急性呼吸困难表现,因抢救及时未造成严重并发症。产生此类现象的原因可能与手术所致的脊髓继发性水肿有关<sup>[14]</sup>。因此,护理人员需严密监测患者的供氧情况与血氧饱和度,一旦发生缺氧应立即进行呼吸机辅助治疗,同时静脉滴注抗水肿药物,及时消除水肿,待水肿消退后自主呼吸恢复正常时,再逐渐撤出呼吸机。

高位段脊髓室管膜瘤的上下往往伴有脊髓空洞的存在,肿瘤切除时引流了脊髓空洞内的异常灌注的液体,消除了脊髓内高压状态,往往这类患者在术后患者的上下肢运动、感觉及肌力均会有不同程度的改善,且改善的时间多发生在术后1个月的时间内<sup>[15]</sup>。本组患者室管膜瘤切除后,8例患者的感觉障碍平面常上升、13例发生局部痛、温觉减退或消失等现象。此类并发症可能与手术创伤导致脊髓血肿所致患者的感觉平面上升、肿瘤组织造成的脊髓内空洞形成或手术创伤造成的脊髓水肿或血肿压迫脊神经等有关。护理人员积极协助临床医师采用后颅窝减压术等及时减轻脊髓的压迫症状,同时使用呼吸机等提高氧供、严格观察其呼吸状况<sup>[16]</sup>,所有患者均明显好转。

部分研究表明:脊髓空洞症患者往往都有相应病变部位的周围神经损伤,从而导致病变相应节段痛温觉的减退或消失。而周围神经伤害性刺激较易造成患者的行为举止异常,且往往不能从主观上及时告知家属及医护人员。本组患者中仅有1例患者痛温觉异常,其在大量饮用鲜开水时被护理人员发现;经过积极治疗,患者的食管与口腔黏膜并未造成感染、溃疡等严重并发症造成。因而,作者提倡禁止所有室管膜瘤切除后的患者擅用热水袋、冰袋、吹风机等电器,避免发生软组织与重要器官的烫伤、冻伤等<sup>[17]</sup>。

**3.3 康复训练与出院指导** 已证实,脊髓内室管膜瘤的预后效果与脊神经受压迫范围、程度及肿瘤的浸润深度有关。术前患者的神经肌肉功能越好、预后相对越好<sup>[18]</sup>。本组病例中,8例患者术后手臂肌力为3级,需护理人员或家属帮助其进行适量活动。术后应尽早进行肢体功能锻炼,则能最大程度地改善障碍肢体的肌力、提高其生活自理能力、改善全身机体状态、调整活动的协调性及提高患者的生活质量<sup>[19]</sup>。

作者所在医院的经验是:(1)术后待患者的生命体征平稳

及脱离呼吸机后,护理人员主动与患者及家属一起制订详尽的康复计划,使其知晓及配合,充分调动起在后续的康复治疗中的积极性和主动性。先指导患者肌力正常侧肢体进行主动活动,另一侧肢体在正常侧肢体或家属的帮助下进行被动运动,一般为2~3次/天,每次15~30 min,循序渐进地增加患者患肢的活动次数。护理人员应多次到床旁了解患者主诉及评估肢体肌力恢复情况,并能随时调整康复计划。(2)被动活动肌力较差的一侧肢体时,应先以小肌群开始,进行小范围的伸、展、外展、内旋及屈等动作,避免动作过快过重,以每组动作到位为最佳。若患者感觉不适,要经常鼓励患者坚持康复训练,且不可一味迁就患者而终止康复训练。(3)1周后若患者能够在床上坐起活动,护理人员根据患者肌力恢复情况,以重量稍大于肌力的且手掌能够握住的物体让患者进行抓握并举起,尽可能抬高及坚持足够的时间,循序渐进的增加重量及时间。然后慢慢指导患者进行精细动作的训练,如用汤匙取物、筷子夹物体及手指鼻等动作,并注意让患者不断巩固已经恢复的功能。(4)2周后可指导患者佩戴颈-胸联合支具,戴好后将床头抬高15°,患者无不适主诉后再将床头逐渐升高至45°,最后直至90°。

本组8例肌力0~1级患者术后均其家属严格按照康复训练要求,自近端大关节开始活动至远端小关节,防止运动过度造成的关键脱臼或软组织扭伤等现象。对其余35例手臂肌力为2~3级或以上的患者,则鼓励其主动进行康复训练、防止肌肉萎缩、压疮等产生。当患者消极对待康复训练时,医护人员应协助其做功能锻炼、鼓励其自主训练,让患者充满信心、得到亲情和关爱,便于疾病的康复。

当患者符合出院条件时,应积极鼓励其出院。对于运动能力较差的患者,应嘱患者及其家属做好颈托固定、避免过度伸屈与旋转<sup>[7]</sup>。若患者感到颈部疼痛或呼吸困难等,应立即送医院抢救。本组病例中,1例患者术后11个月夜间突发性呼吸困难,家属未及时发现送至医院而死亡。

高位段脊髓内室管膜瘤是一种较为少见的临床肿瘤,易发生呼吸骤停等严重并发症。手术切除治疗方式效果虽然直接,但是风险较大、并发症较多。目前,国内外尚未形成良好的临床护理指南与具体方案。研究表明:准确固定颈椎的位置、积极进行神经肌肉功能康复训练,可帮助患者早日取得较好的预后。然而,如何更好地配合临床医师做好患者的围术期护理、改善高位段脊髓内室管膜瘤的预后依然任重而道远。

## 参考文献

- [1] Moriwaki T, Iwatsuki K, Ohnishi Y, et al. Intradural extramedullary spinal ependymoma: a case report of malignant transformation occurring[J]. Asian Spine J, 2013, 7(2): 139-142.
- [2] Sato K, Kubota T, Ishida M, et al. Spinal tanycytic ependymoma with hemato-myelia-case report[J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2005, 45(3): 168-171.
- [3] Ngo TP, Dufton J, Stern PJ, et al. Myxopapillary ependymoma as a cause of back pain in a young male - A case report[J]. J Can Chiropr Assoc, 2013, 57(2): 150-155.
- [4] Gepp Rde A, Couto JM, Silva MD, et al. Mortality is higher in patients with leptomeningeal metastasis in spinal cord tumors[J]. Arq Neuropsiquiatr, 2013, 71(1): 40-45.

- [5] Kucia EJ, Maughan PH, Kakarla UK, et al. Surgical technique and outcomes in the treatment of spinal cord ependymomas; part II: myxopapillary ependymoma [J]. Neurosurgery, 2011, 68(Suppl 1): 90-94.
- [6] De Falco R, Scarano E, Di Celmo D, et al. Concomitant localization of a myxopapillary ependymoma at the middle thoracic part of the spinal cord and at the distal part of the filum terminale. Case report [J]. J Neurosurg Sci, 2008, 52(3): 87-91.
- [7] 谢菊香, 刘杰, 蒋海蓉. 高颈段椎管内肿瘤的术后观察与护理[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(22): 3965-3967.
- [8] 王君芝, 逯传凤, 黄梅英, 等. 高颈段脊髓髓内室管膜瘤 32 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(12): 87-88.
- [9] Lombardi G, Pambuku A, Bellu L, et al. Cisplatin and temozolomide combination in the treatment of supratentorial anaplastic ependymoma [J]. Chemotherapy, 2013, 59(3): 176-180.
- [10] Ambekar S, Ranjan M, Prasad C, et al. Fourth ventricular ependymoma with a distant intraventricular metastasis: Report of a rare case [J]. J Neurosci Rural Pract, 2013, 4(Suppl 1): S121-S124.
- [11] Figueiredo N, Brooks N, Resnick DK. Evidence-based review and guidelines for the management of myxopapillary and intramedullary ependymoma [J]. J Neurosurg Sci, 2013, 57(4): 327-341.
- [12] Wang M, Wang H, Zhou Y, et al. Myxopapillary ependymoma in the third ventricle area and sacral canal: dropped or retrograde metastasis? [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2013, 53(4): 237-241.
- [13] Fouladi M, Stewart CF, Blaney SM, et al. A molecular biology and phase II trial of lapatinib in children with refractory CNS malignancies; a pediatric brain tumor consortium study [J]. J Neurooncol, 2013, 114(2): 173-179.
- [14] Rajappa P, Margetis K, Sigounas D, et al. Endoscopic endonasal transclival approach to a ventral pontine pediatric ependymoma [J]. J Neurosurg Pediatr, 2013, 12(5): 465-468.
- [15] Feldman WB, Clark AJ, Safaee M, et al. Tumor control after surgery for spinal myxopapillary ependymomas; distinct outcomes in adults versus children: a systematic review [J]. J Neurosurg Spine, 2013, 19(4): 471-476.
- [16] Kuo JS, Gonzalez-Gomez I, McComb JG. Unexpected myxopapillary ependymoma within a filum terminale tethering the spinal cord [J]. Pediatr Neurosurg, 2007, 43(4): 309-311.
- [17] Farrell JJ, Tsung AJ, Flier L, et al. PCR and electrospray ionization mass spectrometry for detection of persistent enterococcus faecalis in cerebrospinal fluid following treatment of postoperative ventriculitis [J]. J Clin Microbiol, 2013, 51(10): 3464-3466.
- [18] Jazayeri SB, Rahimi-Movaghar V, Shokraneh F, et al. Epidemiology of primary CNS tumors in Iran: a systematic review [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2013, 14(6): 3979-3985.
- [19] Dhandapani S, Karthigeyan M, Dhandapani M. Unusual presentation of hyperphagia after surgery for fourth ventricular ependymoma; accessory satiety center or hypothalamic seedlings [J]. Neurol India, 2013, 61(3): 320-321.

(收稿日期: 2013-11-11 修回日期: 2014-01-14)

## 互动式晨会交班在消毒供应中心护理管理中的应用\*

梁 蕊, 罗 瑜(川北医学院附属医院消毒供应中心, 四川南充 637000)

**【摘要】** 目的 分析互动式晨会交班在消毒供应中心(CSSD)护理管理中的应用, 提高医院 CSSD 护理管理质量。方法 2012 年 8 月至 2013 年 7 月以 CSSD 交班前 3 d 工作中出现的问题为主体, 采取平行式讨论的交班方式。结果 发现工作隐患 20 次, 其中 13 次没有严格执行查对制度, 5 次为交接班制度落实不到位, 2 次为违反操作流程。5 名工作人员对晨会重视程度提高, 9 名工作人员对工作流程及核心制度落实到位, 7 名工作人员业务理论知识水平提高, 2 名工作人员人际沟通能力提高。结论 互动式晨会交班有效地提高了 CSSD 护理工作人员的综合素质, 进而提高了护理质量和护理管理水平。

**【关键词】** 消毒供应中心; 互动式晨会交班; 护理管理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.16.057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)16-2317-03

消毒供应中心(CSSD)是医院的重要科室之一, 虽然它不直接服务于患者, 但与临床各科室医疗质量关系紧密。CSSD 具有供应的无菌物品数量大、周转快和涉及范围广等特点。随着 2009 年 4 月卫生行业标准的颁发, 各级各类医院逐步开展 CSSD 集中化管理<sup>[1]</sup>, 工作量大幅增加, 因此管理质量显得尤

为重要。使 CSSD 的工作开展有条不紊, 晨会交班是其中一个重要部分<sup>[2]</sup>, 由于 CSSD 工作不同于病房, 而又无相关文件的指导, 故各医院晨会交班形式内容相差很大<sup>[3]</sup>。传统的交班模式每天只单纯地宣读了前 1 d 的工作量, 很多工作人员对交班只是流于形式, 而工作中存在的问题没有得到及时发现、及时

\* 基金项目: 四川省教育厅科研项目(2008ZA112)。