

# 全椎管内囊虫病 1 例的围手术期护理

何 玮 刘春兰 梁 艳<sup>①</sup> 孙建军<sup>①</sup> 王振宇<sup>①</sup>

(北京大学第三医院手术室,北京 100191)

中图分类号:R472.3 文献标识:B 文章编号:1009-6604(2012)05-0473-03

椎管内囊虫病少见,为神经系统寄生虫病变的一种特殊类型,只占神经系统囊虫病的 1.5% ~ 3%<sup>[1]</sup>。可发生于椎管的不同阶段,累及整个椎管节段的极为罕见<sup>[2]</sup>。椎管内囊虫病的治疗应该在全身应用驱虫药物同时,手术切除局部占位病变解除对神经的压迫。围手术期护理有一定的特殊性。我院于 2011 年 4 月收治 1 例全椎管囊虫病患者,经手术切除囊虫,本文就其围术期的护理进行总结和讨论。

## 1 临床资料

患者女,50 岁。主因腰骶部及双下肢放射性疼痛 3 年,加重伴颈背部疼痛 1 年入院,疼痛为游走性。18 年前因头痛外院诊断为囊虫病合并脑积水,行脑室-腹腔分流术。查体:脊柱曲度可, T<sub>7</sub> 及 C<sub>4</sub> ~ C<sub>5</sub> 椎体水平棘突压痛及叩击痛(+),余无阳性体征。头颅 MRI 示:脑室系统略扩张,可见引流管影。颈、胸、腰段 MRI 示:全椎管脊髓腹侧硬膜下髓

外长条状长 T<sub>1</sub>、长 T<sub>2</sub> 异常信号影, T<sub>9</sub> ~ L<sub>1</sub> 水平偏左多发串珠样囊性病变信号。增强后有环状和长条状强化(图 1)。综合临床病史、症状及影像学检查结果,诊断初步考虑为椎管囊虫病。因囊肿位于全椎管,无法进行从颈部至胸腰段的全椎板切除,手术切除困难。术前准备完善后,选取脊髓压迫最严重的 T<sub>9</sub> ~ L<sub>1</sub> 节段行后正中入路切开显露,术中见多发灰白色半透明囊肿位于蛛网膜下脊髓腹侧,囊肿上下极呈细管状分别向头尾段延伸,囊肿壁和脊髓粘连严重。手术显微镜下用神经剥离子仔细分离串珠样囊肿并予以完整切除,发现囊内有多枚灰白色头节,大小 0.5 ~ 2 cm。继续在 T<sub>9</sub> 水平沿囊肿条状管腔向头端探查,用取瘤钳轻柔抽出长约 10 cm 条状灰白色带完整头节的虫体。冰冻病理报告为椎管内囊虫病。术后 1 周内,抗生素抗感染,甲泼尼龙琥珀酸钠(甲强龙)改善脊髓水肿。术后病理诊断:椎管内囊虫病,虫体显著变性、坏死,伴周围肉芽肿性炎。



图 1 术前颈、胸、腰段 MRI 可见硬膜下髓外腹侧长条状长 T<sub>1</sub>、长 T<sub>2</sub> 信号影(A,B,C),下极似呈串珠样,囊壁强化(B,C),异常线状强化信号延至 L<sub>3</sub> ~ L<sub>5</sub> 水平(B)

<sup>①</sup> 神经外科

## 2 护理方法

### 2.1 术前准备

2.1.1 心理护理 患者一方面长期受疾病的困扰,游走性疼痛,没有定位体征,胸椎管内囊性占位明显,需要手术切除明确性质;另一方面,神经系统尤其全椎管手术风险高,可能出现严重并发症。因此,患者及家属出现明显的紧张、焦虑等情绪。护理人员加强与患者沟通,使之明确手术的必要性、风险性及可能发生的并发症,认真讲解术前的注意事项和术后的护理配合,给予精神安慰和鼓励,使其以良好的心态接受手术,且使患者家属积极配合整个治疗过程。

2.1.2 体位训练 由于该手术时间较长,手术以及术后一段时间内均需采取俯卧位,术前指导患者经常练习俯卧位,逐渐延长俯卧时间,以增加手术的耐受性<sup>[3]</sup>。指导患者腰背肌训练方法,为术后的早期康复锻炼做好准备。

### 2.2 术中护理

(1)正确摆放体位:采取俯卧位,按标准体位摆放,保持呼吸、循环通畅,避免神经、肌肉损伤。

(2)预防压疮发生:因手术时间较长,做好患者皮肤护理。在受压部位使用防压疮垫,注意床单位平整。

(3)严格污染区的划分:脊柱手术通常为无菌手术,而本病为寄生虫感染,术中操作过程会有局部污染,如果不注意污染物区分,可能导致医源性种植感染,手术后给病人造成痛苦。因此,器械护士在配合手术时必须加强无菌观念,手术中应注意在手术台上严格区域划分,污染与未污染的物品分别摆放,提前预留干净器械,手术中严格无菌技术操作。病变切除后,污染的器械敷料全部撤换,并且将接触病变组织的器械放在污染盘内,单独放置,用双层治疗巾覆盖,避免混淆,实行隔离。所有手术人员更换手套,术野更换新的切口治疗巾,使用提前预留的干净器械,再继续手术。器械护士注意力高度集中,密切注意手术进程,分清污染的器械、敷料,不要递错。

(4)手术方法和术中配合:全麻成功后,患者取俯卧位,上腰桥。确定 T<sub>9</sub>~L<sub>1</sub> 纵行切口,常规消毒铺巾后,依次切开皮肤、皮下至棘上韧带,电凝剥离牵开两侧椎旁肌,显露 T<sub>9</sub>~L<sub>1</sub> 节段棘突及椎板。术中 X 线定位后,咬骨钳咬除棘突及椎板,见相应节段硬膜外脂肪消失,硬膜囊张力高,无搏动。完善止血后,尖刀纵行切开硬膜囊并悬吊。见脑脊液呈淡黄色,用显微剥离子探查见囊肿尾端呈串珠样,头段呈条状,位于圆锥及胸段脊髓左侧腹,在术中电生理

实时监测下锐性分离粘连,松解受压迫的脊髓和神经根。尾段串珠样囊肿予以完整切除,取瘤钳顺行取出囊腔内长约 10 cm 条状灰白色虫体后,脑脊液循环及脊髓波动恢复。

囊虫手术后有发生无菌性脑脊髓膜炎的可能,闭合硬膜前用氢化可的松 20 ml 加生理盐水到 200 ml 进行伤口冲洗,可起到抗炎抗过敏的作用。完善止血后,1 号丝线缝合硬膜囊,硬膜外覆以人工硬膜防止术后粘连,外置负压引流管。间断缝合椎旁肌、棘上韧带、皮下、皮肤,纱布、器械清点准确。

(5)密切观察生命体征变化:由于俯卧位,手术时间长,要严密监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度等的变化。

(6)术后器械管理:囊虫是寄生虫,体外不易存活,器械、敷料一般处理即可。手术后的所有器械均用含氯消毒剂浸泡 30 min 做初步清洗,先刷洗未污染手术器械,再处理接触过病变组织的器械。然后用密闭转运车将器械运送到手术室供应部放入器械清洗机中常规清洗消毒后灭菌。神经外科精细器械需注意轻柔清洗,转运过程中采取保护措施,添加保护套,避免损坏。

### 2.3 术后护理

(1)做好术后消毒隔离:术后手术间用含氯消毒液擦拭,遵照《污染手术处理流程》进行终末消毒。

(2)加强肢体功能锻炼,做好康复训练指导;加强患者的营养,以增加体力,利于体能恢复。

(3)按医嘱服用抗囊虫病药物。

(4)加强术后宣教和随访,随着人民生活水平的提高,饮食来源和方式的多样化,由食源性寄生虫病造成的食品安全问题日益突出。因此,囊虫病已经成为影响我国食品安全和人民健康的主要因素之一<sup>[4]</sup>。向患者及家属进行有关囊虫病知识的健康教育,改变不健康的饮食、生活、卫生习惯,提高防病意识和自我保护意识,使患者更好地康复。

## 3 讨论

### 3.1 源头管理

囊虫病已经成为影响我国食品安全和人民健康的主要因素之一<sup>[4]</sup>。猪囊虫病的源头管理应设立专门的猪屠宰场以及对生猪的定期检疫, Pondja 等<sup>[5]</sup>报道经舌检疫猪囊虫发生率为 12.2%,血液 Elisa 检疫猪囊虫的发生率为 34.9%。随着城市化进程的加速,我国生猪的饲养逐渐由主妇家庭饲养向大型养殖场集团化饲养过渡,这样就使得生猪疾病检疫的成本下降,检疫覆盖面增大,有利于杜绝罹患囊虫的生猪进入市场并走上餐桌。

### 3.2 改变饮食习惯

吃生的、未煮熟的含有囊尾蚴的猪肉容易罹患猪囊虫病,且罹患囊虫病死亡患者男性偏多,平均年龄 40.5 岁<sup>[6]</sup>。我们应该加大对某些喜食生冷地区居民的关于寄生虫病知识的宣传,改变原先吃生或半生猪肉的饮食习惯,这样才能在某种程度上预防猪囊虫病的发生。同时也应加大对高危中年男性人群的筛查。预防囊虫病的关键是把好病从口入的关口。

### 3.3 医院围手术期管理和宣教

给予患者“术前 - 术中 - 术后”围手术期护理。术前访视可适当减轻患者紧张情绪,使其简要了解手术的相关内容,从而积极配合手术。手术过程中密切配合医生做好无菌技术操作,针对囊虫病认真做好术中消毒隔离工作,严格区分污染物,防止医源性感染;针对手术时间长的问題,注意俯卧位对循环呼吸的影响,密切监护,并预防压疮。我们在治疗护理的同时,加强术后宣教和随访,向患者及家属进行有关囊虫病知识的健康教育,改变不健康的饮食、生活、卫生习惯,提高防病意识和自我保护意识,使患者更好地康复。

### 3.4 神经系统囊虫病的总体预防和管理

神经系统囊虫病可引发多种神经系统症状,最常诱使癫痫发生,神经系统囊虫病死因排序为脑积水、脑水肿、占位效应和癫痫发作<sup>[7]</sup>。在诊治不明原因脑积水、脑水肿或癫痫时,应想到排查脑囊虫病,遇到椎管内囊虫病,也首先要排查脑囊虫病。椎管囊虫病患者围手术期,也应注意预防癫痫和急性

脑水肿的发生。脑囊虫病可行神经内镜下侧脑室内囊虫取出术,神经内镜也可用于椎管内囊虫病的微创治疗<sup>[7]</sup>。

总之,神经系统囊虫病的预防、治疗和护理是一个涉及到社会、心理、生理等多方面的总体的过程,需要从卫生、防疫、饲养和医院等多层面的配合和管理,才能更好地改善我国囊虫病的现状。

### 参考文献

- 1 Kim SK, Wang KC, Paek SH, et al. Outcomes of medical treatment of neurocysticercosis: a study of 65 cases in Cheju Island, Korea. *Surg Neurol*, 1999, 52 (6) : 563 - 569.
- 2 Lim BC, Lee RS, Lim JS, et al. A case of neurocysticercosis in entire spinal level. *J Korean Neurosurg Soc*, 2010, 48 (4) : 371 - 374.
- 3 鲁秀平, 严晓云, 李卫平, 等. 脊柱后路再手术并发硬脊膜损伤及脑脊液漏的护理. *护理学杂志*, 2007, 22 (20) : 18 - 19.
- 4 徐安健, 谷俊朝. 中国囊虫病现状分析及流行趋势. *中国热带医学*, 2010, 10 (2) : 239 - 240.
- 5 Pondja A, Neves L, Mlangwa J, et al. Prevalence and risk factors of porcine cysticercosis in Angonia District, Mozambique. *PLoS Negl Trop Dis*, 2010, 4 (2) : e594.
- 6 Sorvillo FJ, DeGiorgio C, Waterman SH. Deaths from cysticercosis, United States. *Emerg Infect Dis*, 2007, 13 (2) : 230 - 235.
- 7 Wohlgenut J, Dewey C, Levy M, et al. Evaluating the efficacy of teaching methods regarding prevention of human epilepsy caused by *Taenia solium* neurocysticercosis in Western Kenya. *Am J Trop Med Hyg*, 2010, 82 (4) : 634 - 642.

(收稿日期: 2011 - 12 - 28)

(修回日期: 2012 - 04 - 06)

(责任编辑: 王惠群)