

【临床护理】

# 立体定向毁损术治疗强迫性神经症患者的护理

庞玉玲, 牛素桃, 杨芳莉

(中国人民解放军成都军区总医院 神经外科二病区, 四川 成都 610083)

**【摘要】**报道了22例行立体定向毁损术治疗强迫性神经症患者的护理。认为充分的术前准备和心理疏导,能解除患者对手术的顾虑,消除其紧张及不安情绪,保证患者积极配合手术治疗。术后密切观察体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、瞳孔变化;防止颅内高压的发生,给予平卧位抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ;加强术后并发症的护理,使临床症状得到明显好转;同时认真做好出院指导。22例患者顺利恢复,治疗效果满意,无严重并发症和护理并发症,确保了手术成功率,改善了患者的生活能力,提高了患者的生活质量。

**【关键词】**强迫性神经症; 立体定向; 护理

**【中图分类号】**R473.6 **【文献标识码】**B **【文章编号】**1008-9969(2006)05-0050-02

强迫性神经症(强迫症)是以反复持久出现的强迫观念和强迫动作为主要症状的一类神经性障碍<sup>[1]</sup>。强迫观念是以刻板的形式反复进入患者意识领域的表象或意向。强迫动作则是反复出现的刻板行为或仪式动作,患者明知这些观念及动作没有现实意义,是不必要的或多余的,患者很想摆脱,但又无能为力,因而感到十分苦恼。尽管患者经过精神病医院诊断和正规治疗,但部分患者病情严重,最终求助外科手术手术治疗,立体定向毁损术治疗强迫症患者,这种手术毁损组织少,但往往累及脑深部重要结构,所以对护理要求较高。2005年1-12月,我院对22例强迫症患者行立体定向毁损术治疗,术后临床症状得到明显改善,解除了患者精神上的痛苦,提高了患者的生活质量。现将有关护理报道如下。

## 1 临床资料

本组共22例,男12例,女10例。年龄18~56岁,平均31.9岁。病史3~29年,平均10.5年。临床表现为强迫动作和行为,其中强迫清洗11例,强迫性仪式6例,强迫检查3例,强迫性迟缓2例。所有病例符合强迫症诊断标准,全部患者均经过精神病医院诊断和正规治疗,用药效果不明显且反复住院,病情逐渐加重,要求外科手术治疗。经头部CT或MRI检查证实无器质性病变。22例患者均在局部麻醉下行立体定向毁损术,术后1d强迫清洗症状消失,2d后强迫检查、强迫性仪式、强迫性迟缓症状均有不同程度的改善。术后发生尿失禁9例;发生癫痫1例;无严重的并发症和护理并发症,在住院期间强迫行为均未发生,临床症状得到明显改善。平均住院时

间15d。

## 2 护理

**2.1 术前护理** 手术前1d剃头,做奴夫卡因、青霉素皮试,手术前日晚口服镇静安眠药,术前6h禁食、水,术前30min肌内注射巴曲亭2U、苯巴比妥钠0.1g。多数患者病程较长,病情较重,对手术存在不同程度的紧张、恐惧等心理负担,术前护士仔细了解患者的病情,掌握患者的心理状态,解除患者对手术的顾虑,消除其紧张及不安情绪。因此,患者入院后,护士经常与患者进行沟通,在建立良好的护患关系的基础上,通过交谈了解患者住院后的心理动态,有目的、有步骤地进行观察、分析<sup>[2]</sup>。耐心了解每位患者的生活习惯、性格特点及心理活动。同时向患者及其家属介绍手术成功的病例,认真讲解立体定向手术的特点及有关注意事项,使患者及家属对手术有一个客观了解,鼓励患者树立战胜疾病的信心,以良好的心态积极配合手术,从而确保手术顺利进行。

### 2.2 术后护理

**2.2.1 密切观察病情变化** 患者术后进入监护室进行24h严密观察和护理,保持室内安静。严密观察患者的意识状态、瞳孔变化,监测患者体温、脉搏、呼吸、血压,注意观察肢体运动情况,1次/h,发现异常及时报告医生进行处理。

**2.2.2 防止颅内高压的发生** 术后注意观察患者有无头痛、恶心、呕吐症状,给予平卧位抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ;持续低流量吸氧。遵医嘱给予静脉滴注20%甘露醇125ml加地塞米松5mg脱水治疗,1次/12h,减轻脑水肿,防止颅内高压的发生。

**2.2.3 术后并发症的观察及护理** (1)精神症状的观察和护理。术后1~3d患者强迫动作和行为消失,本组8例患者由于手术创伤致精神紊乱,主要表现

【收稿日期】2006-01-15

【作者简介】庞玉玲(1963-),女,四川南充人,本科学历,主管护师,护士长。

为不自主动作,以上肢摸索性动作为主,如搓床单、被角等,可能与手术刺激额颞有关,待水肿消退后症状即可消失。此时加强护理,做到有人陪护,给予约束带适当保护四肢,防止患者抓挠伤口发生感染。(2)尿失禁的护理。术后患者易出现尿失禁。尿失禁是由于毁损灶周围水肿以及颅内积气造成的,待水肿消退和积气吸收后,尿失禁自行消失<sup>[3]</sup>。出现尿失禁后患者心理压力较大,此时护士多理解关心患者,给予安慰和鼓励,告诉患者这是暂时的,使患者树立信心,积极配合治疗护理。做好皮肤护理,保持床单位清洁干燥,加强膀胱功能训练,提醒患者排尿1次/1~2h,锻炼盆底肌肉,促进排尿功能恢复。本组有9例患者术后出现暂时性尿失禁,3d后症状消失。(3)癫痫的护理。术后患者发生癫痫主要是因为手术刺激大脑皮层,脑电活动增强所致。本组有1例患者术后发生癫痫1次,立即取平卧位解开衣领,将头偏向一侧保持呼吸道通畅,尽快用压舌板、筷子、被角置于患者口腔一侧上下臼之间,防止咬伤舌和颊部。遵医嘱给予氧气持续吸入2~4L/min,静脉注射安定20mg,苯巴比妥钠0.2g肌内注射,给予加用床栏,使用约束带等保护性措施,防止患者

坠床。经对症治疗,症状得到控制,没有再发癫痫。2.3 出院指导 (1)继续用抗精神病药物小剂量治疗0.5~1年维持效果,出院前复查CT或MRI1次,观察靶点毁损定位处水肿是否消失。正常情况下,出院3月后来门诊复查1次。(2)鼓励患者多参加集体活动,坚持学习和工作,保持稳定的情绪,防止疾病复发,如病情发生变化,随时到医院就医。多与家人及朋友沟通交流,家庭的支持和帮助对巩固疗效、预防复发、提高患者生活质量有重要的促进作用,而社会成员特别是家庭成员的支持和照料水平与精神卫生常识有密切关系<sup>[4]</sup>。需要护士加强对患者及家属出院指导,帮助患者勇敢走向社会,尽快适应环境,以促进其恢复社会适应能力。

#### [参 考 文 献]

- [1] 蔡红霞,王晓慧.现代精神疾病护理学[M].北京:人民军医出版社,2004:408-409.
- [2] 江晓莲,王连仲,余丽芝,等.精神分裂症立体定向手术病人心理分析及干预[J].南方护理学报,2005,12(1):63-64.
- [3] 张文杰,王惠娟,张晓华,等.立体定向手术治疗21例多秽语综合征患者的护理[J].中华护理杂志,2005,40(2):96-97.
- [4] 高汝兰.对精神病人亲属探视的护理干预[J].南方护理学报,2000,7(1):21-22.

[本文编辑:杨玩华]



#### 【短篇报道】

## 巧用软包装液体

邱丽娜,方小君,郑晓璇

(汕头市中心医院 心胸外科,广东 汕头 515031)

[关键词] 液体; 软包装; 保暖; 物理降温

临床护理中为病人保暖时,按传统方法多采用热水袋装热水取暖,其缺点是有时发生漏水弄湿病人被服甚至烫伤病人,而且热水袋保管时密封橡皮圈常容易丢失。当病人高热需物理降温,常用冰袋装上碎冰块行冰枕,缺点是每次需要时要花时间买来冰块再敲碎,高热病人常需急用而无法及时供给降温,而且冰块解冻时容易漏水弄湿被服。2004-2005年给320例病人使用软包装液体代替热水袋或冰袋,发现可以减少和避免以上问题的发生。现将做法介绍如下。

### 1 方法

收集一些过期的软包装液体。当病人需要保暖时,把软包装液体放进微波炉加热2min,温度可以达到50左右,即可代替热水袋使用;平时放些过期的软包装液体在冰箱冷冻结冰,当病人需要降温时,随时可以从冰箱里取出几袋,用枕袋

或小布袋套上使用,或者单独一袋放在腹股沟、腋下冰敷降温。

### 2 优点

(1)密封性强。我院使用由非PVC多层共挤膜作为外包装材料的输液用袋装液体,PVC材料韧性好,密封性强,加热或冷冻时不破裂,弥补热水袋及冰袋漏水的缺点。(2)节约成本。利用过期的袋装液体,可节约成本,而且可以循环使用。(3)易于保管,方便使用。传统热水袋或冰袋,需晾干保管,保管不妥时瓶塞及橡皮圈容易丢失。

### 3 注意事项

在使用时要在软包装袋的液体内注入少量墨水或紫色药水以醒目的着色液体标志,使其有区别于静脉输液的液体,并贴上外用标记,严防错用。