

障碍的发生率较低(约 235/10 000),不易引起麻醉科医师的重视,在术前沟通中常被忽略^[1]。麻醉后视觉障碍的主要原因包括视动脉及其分支栓塞、视神经损伤、皮质盲及急性青光眼,其高危因素包括肥胖、男性、大量失血、输液晶体/胶体比例高、体位(俯卧位)和面罩压迫眼球等^[1]。咪达唑仑的少见不良反应有视物模糊,短暂的顺行性记忆缺失;舒芬太尼与瑞芬太尼的不良反应均有视物模糊^[2]。该患者在手术麻醉中使用了咪达唑仑、舒芬太尼与瑞芬太尼,故考虑患者的视物模糊可能与麻醉药物的使用有关。

2.2 造影剂因素导致视觉障碍 造影剂的不良反应主要有过敏反应和毒性作用。该患者使用的碘佛醇为新型三碘非离子低渗单体造影剂,具有水溶性高、黏稠度低、体内流动和弥散速度快、神经系统和血管内皮耐受性好等特点,较传统离子型造影剂的不良反应发生率低、造影效果好^[3]。文献报道,碘佛醇的不良反应以循环系统(61.8%)、消化系统(16.45%)、神经系统(8.55%)、皮肤及其附件(7.89%)、全身性损害(5.26%)较为多见^[4],国内未见碘佛醇导致视觉障碍的报道。国外有较多相关报道,BULUT 等^[5]报道了 1 例主动脉夹层患者全身麻醉介入术后出现双眼视力短暂性丧失。SHARMA 等^[6]报道了 2 例患者在注射造影剂(泛影葡胺 30 mL,20 mL/s 静脉注射)过程中出现双眼视物模糊现象,但不伴血压变化,无神经功能缺损,无其他症状,该作者认为该例患者潜在的高血压可能与视物模糊有关。介入术后的视觉障碍可能与大剂量、高水平造影剂破坏血脑屏障,引起神经毒性,导致皮质盲有关。皮质盲是指大脑枕叶皮质受到毒素影响或血管痉挛缺血而引起的一种中枢性视觉障碍,其中以血管痉挛缺血最为常见^[7],临床表现为双眼视力完全丧失,瞳孔光反射正常,眼底正常,眼球活动正常,可伴有偏瘫。枕叶皮质盲可分为 3 型,(1)单纯视觉障碍:表现为视物模糊、偏盲或失明,不伴其他神经系统症状和体征;(2)视觉障碍伴大脑半球神经功能损伤的症状和体征,如偏瘫、偏身感觉障碍和失语等;(3)视觉障碍伴小脑幕下症状,如眩晕、眼震和共济失调等^[7]。皮质盲的常见原因是脑血

管病,脑血管造影术后短时皮质盲发生率为 0.3%~4.0%,多发生在造影术后 24 h 内,最长需 72 h 恢复^[8]。国外报道称,若使用高渗的离子型对比剂造影,导致的皮质盲发生率可达 4.0%;在冠状动脉造影术后及用造影剂行 CT 增强检查时也会出现皮质盲,这可能与造影剂的视皮质细胞毒性有关^[9]。本例患者术前未进行颈动脉彩超检查,但术后头颅 CT 平扫未见出血及梗死征象,故不考虑颈动脉斑块脱落。患者术中使用碘佛醇造影剂约 200 mL,故考虑其一过性视物模糊可能也与造影剂有关。

参考文献

- [1] 马俊,谢言虎,陈昆洲,等. 颈动脉狭窄患者围麻醉期视力下降一例[J]. 临床麻醉学杂志,2019,32(9):888.
- [2] 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药理学[M]. 17 版. 北京:人民卫生出版社,2011:22-26.
- [3] 中华医学会放射学分会对比剂安全使用工作组. 碘对比剂使用指南(第二版)[J]. 中华医学杂志,2014,94(43):3363-3369.
- [4] 操银针. 152 例碘佛醇不良反应文献分析[J]. 中国医院药学杂志,2015,35(24):2231-2233.
- [5] BULUT M, BICER M, DURMUS O, et al. Transient loss of binocular vision caused by painless aortic dissection in high-risk abdominal aortic aneurysm surgery[J]. J Cardiovasc Surg(Torino), 2011, 52(5):753-754.
- [6] SHARMA S, RAJANI M. Bilateral blurring of vision after administration of contrast medium during i. v. digital subtraction angiography[J]. AJR Am J Roentgenol, 1989, 152(2):429-430.
- [7] 王凯,张占普,王涛,等. 脑血管造影术后并发失明病例分析及文献复习[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2013,12(5):456-458.
- [8] 夏至浩. 脑血管造影术后并发偏瘫和双目失明报道及文献复习[J]. 中国临床神经科学,2000,8(2):136-137.
- [9] AKHTAR N, KHATRI A, NASEER A, et al. Transient cortical blindness after coronary angiography: a case report and literature review[J]. J Pak Med Assoc, 2011, 34(5):527-529.

(收稿日期:2020-04-16 修回日期:2020-09-11)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.24.052

1 例巨大黏液性囊腺瘤合并胆囊结石患者术后护理体会

霍家贤¹,张春丽¹,严静¹,万鹏夏^{2△}

1. 重庆市九龙坡区人民医院肝胆脑外科,重庆 400051;2. 树兰(杭州)医院肝胆外科,浙江杭州 310000

关键词:黏液性囊腺瘤; 胆囊结石; 外科护理

中图分类号:R473.6

文献标志码:C

文章编号:1672-9455(2020)24-3705-02

黏液性囊腺瘤是一种常见的卵巢肿瘤,最常见于 30~50 岁女性,占卵巢良性肿瘤的 20%,是人体中体

积最大的一种肿瘤^[1]。胆囊结石是肝胆外科的常见病和多发病,目前我国胆囊结石的患病率为 4.21%~

△ 通信作者,E-mail:pengxia.wan@shulan.com。

11.00%。手术治疗是现阶段临床治疗胆囊结石的主要方法^[2]。本院收治了 1 例巨大黏液性囊腺瘤合并胆囊结石的患者,通过手术治疗取得了良好效果,现将护理体会总结如下。

1 病历资料

患者,女,63 岁,农民,发现腹部逐渐增大 8 月余,于 2019 年 11 月 20 日入院,患者上腹部隆起,无腹痛、腹胀、腹泻,无恶心、呕吐、反酸、嗝气及黑便等伴随症状。门诊以“胆囊结石、胆总管扩张、腹部包块”收入院。入院查体:腹部外观膨隆,扪及较大包块,边界不清,腹壁静脉曲张,整个腹部及盆部明显隆起,腹围约 97 cm,腹部张力高、无压痛、无反跳痛。腹部彩超示:腹盆腔囊性占位(大小约 145 mm × 125 mm),囊腺瘤可能,胆囊结石。腹部 CT 示:盆腹腔巨大囊实性占位,考虑附件区巨大囊腺瘤可能,不能完全排除囊腺瘤,胆囊腺肌症,胆囊增大。其余检查及相关实验室指标未见明显异常。入院诊断:腹腔肿瘤,胆囊结石,胆总管扩张。术前行肠道和阴道准备,于 2019 年 11 月 28 日全身麻醉下行剖腹探查、盆腹腔巨大肿瘤切除、胆囊切除术。手术总耗时 150 min,术中出血量 100 mL,无输血,切除瘤体质量约 10.8 kg。患者术后 20 h 拔除胃管,给予流质饮食;术后第 1 天测得腹围约 77 cm;术后第 2 天拔除腹腔引流管,下床活动,肛门排气,腹围约 75 cm;术后第 3 天拔除尿管,给予低脂半流质饮食,腹围约 74 cm;术后第 4 天给予低脂饮食。随后测得腹围稳定于 74 cm 左右。术后第 11 天拆线,痊愈出院。术后病理:右侧卵巢黏液性囊腺瘤;慢性胆囊炎,局部囊壁纤维组织增生伴玻璃样变性钙盐沉积。

2 术后护理体会

2.1 常规护理 患者术后返回病房,去枕平卧,头偏向一侧,保持呼吸道畅通,一旦有呕吐物及时清除,防止误吸。常规心电监护,每小时测血氧饱和度、脉搏、血压、呼吸频率及体温;每 8 h 测 1 次中心静脉压(CVP),根据 CVP 调节输液速度及输血量,严密观察患者生命体征。

2.2 饮食护理 ALTOMARE 等^[3]研究显示,胆囊切除术后给予低脂饮食,少食多餐,补充维生素 A、D、E 和 K,口服益生菌等,可明显减少腹胀、腹痛、腹泻等并发症的发生率。该患者术后 20 h 至术后第 2 天给予流质饮食,术后第 3 天给予低脂半流质饮食,术后第 4 天给予清淡、易消化、富含维生素的低脂饮食,并嘱患者少食多餐,多吃新鲜蔬菜、水果,多喝水,饮水量 > 2 000 mL/d,保持大便通畅。

2.3 疼痛护理 有效的术后疼痛管理是康复的基础,给予多模式镇痛疗法可促进胃肠道蠕动,促进患者早期进食及下床活动,符合当前加速康复外科理念^[4]。该患者手术切口较大,疼痛明显,术后给予 48 h 持续镇痛泵止痛,并教会患者及家属正确使用镇痛泵,同时给予相应的心理安慰及疏导,以减少患者

紧张情绪。及时帮助患者调整舒适体位,术后 6 h 取半卧位,指导患者咳嗽时双手按压腹部以减轻切口处疼痛,患者术后 1 周内疼痛评分控制在 2 分以内。

2.4 预防腹内压骤降护理 腹内压通常由膀胱测压法间接测得,其在手术后及危重症患者的临床观察、治疗、病情判断、预后评估等方面均具有较大价值^[5]。腹内压骤降或骤升均能造成相关并发症,而腹内压骤降主要引起血液向腹腔内流动,回心血量减少,导致重要器官缺血^[6]。该患者腹腔肿瘤体积巨大,故为防止术后腹内压骤降,术后伤口用腹带加压包扎,每日通过膀胱测压法间接测量腹内压 3 次,值均在 9~12 cm H₂O,尿液的颜色、性状和量均无异常。

2.5 并发症观察处理 该患者术后未出现出血、胆漏、腹腔感染等并发症。对于该类腹部手术患者,术后应密切观察腹腔引流液的颜色、性质及引流量,保持引流管通畅,妥善固定,避免引流管牵拉、滑脱、扭曲、受压。腹部切口敷料保持清洁干燥,严格执行无菌操作,观察切口有无出血、渗出、裂开。

2.6 出院宣教 嘱患者出院后低脂饮食,避免暴饮、暴食及进食辛辣刺激食物,多食新鲜蔬菜和水果。术后 1 个月内避免剧烈活动,禁止盆浴。告知患者胆囊切除后可能会出现消化不良、脂肪泻等情况。出院后如出现腹痛、黄疸、白陶土样便等情况应及时就诊。出院 1 个月后妇科门诊复查。

3 小结

单纯的胆囊切除较为常见,但该患者同时患有巨大黏液性囊腺瘤,采用腹腔镜手术治疗的难度及风险较大,故选择了传统开腹手术。开腹手术术后应密切观察患者的生命体征、CVP、腹内压,以及尿液的颜色、性状和量等。同时,患者手术切口大,疼痛明显,术后镇痛管理尤为重要,应做好疼痛管理,鼓励患者尽早活动,从而促进患者早期康复。

参考文献

- [1] 谢幸. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2018:215.
- [2] 黄成宽. 胆结石手术治疗的临床研究进展[J/CD]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(76):197-198.
- [3] ALTOMARE D F, ROTELLI M T, PALASCIANO N. Diet after cholecystectomy[J]. Curr Med Chem, 2019, 26(19):3662-3665.
- [4] NIMMO S M, FOO I T H, PATERSON H M. Enhanced recovery after surgery: pain management[J]. J Surg Oncol, 2017, 116(5):583-591.
- [5] 徐秋胜, 杨宝华, 徐钧, 等. 腹内压监测对开放危重症患者胃肠内营养的影响[J]. 中国现代医生, 2017, 55(12):28-31.
- [6] 程伟鹤, 刘华平, 史冬雷, 等. 机械通气患者腹内压与肠内营养喂养不耐受的相关性研究[J]. 中国护理管理, 2018, 18(3):361-367.