

# 顽固性偏头痛显微血管减压手术的围手术期护理

靳欢 刘敏<sup>通讯作者</sup> 孙友珍 刘目群 张岩

航空总医院 北京 100012

**摘要:**目的 探讨顽固性偏头痛患者行显微血管神经减压术治疗的围手术期护理。方法 针对 2017 年 1 月-2017 年 12 月期间实施显微血管神经减压术治疗的顽固性偏头痛患者 68 例, 回顾性分析个性化心理及疼痛护理在顽固性偏头痛患者围手术期的重要性。结果 67 例患者疼痛完全消失, 1 例缓解, 效果良好。结论 大多数顽固性偏头痛患者因长期的头痛折磨都伴有不同程度的心里障碍, 围手术期个性化护理对治疗效果有格外的重要性。

**关键词:** 偏头痛; 显微血管减压术; 护理; 疼痛评估

偏头痛是一种常见的血管性头痛, 全球发病率约为 14.7%, 是世界第三大常见疾病。在亚洲地区, 成年女性偏头痛患病率为 10%, 男性为 3%<sup>[1]</sup>。“2010 年全球疾病负担”的研究报告指出, 偏头痛是全球第七大致残疾病<sup>[2]</sup>。反复发作的剧烈头痛严重影响患者的生活和工作质量, 长期的头痛导致多数人伴有不同程度的心理障碍。目前国内外对偏头痛的治疗手段仍以药物控制为主, 但其疗效尚不明确。80 年代, 我国段美才等<sup>[3]</sup>首次报道显微血管减压术 (microvasculadecompression, MVD) 治疗偏头痛有效以来, 这种手术方法在国内已成为治疗顽固性偏头痛的另一种有效治疗手段<sup>[4]</sup>。回顾性分析我院自 2017 年 1 月开始采用显微血管减压术治疗顽固性偏头痛, 至 2017 年 12 月止, 共手术治疗偏头痛患者 68 例, 在围手术期内干预个性化心理及疼痛护理取得良好效果, 现将护理经验报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料: 从 2017 年 1 月~2017 年 12 月间, 我院共收治顽固性偏头痛患者 68 例, 其中男性 33 例, 女性 35 例, 年龄介入 35 岁-75 岁间, 平均年龄 55 岁。头痛病史 2—30 年, 平均 5 年, 头痛发作频率: 8—24 次/年, 药物保守治疗 6 个月以上。

1.2 临床表现: (1) 先兆症状: 如眼前闪光、黑朦等 12 例。(2) 疼痛部位: 耳颞区域疼痛 31 例, 眶额区域疼痛 24 例, 后枕区域疼痛 25 例, 复合区域广泛性疼痛 16 例(颞枕部 3 例, 额颞部 6 例, 额枕部疼痛 4 例, 额颞枕部 3 例)。(3) 疼痛性质: 搏动性跳痛 40 例, 其它 28 例(针扎及烧灼样疼痛、胀痛)。(4) 伴随症状: 伴有恶心、呕吐、头晕 40 例, 例伴有严重抑郁及焦虑症状。

1.3 术前评估: 所有患者术前均先采用 2%利多卡因进行神经阻滞试验来确定疼痛起源点, 同时所有患者均采用视觉模拟评分法评价头痛程度, 对成年患者还采用抑郁及焦虑自评量表进行自评。

1.4 手术方法: 手术均在局麻下进行, 根据疼痛激活点(眶上切迹, 耳颞神经点、枕大神经出腱膜处), 显微镜下沿血管和神经寻找血管和神经卡压部位, 游离血管和神经, 用可吸收医用膜包裹神经防止术后黏连, 必要时切断或烧灼责任血管。

1.5 手术结果: 随访半年-1 年, 平均 0.8 个月。67 例患

者疼痛完全消失, 1 例缓解, 效果良好

## 2 护理

### 2.1 术前护理

#### 2.1.1 心理评估

偏头痛患者是一个特殊群体, 大多数患者伴随明显情绪障碍。研究表明, 偏头痛患者共病抑郁比例达到 41~47%, 共病焦虑比例甚至高达 51~58%。本研究手术对象均为顽固性偏头痛患者, 因长期频繁发作的头痛, 伴随焦虑、抑郁的比例甚至超过 60%。接受手术的大部分患者此前都接受其它方法治疗但效果不佳, 对治疗有悲观情绪, 对手术疗效也存在怀疑态度<sup>[5]</sup>; 在我们的手术病例中, 有 2 例患者此前有过自杀行为, 1 位患者住院期间有过自杀行为。因此, 心理护理对偏头痛患者具有非常重要的意义。护理人员在接诊时首先要了解患者的精神状况, 慢性病容、精神疲惫, 表情淡漠, 此类患者多存在抑郁状态。需在接诊后通过良好的沟通获得患者的亲近感, 必要时通过填写抑郁、焦虑量表来掌握患者的精神状况。

#### 2.1.2 人文关怀护理

一般来说, 伴有抑郁焦虑的患者对周围事情异常敏感, 医务人员的不当言行和周围的严重事件对患者就医过程会造成非常大的影响。抑郁或焦虑情绪的患者一般睡眠质量很差, 在安排住院时尽量安排独立区域不让这类患者和重症患者共处。对手术的恐惧情绪同样会加重焦虑抑郁状态, 本研究女性患者占绝大多数, 还有部分儿童患者, 这些群体对手术的恐惧感要高于成年男性, 因此, 术前的宣教工作尤为重要。我们专门制作了偏头痛宣教片, 片中我们收集了很多典型的成功手术病例及患者留下的感言及感谢信让患者观看, 来增强她们对手术成功的信心, 打消对手术的恐惧和担心。对焦虑抑郁状态明显的患者手术前一天晚上给予镇静药物来改善睡眠及稳定情绪。

#### 2.1.3 手术部位的护理

有些女性患者担心手术切口对外貌的影响, 特别是眉毛正中的切口。我们也通过介绍皮下缝合技术及观看以往治愈患者复查伤口照片来打消她们的顾虑。术区备皮时, 在不影响消毒范围的情况下, 尽可能保留女性患者的头发完整, 术后能尽快进入社会环境。术前一天, 用酒精对备皮区域进行消毒。

## 2.2 术中护理

由于该手术都是局麻手术, 针对不配合手术的儿童或年龄较大, 心脏功能不好、血压高、以及心理状态极不稳定的患者我们会建议麻醉科医生参与监护, 术中给予必要的强化镇静。偏头痛患者一般对疼痛的耐受性较差, 尽管采用了神经阻滞, 在术中分离神经血管时会出现疼痛或明显不适感, 此时患者会表现明显疼痛恐惧感。我们护理组和手术室护士进行了专门交流培训, 手术过程中护士会不断与患者进行交流来转移患者注意力, 对一些过度恐惧的特殊患者甚至采用握手方式来增加患者安全感; 如果患者有不适会及时反馈给医生进行处理, 避免患者因不适导致体位变化, 甚至污染手术野。

## 2.3 术后护理

### 2.3.1 心理护理

尽管偏头痛显微血管减压术是一个功能性微创小手术, 手术的完成并不代表一切问题的结束。伴有焦虑抑郁的患者较常人更多关注术后的各种不适和疗效。由于术后神经的水肿及周围组织的炎症反应, 多数患者术后会在一定时期内出现对应减压神经支配区域的麻木现象, 这种情况一般在术后最长 3 个月左右会完全恢复; 但部分敏感患者会认为自己的神经被切断, 担心长期麻木问题。术后主管护士的耐心解释可能更让患者释怀。

### 2.3.2 伤口护理

部分患者会出现伤口部位肿胀现象, 比如枕大神经切口应避免颈部的频繁活动、耳颞神经切口尽量减少咀嚼运动、特别是眉弓部位切口, 肿胀后会导致视物困难。我们对所有手术患者在术后第二天就采用红外理疗, 一是可以加快消肿, 减轻不适, 二是可以促进伤口愈合。尽管头皮血管供血丰富,

但个别患者可能因责任血管被切断或电凝后导致伤口缺血坏死, 术后在护理时密切观察伤口情况, 如发现伤口渗液明显、皮肤颜色发暗或发红现象及时向医生汇报, 如果患者伴有糖尿病, 应向患者交代控制好血糖, 本组有 5 例患者术后出现伤口愈合不良, 经过半月到一月换药处理治愈。

## 3 小结

尽管偏头痛显微血管减压术是一个微创手术, 但由于此类患者长期受到疼痛折磨而在心理上产生明显的焦虑抑郁情绪, 对此类患者的心理护理尤为重要, 人文关怀需贯穿在术前、术中及术后整个护理过程, 恰当的心理干预可以明显消除偏头痛患者术前恐惧及术后的各种不适; 对伴有严重心理问题的偏头痛患者, 安全防范意识亦不可缺, 优良的护理让患者对治疗过程的满意及疼痛程度的缓解均起到积极作用。

## 参考文献

- [1] Peng KP, Wang SJ. Epidemiology of headache disorders in the Asia-pacific region[J]. Headache, 2014, 54(4): 610-618.
- [2] Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2012, 380(9859): 2163-2196.
- [3] 段美才, 毕建国, 侯炳友, 等. 偏头痛 56 例手术治疗体会[J]. 中华神经外科杂志, 1988, 4: 55.
- [4] 金永健, 冯增伟, 李丹, 等. 显微血管减压术治疗偏头痛及预后分析[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(2): 186-188.
- [5] 李筱芬, 丁朝兵, 袁红. 心理干预在偏头痛患者中的实施与体会[J]. 解放军护理杂志, 2010, 128(27): 1888-1889.