

# 顽固难治性癫痫手术的临床观察及护理策略

周艳霞, 马庆海\*

(内蒙古医科大学附属医院 神经外科, 内蒙古 呼和浩特 010050)

**关键词:** 顽固难治性癫痫; 手术治疗; 术后护理

**中图分类号:** R473

**文献标识码:** B

**文章编号:** 2095-512X(2021)S1-0146-03

癫痫是由多种原因引起神经细胞异常放电导致的,具有突发性、暂时性和反复性的意识、感觉、运动、行为障碍等异常特征。我国癫痫发病率0.28%~0.32%,经过在医生指导下规范的口服药物治疗3~4年以上,约1/4的病人控制癫痫发作差,即为顽固难治性癫痫<sup>[1]</sup>。癫痫严重影响了患者的成长,降低了生活质量,造成了心里创伤。外科手术可以减少顽固性癫痫的发作次数,是目前主要的治疗手段。随着顽固难治性癫痫手术的推广和普及,对于神经外科护理工作也有了新的要求,但术后仍需长期服药,才能达到满意疗效。本院从2018-03~2021-01对21例顽固难治性癫痫病人选择适宜的手术治疗方式,术后随访半年至三年,在治疗效果上获取了满意的疗效,现将采用的适宜手术方式以及护理体会总结报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组入选的病例均为经过规范化的口服抗癫痫药物,包括丙戊酸钠缓释片(德巴金)、左乙拉西坦片(开浦兰)、卡马西平(得理多)等治疗36个月以上,但控制癫痫发作效果不好,每30天左右发作4~5次以上,日常生活、学习、工作等受到严重影响的顽固难治性癫痫病例。本组21例患者中,男性14例,女性7例,年龄16~48岁,中位年龄26岁,病程0.5~6年。按国际抗癫痫联盟分类标准将癫痫发作类型分为,其中单纯部分性发作6例(28.6%),复杂部分性发作10例(47.6%),继发全身强直发作5例(23.8%),排除标准:接受过癫痫外科手术治疗,有严重基础疾病患者。全组病例通过3年以上正规抗

癫痫药物治疗,但无法控制临床症状;向病患及家属反复交待和阐述手术的必要性以及术后可能出现的情况,病患和家属表示理解并签署知情同意书后,要求手术治疗而住院。

### 1.2 癫痫术前评估方法

**1.2.1 癫痫病史调查** 包括家族史、发育史、个人史和既往史中有否难产窒息、高热惊厥、颅脑外伤和感染等。发作首发年龄、诱发因素、发作时的表现、用药史等。本组病人有家族史6例(28.6%),明确颅脑外伤史5例(23.8%),小儿时有高烧惊厥史4例(19.1%)。

**1.2.2 神经电生理检查** 21例患者在病情稳定期和癫痫发作期均做常规24h动态脑电图(HOLTER),以及视频脑电(VEEG)监测,异常者18例(85.7%),正常者3例(14.3%)。

**1.2.3 影像学检查** 21例患者常规做颅脑结构性影像检查(头部CT和磁共振MRI),以及水抑制技术(FLAIR)像,正电子发射断层扫描(PET-CT),单光子发射计算机断层成像术(SPECT)和脑磁图(MEG)。经检测,有4例(19.1%)诊断为脑血管畸形,3例(14.3%)皮质发育不良,3例(14.3%)皮层硬化,9例(42.9%)颞叶、海马萎缩并硬化。3例(14.3%)发作间期做正电子发射断层扫描(PET-CT)检查病灶低代谢。

### 1.3 手术方法

21例病人结合临床表现、影像学 and 脑电图检查等综合定位措施来进行癫痫病灶术前定位。手术在全身麻醉状态下进行,手术中应用皮层和深部电极进行监测。7例(33.3%)癫痫样异常电波位于颞叶的采取选择性边缘系统(杏仁核、海马)切除。12例(57.1%)有病灶者采用病灶及胼胝体切除术,2例

**作者简介:** 周艳霞(1973-),女,内蒙古医科大学附属医院神经外科主任护师。

**通讯作者:** 马庆海,主任医师, E-mail: 13847113630@163.com 内蒙古医科大学附属医院神经外科, 010050

(9.5%)在功能区有致痫波,于是进行软脑膜下横切(MST)或热灼术处理,直至痫波消失。3例(14.3%)进行迷走神经刺激术(VNS)、立体定向微创脑电监测技术。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

**2.1.1 住院时评估** 顽固难治性癫痫病程长、病因繁杂,需要详细了解病史、临床表现,药物如何服用,家庭状况及背景。与病人及家属沟通应用通俗易懂的语言,由浅入深进行知识宣教,解释治疗疾病的过程,使其对疾病的治愈充满信心。

**2.1.2 心理护理** 与癫痫患者沟通时,应积极普及有关知识,关心体贴病人,个体化、精细化的心理疏导,可使其消除紧张情绪,树立信心和安全感,主动配合术后的护理和治疗,提高依从性。

**2.1.3 安全监管** 癫痫病人需要安排在舒适安静的病室,保证足够的休息和睡眠。病床要有特殊防护装置,常规备齐突发癫痫的相关设备,24h视频监控和专人护理。病情变化应及时通知主管医师,并采取抢救措施。

### 2.2 术后护理

**2.2.1 安全护理** 术后需要绝对安静,卧床3天。病床加设床档,防止坠床。给予病人持续吸氧,密切监测患者意识、瞳孔、生命体征、血氧饱和度的变化以及肢体活动情况。术后24h做头颅CT检查,了解颅内情况,有无再出血和脑水肿,注意术区敷料清洁,遵医嘱给抗炎、脱水、止血等治疗。

**2.2.2 癫痫发作的监测** 有些病人术后早期会出现癫痫发作,护理人员要详细记录发作过程,并与术前进行比较,告知医生,调整各种药物的使用,减少癫痫的发作次数,平稳度过围手术期。病室备好抢救药品和器材,如患者出现癫痫发作,及时给予镇静药物,吸氧,并防止舌咬伤和坠床的发生,仔细观察癫痫发作的表现形式,发作的频率及强度,及时告知医生便于调整抗癫痫药物类型及用药剂量,术后防止脑水肿加重。出院后,应继续进行用药指导和随访。

**2.2.3 稳定病人情绪** 顽固难治性癫痫患者易产生抑郁、恐惧、悲观、自卑等不良情绪。因此,积极给予患者健康教育,指导患者及家属自我调节并辅以心理疏导,清除消极心理和精神负担是疾病术后护理的重要环节。

**2.2.4 康复护理指导** 根据病情,术后循序渐进给予翻身防止压疮、早坐起预防坠积性肺炎、下地行走避免深静脉血栓,训练其日常生活自理能力。进食以易消化、高蛋白食物为主。

## 3 讨论

癫痫是神经系统中比较常见的疾病,大约1/4左右的癫痫为顽固难治性癫痫,其中大约2/3的病患表现是颞叶癫痫为主要特征<sup>[2]</sup>。随着显微神经外科技术的发展及对癫痫疾病研究的不断深入,在精准定位癫痫病灶的基础上,采用适宜的联合手术方式治疗顽固难治性癫痫疗效显著<sup>[3]</sup>。术后加强安全防护措施,营造舒适的环境,仔细观察病情变化,稳定病人情绪,积极的康复护理是术后病人达到预期目的的必备条件<sup>[4]</sup>。

癫痫术前评估主要依据临床表现、神经电生理监测、影像学检查等,还可以从形态、电生理和功能代谢上进行综合分析定位。脑电图是主要的辅助检查,术中皮层电极和深部电极监测是癫痫定位最精确的方法,CT和MRI对颞叶内侧癫痫定位是最好的非创伤性技术<sup>[5]</sup>。功能性神经成像技术如PET、SPECT和MEG在发作间期对癫痫灶检出率达90%左右<sup>[6]</sup>。

手术应切除癫痫病灶,结构性病变及边缘系统(杏仁核和海马)。颞叶切除的范围大小与术后疗效没有确切的因果关系,但与并发症的出现率有关。右侧颞叶切除范围应限于5~6cm,左侧颞叶切除范围约4~5cm<sup>[7]</sup>。本组病例通过手术治疗九成以上取得良好效果,患者病情得到了明显改善,大幅提升了癫痫病人的手术

适应症和手术水平。通过完整、系统的术前评估,术中癫痫病灶定位及术后规范护理,实施精细化,个体化,连续性专业护理和康复指导,克服了病患的消极心理改善了生活质量,提高了治疗效果<sup>[8]</sup>。随着检查手段的稳定,手术例数和随访时间的延长,术后护理措施的运用,对顽固难治性癫痫的治疗将会进一步的深入研究与探讨<sup>[9]</sup>。

### 参考文献

- [1]贺星惠,翟锋,关宇光,等.继发于脑软化灶的难治性癫痫的手术疗效与预后因素分析[J].癫痫杂志.2019(11):101-105
- [2]薛亚飞,景芸芸,新玉富.不同FC D分型所致药物难治性癫痫患者的手术预后影响因素[J].海南医学.2019(16):90-91
- [3]赵锐,冉住国.23例顽固性颞叶癫痫的手术治疗效果分析[J].重庆医学.2010;39(13):1724-1725

- [4]沈云娟,何文斌,张新定,等.导叶癫痫及癫痫网络研究进展[J].中国神经精神疾病杂志,2019(11):82-83
- [5]廖声朝,黄玮,吴原.颞叶微小病灶并发难治性癫痫的手术治疗[J].广西医科大学学报.2012;29(3):430-431
- [6]阮敏,曹胜武,赵春生.药物难治性癫痫的手术治疗效果[J].江苏医药.2013;39(6):660-661
- [7]崔继芳,刘邵明,史有才等.难治性癫痫患者围手术期的护理[J].中国临床神经外科杂志.2010;15(1):54-55
- [8]富晶,孟凡刚.顽固性癫痫患者行迷走神经刺激术的围手术期护理[J].护士进修杂志.2016;31(12):1106-1108
- [9]赖凤娣,翁云洪.难治性癫痫患者术后护理经验总结[J].中外医学研究.2016;14(35):123-125

## 老年糖尿病患者健康素养与糖尿病足发生关系的调查研究

苏 蕾<sup>1</sup>,苏改生<sup>2</sup>

(1.内蒙古医科大学附属医院 护理部,内蒙古 呼和浩特 010050;2.内蒙古医科大学附属医院 老年医学中心)

**关键词:**健康素养;老年患者;糖尿病;糖尿病足

**中图分类号:** R151

**文献标识码:** B

**文章编号:** 2095-512X(2021)S1-0148-04

随着经济水平的发展,物质生活水平不断提高,人们的生活方式和饮食习惯也发生了许多变化,糖尿病患病率全球范围内呈现出增长的趋势。全球共有510万人死于与糖尿病相关的疾病,占有死亡人数的8.39%,糖尿病全球医疗花费达5480亿美元,占全球医疗支出的11%。IDF公布的2013年全球糖尿病患者最多的十个国家,中国高居榜首。预计到2035年,中国的糖尿病患病人数将达到1.43亿<sup>[1]</sup>。糖尿病已经成为我国患病率位居第三的慢性疾病,城市农村患病率均有疾速上升的趋势<sup>[2]</sup>。

糖尿病的病因和发病机制尚未完全阐明,但主要是由遗传和环境因素相互作用引起,随着病程的延长可出现全身各系统脏器的损害,甚至引起功能衰竭和死亡。老年患者由于自身经济文化水平的限制,使得其对于自身身体情况以及所患慢性疾病了解不深、家庭支持不到位所导致的讳疾忌医都在无形之中阻碍了老年患者对于自身疾病发生发展的预防和延缓<sup>[3]</sup>。而医护人员也具有自身职业特殊性,无法面面俱到地对每位患者进行照料。因此,患者自身健康素养水平在治疗保健过程中起到了至关重要的作用。老年糖尿病患者发生甚至反复发生糖尿病足,并屡次住院治疗,不仅加重患者及其家属的经济负担,也对患者自身心理健康造成了一定的影响。所以此次调查研究老年糖尿病患者健康素养水平与糖尿病足发生的相关性。

健康素养(health literacy)是指患者个体能够在医疗环境下运用阅读、书写及计算等基本技能完成与健康信息有关的任务,以促进和维持身体健康。国外对健康素养的研究起步较早,各个领域尤其是在医学方面很早就形成了比较成熟的评估工具,并且已经开展了大量研究<sup>[4]</sup>。目前主要集中在健康素养对健康结局影响方面的研究。研究发现,健康素养是其独立影响因素。除此之外二者还存在一些因果成分,如疾病知识,健康行为和预防保健等<sup>[5]</sup>。我国在健康素养的研究起步较晚,目前主要是开展了健康素养水平的测量。2007年我国对中国公众健康素养进行了抽样调查,并于2008年公布了《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》公告,该公告从基本知识和理念、健康生活方式和行为、基本技能和健康素养进行了阐述。随着我国逐渐步入老龄化社会和慢性疾病年轻化,糖尿病发病率、糖尿病合并症和发病率也逐年上升,导致糖尿病足致截肢问题也十分突出,加重了社会家庭的负担,亟待提高糖尿病患者健康素养水平<sup>[6]</sup>。

### 1 研究对象与方法

#### 1.1 研究对象

2017-09~2018-03内蒙古医科大学附属医院老年医学中心一病区和内分泌病房糖尿病患者。

**作者简介:** 苏蕾(1981-),女,内蒙古医科大学附属医院护理部主管护师。

**通讯作者:** 苏改生,主任护师,E-mail:sgsfyb@163.com 内蒙古医科大学附属医院老年医学中心,010050