

Ramsay Hunt 综合征的治疗与护理体会

王旭宁 刘春光 曲秀丽

(山东省乳山市人民医院 乳山 264500)

关键词 耳带状疱疹 Ramsay Hunt 综合征 护理

中图分类号 R 473.77

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)04-0080-01

Ramsay Hunt 综合征又称耳带状疱疹,临床少见,是由水痘-带状疱疹病毒引起的多颅神经炎,典型表现为耳痛、耳部疱疹、周围性面瘫,可伴有耳聋、耳鸣、眩晕等内耳症状。1995 年 1 月~2003 年 10 月我们共收治 14 例 Ramsay Hunt 综合征患者,治疗效果良好。兹报道如下:

1 临床资料

14 例患者中,男 10 例,女 4 例;年龄 38 岁~72 岁,平均 54 岁。均为单侧发病,左侧 8 例,右侧 6 例,发病前一般出现头痛、乏力或低热不适症状,后出现患侧耳部疼痛,程度轻重不等;耳部疱疹分布在外耳道 9 例,耳甲腔 5 例;完全面瘫 7 例,不完全面瘫 7 例;5 例伴有耳鸣、听力下降及眩晕。全部病例应用糖皮质激素(地塞米松静滴或强的松口服)和病毒唑治疗,同时给予西比灵、都可喜、敏使朗、VitB₁、VitB₁₂、ATP、CoA 等,2 周后配合针灸、理疗促进神经功能恢复。经综合治疗,全部病人耳部疱疹均在 10~15d 内治愈,9 例病人 2~3 周内,4 例病人 1 个月后,1 例 2 个月后,面瘫症状开始好转。最终完全恢复 12 例,不完全恢复 2 例。

2 护理体会

2.1 一般护理及用药 由于此病发病前多有诱因,如受凉、疲劳、饮酒、病灶感染等,及时了解有无患病诱因,让病人有一个安静、舒适的治疗环境,避免出现使病情加重的因素。由于本病患病人多为中、老年患者,合并消化道溃疡、糖尿病、高血压和心脑血管疾病的人较多,入院时要详尽询问,以便医生治疗用药时作出恰当的处理。糖皮质激素等药物应严格按医嘱给予,督促病人按时服药,观察药物疗效及副作用,应注意有无反酸、腹胀、腹痛、下肢麻木、皮肤瘙痒以及大小便色、质的变化等。

2.2 全身护理 尽管耳部疼痛、疱疹和患侧面瘫是诊断本病的重要依据,但临床观察这些症状出现的先后和时限不定,常因侵犯部位的不同,症状也有差异;耳带状疱疹病毒主要

侵犯面神经,但也常累及三叉神经、听神经、舌咽神经和迷走神经,还可侵犯脑膜、脑及脊髓本身,引起浆液性脑膜炎、弛缓性麻痹等。对待每一位病人,都应精心护理、细心观察,如病人出现眩晕、头疼加重,咽部疼痛,进食呛咳,颈部僵硬等情况,应及时向医生反应沟通。

2.3 耳部、眼部的护理 耳部疱疹处保持清洁干燥,局部可用紫药水或抗病毒药物涂抹,避免搔抓,防止局部感染或传染他人。我们曾有医生接诊此类病人后患病的教训,因此与患者接触的医护人员应做好自身防护。同时,应对病人的患侧眼睛进行有效防护,如用氯霉素眼药水滴眼,夜间涂金霉素眼药膏,必要时可戴眼罩,以减少因面神经麻痹引起的泪液减少和眼裂关闭不全所致的角膜损害,防止干燥性角膜炎的发生,注意眼罩必须每日更换、消毒。

2.4 口腔护理 由于面瘫患者每次进食后,食物会存留于患侧龈沟内,需指导患者进食后及时清理口腔残留食物,避免口腔感染。面神经受累可能出现唾液分泌减少、患侧舌前 2/3 味觉减退的情况,指导患者尽量少食用强刺激性食物,多饮水,以缓解症状。

2.5 康复护理 给予针灸、理疗红外线照射或短波透热等可改善局部血液循环,消除水肿,并能减轻局部疼痛症状。恢复期,患者常自感面部“晨重暮轻”,应尽早开始自我功能训练,指导病人做皱眉、举额、闭眼、露齿、鼓腮和吹口哨等动作,或辅以面部肌肉的按摩。

2.6 心理护理 患者耳部、头部疼痛,面部表情肌麻痹影响容颜,甚至出现严重耳鸣、耳聋和眩晕症状,或过分担心面瘫不能治愈而遗留终生面部畸形,大多存在程度不同的焦虑和恐惧心理,为此应耐心向病人解释此病的病因、治疗经过及预后,说明按医嘱服药的重要性,指导其正确用药,消除病人的焦虑、恐惧心理。

(收稿日期: 2004 - 03 - 02)

如果液体输入顺利而抽不到回血,说明可能有微小血栓形成。可先注入肝素生理盐水封管,30min 后再回抽,一般均可见到回血。如系完全阻塞,可用注射器尽力回抽,绝不能向内推注,否则可将导管内的血凝块推入血管而引起肺栓塞。如效果不理想,可用 20mL 注射器抽取生理盐水 20mL 加尿激酶 20 万 u,先回抽后再推注 0.5mL,停留 10min 后再回抽,可反复操作,以使血栓溶解。如仍不通畅,只能拔除。如多腔静脉导管中的某一腔发生堵塞时仍可继续保留,但要在这一管道接口处做禁用标记,以防他人误操作。

4 深静脉导管意外拔除的预防

深静脉导管意外拔除可能导致局部大出血,引起导管意外拔除的常见原因有:病人处于烦躁或谵妄状态,不自主自行拔除或躁动后意外扯出;医务人员进行医疗护理操作时不

慎牵拉;或导管未与皮肤以缝线固定,而导致导管拽出。因此深静脉穿刺术后,一方面护理人员的操作一定要耐心仔细,另一方面输液过程中要有人严密观察,对意识不清者上肢要适当固定。

总之,锁骨下静脉穿刺术经过四十多年的不断改进,已成为一项比较成熟的技术,但在术后的护理上仍需不断改进和加强,以更好地发挥深静脉导管的作用,在允许的范围内尽可能延长留置时间。

参考文献

[1]陈练,智光. 心血管病床旁操作技术[M]. 北京:人民军医出版社, 2002. 135~151

(收稿日期: 2004 - 03 - 02)