

经鼻蝶窦行垂体腺瘤切除术后的护理

杨秀华, 王云丽, 白 鹏

(昆明医科大学第一附属医院微创神经外科, 云南 昆明 650032)

[关键词] 垂体腺瘤; 术后; 护理

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 03-0178-03

垂体瘤是颅部常见的良性肿瘤之一, 约占颅内肿瘤的 10%~12%^[1], 多发生于育龄期妇女、男性青壮年和儿童, 主要症状是内分泌功能紊乱, 大多出现月经不调、非哺乳期泌乳、肢端肥大症、视力下降或视野缺损等。手术是首选的治疗方法。鼻内窥镜下经蝶窦行垂体腺瘤切除术是一种近年来在鼻内窥镜外科技术的基础上开展的新型微创手术, 相比传统手术方式具有视角宽阔、视野清晰、操作精细、手术程序简化以及手术时间短、创伤小、免除颅面部切口和垂体功能保存率高等优点^[2], 是现代医学微创外科技术发展的趋势, 有着良好的发展前景。伴随微创技术的发展, 相应的微创术后的护理内容和护理方法也随之发生了变化, 这就要求护理人员在日常的临床护理工作中应该不断强化理论知识的学习, 更新专科护理技能, 熟知颅内及鼻腔的解剖部位, 根据患者的情况做好科学系统的观察及护理, 预防并发症的发生, 促进病人早日康复, 确保患者术后愈合良好。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组选取在昆明医科大学第一附属医院微创神经外科经鼻蝶窦行垂体腺瘤切除术患者 93 例, 其中男性 41 例, 女性 52 例; 年龄最小的为 29 岁, 最大的为 66 岁, 平均 47.3 岁。临床表现有: 泌乳性腺瘤 18 例, 头痛 23 例, 肢端肥大 14 例, 多饮多尿 31 例, 视力障碍 5 例, 闭经不育 2 例。

1.2 常规护理方法

1.2.1 体温观察 经蝶窦手术后鼻腔与颅内直接相通, 颅内感染的风险增大, 应随时观察患者有无头痛、体温升高、高热、头颈强直、喷射性呕吐等

颅内感染的症状, 同时观察瞳孔是否等大正圆, 对光反射情况, 如有发生, 应综合分析, 积极予以物理降温等处理。

1.2.2 鼻部分泌物观察及护理 严密观察患者鼻腔分泌物的颜色、分泌量, 注意有无活动性出血。尽早判断有无脑脊液鼻漏, 多询问病人是否有液体经鼻腔后壁流入口腔, 如出现此现象, 则应考虑有脑脊液鼻漏的可能, 尽快告知医生, 行抗感染治疗。鼻部冷敷 3~6 h, 以减少出血, 消除水肿, 减轻疼痛, 48 h 后无明显出血改用局部热敷, 可促进血液循环及炎症的吸收, 减轻不适^[3]。

1.2.3 体位护理 术后麻醉清醒的病患, 去枕平卧 6~8 h 后采取半卧体位, 提升病床头 15~30°, 有利于鼻腔、鼻窦渗血及分泌物的引流, 减少细菌聚集, 避免因分泌物积存在副鼻窦内引起炎症, 同时便于口腔分泌物的吐出, 头颈、身躯在同一水平线也有利于颅内静脉回流, 减轻头部充血, 降低颅内压。待鼻腔纱条全部抽完改平卧位。

1.2.4 口腔护理 全麻清醒后 6 h 进流食后, 用 0.2% 呋喃西林棉球擦洗口腔^[3], 用无菌湿纱布覆盖口唇处, 并嘱咐患者少量多次饮水, 保持口咽部湿润, 同时监测口腔 pH 值, 使用合适的漱口水。

1.2.5 饮食 术后给予温凉的半流质饮食, 避免过热、过硬及刺激性强的食物, 减少出血因素。同时要保证高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物, 以增强抵抗力, 利于伤口愈合。

1.3 并发症的护理方法

鼻腔、鼻窦、垂体周围有许多重要结构, 手术路径深, 因此术中极易损伤筛板中颅底、血管和神经而产生各种并发症。护理人员要加强责任心, 严密观察患者的变化, 力争第一时间发现问题并及时处理。

[作者简介] 杨秀华 (1984~), 女, 云南大理州人, 护理学学士, 护师, 主要从事临床护理工作。

[通讯作者] 白鹏. E-mail: frogprincea163.com

1.3.1 尿崩症 尿崩症是垂体瘤术后常见的并发症,多发生在术后24~72 h内,多为一过性尿崩症,与术后抗利尿激素分泌不足有关^[4]。主要表现为尿量的增加,引起水、电解质紊乱,导致心肾功能衰竭,甚至危及生命^[5],因此病人术后回病房后即开始正确记录24 h出入量及每小时尿量。同时还要密切观察患者有无多饮多尿情况,并加强尿比重、尿液颜色的观察与记录,严密观察血压、脉搏及其他生命体征的变化,如果患者尿量每小时大于250 mL,并持续2 h及24 h尿量大于4 000 mL以上^[6],应立即汇报医生,遵医嘱给抗利尿激素,如垂体后叶素、醋酸去氨加压素等,并严密观察用药效果和用药后反应。

1.3.2 视力减退 视力障碍主要为术后鞍区内堵塞或鞍区内血肿所致^[7]。患者清醒前详细观察眼周皮下有无渗血、瞳孔大小变化,并通过对光反射对视神经功能进行判断。患者清醒后,对其眼球活动情况、瞳孔、视野进行动态观察^[8]。一旦发现症状,要立即通知医生,并配合医生抽松鼻腔内填塞物。护士应每小时检查眼球活动及视力,并做好详细记录,直到完全恢复。同时给予止血剂、抗生素等治疗。

1.3.3 脑脊液鼻漏 脑脊液鼻漏常发生于术后3~7 d,尤其是术后3 d拔除鼻腔填塞纱条后^[9],是引发颅内感染最严重的并发症^[10]。为尽早判断有无脑脊液鼻漏,最重要的是护士要增强责任心,交接班护士要与手术医生及时沟通,询问患者术中是否有脑脊液鼻漏现象,同时在棉纱条拔出前后勤于巡视病房,多询问患者有无咽部液体流下的感觉,若发现鼻腔流出清水样液体或患者自述有带咸味的液体流入咽部,提示有脑脊液鼻漏的可能,注意观察渗出液的性质、渗出量,可将鼻腔流出分泌物直接送检,并尽早告知医生给予抗感染药物治疗。护理人员应嘱患者取半卧位休息,注意调节室温和增减衣被,减少亲友探视,预防感冒。告知患者避免打喷嚏、擤鼻子,以防鼻腔填塞物松动引起出血。一过性脑脊液鼻漏一般术后1~2周自行闭合,超过1个月未闭合的患者应行脑膜修补术^[11]。

1.3.4 垂体功能低下 鞍区肿瘤与下丘脑及垂体解剖关系密切,术后垂体受损可能出现功能低下的症状,主要表现为意识障碍、畏寒、乏力、水电解质紊乱、食欲不振、血压低等,应加强护理,密切观察患者意识状态和生命体征改变,避免患者感染与精神刺激,及时通知医生做内分泌功能检查,了解激素水平的动态变化,严重时遵医嘱进行激素替代治疗^[12]。

1.3.5 颅内感染 术后5~7 d是颅内感染的高发阶段^[13],应以预防为主,严格无菌操作和及时使用抗生素是主要的预防措施。术后限制探视人员,密切观察病患的体温变化,每4 h监测体温1次,并做好记录。观察患者的意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸,判断有无颅内感染发生。

1.4 健康教育及随访

做好出院患者的健康指导,可以动态连续地观察患者的恢复情况,嘱患者出院后2周内门诊复查监测脑垂体功能;1个月内行鼻内镜复查。如出现垂体激素分泌减少或缺乏,应积极予以替代疗法治疗,保持稳定乐观的情绪,预防感冒,定期复诊,遵医嘱按时服药直至垂体功能恢复正常为止。

2 结果

术后病患中1例因脑脊液鼻漏,自行拔除术后填塞棉条引发颅内感染,经施治无效死亡;其他病患症状全部改善,经半年随访,无复发,工作生活均已恢复正常。

3 讨论

3.1 护理观察的重要性

脑垂体位于鞍区,病理解剖部位较深,手术操作难度大,手术风险高。手术实施需要精湛的技术外,更需要娴熟的专科护理技能和高度负责的护理意识,经蝶窦入路行垂体腺瘤切除术后可能出现出血、脑脊液鼻漏、颅内感染、视神经损伤等严重的并发症,严密的护理和细心的观察、及早发现并发症并尽快积极处理出现的问题,是患者得以康复的重要环节。因此护理观察在该术后具有极其重要的作用。

3.2 随访的意义

垂体腺瘤具有一定的复发可能,因而患者经手术后出院,治疗仍未结束。加强术后随访在疾病的治疗上具有积极意义。嘱患者出院后门诊定期复查、定期内分泌激素水平监测和医学影像学检查,作为术后恢复情况观察和治疗效果判断,巩固手术疗效,及早应对和治疗肿瘤复发。

随着医学科学的发展,微创技术广泛应用于临床,经蝶窦入路手术是目前治疗垂体腺瘤的主要手术方法,该手术对垂体及周围重要结构的影响轻微,此术式是一种安全有效的方法,具有出血少,创伤轻,手术时间短,疗效显著,并发症少,术后

康复快等优点,但要严格掌握手术适应症,并有高超的操作技术、精湛的显微手术技巧,这就要求护士不但要有丰富的专科护理知识,熟知颅内及鼻腔的解剖部位,还应具备高度的责任心,根据患者的情况,做好严密细致的观察与护理,预防和减少并发症的发生,确保患者术后愈合良好。

[参考文献]

- [1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学下册[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社,1986:732.
- [2] 田永泉. 耳鼻咽喉科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2001:109.
- [3] 田梓蓉,韩杰. 鼻内窥镜下经蝶窦行垂体腺瘤切除术的术后护理研究进展 [J]. 现代护理,2006,12(5):1396-1397.
- [4] 刘宗琼,唐晓华,段丽萍,等. 经单鼻孔蝶窦入路切除垂体腺瘤的护理 [J]. 中华护理杂志,2001,36(10):757-758.
- [5] 郭萍. 垂体腺瘤术后尿崩症的护理预见性探讨[J]. 当代护士,2003,(5):1-3.
- [6] 向嘉蓉,周染云. 崔健. 经鼻蝶窦入路行垂体瘤切除术后尿崩症的观察及护理 [J]. 中华现代护理学杂志,2006,3(9):790.
- [7] 唐妍娜. 单鼻孔经蝶窦入路垂体瘤切除术后并发症的观察及护理[J]. 医学新知,2011,24(3):201.
- [8] 冉桂云,徐军,吴亚光. 鼻内窥镜下经蝶窦行垂体腺瘤切除术的术后护理 [J]. 现代实用医学,2002,14(1):106.
- [9] 王蓉,王文芳,李艳梅,等. 经蝶垂体腺瘤手术的护理 [J]. 实用护理学杂志,1995,11(1):4.
- [10] 程志惠. 经口鼻蝶窦入路垂体微腺瘤切除术围手术期护理[J]. 解放军护理杂志,2004,21(8):61-62.
- [11] 黄敏,刘英,郑红梅,等. 内镜下经单鼻窦腔-蝶窦入路垂体腺瘤切除术的护理 [J]. 中国实用护理杂志,2004,20(10):33-34.
- [12] 朱亚竹. 鼻内窥镜下经鼻腔-蝶窦垂体腺瘤切除围手术期护理[J]. 现代护理,2001,7(10):15-16.
- [13] 潘锦华,杨虹. 鼻内窥镜下经蝶窦行垂体瘤切除术的护理及随访 [J]. 中华护理杂志,2001,36(3):185-186.

(2014-01-14 收稿)

(上接第 173 页)

的期末考试成绩,来进一步评估教学效果. 尽管有不足之处,但根据作者的初步研究:TBL 教学模式效果良好,值得在今后的临床教学中继续开展。

[参考文献]

- [1] MICHAELSEN L K, BAUMAN KNIGHT A, FINK L D. Team-based learning: A transformative use of small groups in college teaching [M]. Sterling (VA): Stylus Publishing, 2002: 1-287.
- [2] MICHAELSEN L K, WATSON W E, CRAGIN J P. Team learning: A potential solution to the problems of large group classes [J]. Exchange: Organ Behav Teach, 1982, 7(1): 13-22.
- [3] NIEDER G L, PARMELEE D X, ADRIENNE STOLFI, et al. Team-based learning in a medical gross anatomy and embryology course [J]. Clinical Anatomy, 2005, 18(1): 56-63.
- [4] HUBERT WIENER, HERBERT PLASS, RICHARD MARZ. Team-based learning in intensive course format for first-year medical students [J]. Croatian Medical Journal, 2009, 50(1): 69-76.
- [5] THOMPSON B M, SCHNEIDER V F, HAIDET P, et al. Team based learning at 10 medical schools: 2 year later [J]. Med Educ, 2007, 41(3): 250-257.
- [6] FREEMAN M, MCGRATH-CHAMP S, CBRK S. The case for assessable in class team-based learning [J]. UniServe Science Assessment Symposium Proceedings, 2006(21): 50-55.
- [7] 景玉宏,刘向文,张朗,等. 基于TBL方法的局部解剖学教改方案[J]. 山西医科大学学报(基础医学教育版), 2010, 12(6): 574-576.
- [8] 李晓南,池霞,童美玲,等. 儿童保健学教学中应用TBL模式的探索与意义[J]. 中国高等医学教育, 2010, (3): 84-85.
- [9] 戴玉杰,刘欣,邓艳秋,等. 采用TBL模式开展病例讨论课[J]. 中国病理生理杂志, 2009, 25(11): 2262.
- [10] 王蕾,杨红菊,刘凌,等. 浅谈如何提高呼吸内科见习质量[J]. 中外医学研究, 2012, 10(30): 151-152.

(2014-01-13 收稿)