

. 护理技术 .

神经导航辅助下经鼻蝶入路切除鞍内型颅咽管瘤的围手术期护理

吴黎琨 王雪玲 李 慧 苗壮壮 陈 娟

【摘要】目的 总结神经导航辅助下经鼻蝶入路切除鞍内型颅咽管瘤的护理经验。方法 回顾性分析 2012 年 12 月至 2016 年 12 月在神经导航辅助下经鼻蝶入路切除的 21 例鞍内型颅咽管瘤的临床资料,总结护理经验。结果 21 例手术顺利,肿瘤均全切。术后无明显并发症,无手术死亡。术后随访半年效果良好。结论 神经导航辅助下经鼻蝶入路切除鞍内型颅咽管瘤定位精准、创伤小、手术时间短、效果良好,高质量的手术配合是手术成功的重要保证。

【关键词】鞍内型颅咽管瘤;手术;神经导航;经鼻蝶入路;围手术期护理

【文章编号】1009-153X(2017)07-0512-02 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 473.6

经鼻蝶入路手术是治疗颅咽管瘤的有效方法^[1]。2012 年 12 月至 2016 年 12 月在神经导航辅助下经鼻蝶入路切除鞍内型颅咽管瘤 21 例,现将围手术期的处理经验总结如下。

1 病例资料

1.1 一般资料 21 例中,男 14 例,女 7 例;年龄 12~63 岁,平均 39 岁。1 例在外院行经蝶颅咽管瘤切除术后复发。21 例均有不同程度头痛、视力下降,多饮多尿和/或颞侧偏盲 10 例。术前均行头部 CT 和 MRI 检查显示鞍区占位性病变,鞍膈上抬;肿瘤最大直径为 15~40 mm。

1.2 手术方法 均采用经单侧鼻孔蝶窦入路手术。采用德国 Brain Lab 公司生产的 Kolibri 神经导航系统辅助定位。

2 围手术期护理

2.1 术前准备

2.1.1 术前访视 术前 1 d 访视,向病人及其家属做好解释工作和宣教工作,使病人消除紧张情绪,以良好的心态配合手术。

2.1.2 病人准备 术前 1 d 剪鼻毛后,嘱病人用利福平眼药水、氯霉素眼药水轮流交替滴鼻,以减少术后感染的机会。训练病人学会张口呼吸,以防止术后由于鼻腔被纱条填塞所带来的不适。

2.1.3 导航的准备 按导航系统要求行导航序列头颅 MRI 平扫(2 mm 薄层无间距),同时行颅内 MRA 以及鞍区增强 MRI 扫描。常规标记出鞍区肿瘤及海绵窦、颈内动脉等重要结构,并根据病人解剖特点选择性标记斜坡、额底、视神经、脑干等,完成手术计划。

2.2 术中配合

2.2.1 合理的布局 我们选择将导航仪置于术者右侧,调整好接收器角度,使反射球在红外线发射与接收区域内(1.5~2.5 m),并且保证之间无障碍物,以免影响系统定位;将显微镜安放在术者左手边,使得镜下导航通畅无误。

2.2.2 手术体位 取仰卧位,头后仰(15~30)°,角度大小具体根据肿瘤与额底及斜坡的相对位置而定,左侧大腿内旋,以便取大腿外侧阔筋膜填塞鞍底。

2.2.3 导航系统注册、定位、验证 协助导航医师给病人带上头带型导航支架,并固定稳妥,尽量确保头带的偏移最小。将术前完成的导航手术计划导入到神经导航仪中并注册^[3]。注册完成后使用导航棒进行验证、确认无明显误差后结束注册。然后在导航棒的指引下,再次调整病人头后仰的角度。

2.2.4 手术护理配合

2.2.4.1 巡回护士配合要点及注意事项 ①认真执行手术安全核查制度,在麻醉前、手术开始前、及手术结束后均应该巡回护士、麻醉师、术者三方确认无误。②眼睛的保护。双眼用 3M 手术粘贴巾覆盖,以防消毒液渗入双眼,损伤眼部角膜和巩膜。③口咽通气的道的保护,消毒前在口腔内塞一小纱布,防止消毒液进入口咽通气道产生误吸。④术中密切观察病人的生命体征变化,随时注意供应手术台所需的物品,如有问题及时与术者和麻醉师沟通,进行处理。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.07.026

作者单位:430030 武汉,华中科技大学附属同济医学院同济医院手术室(吴黎琨、王雪玲、李 慧),神经外科(苗壮壮、陈 娟)

通讯作者:陈 娟,E-mail:jchen@tjh.tjmu.edu.cn

⑤术后处理。术后及时取出口腔内纱布,协助包扎鼻部伤口,擦净病人颜面部消毒液,整理好病人衣裤及物品,安送至苏醒室。

2.2.4.2 器械护士配合要点及注意事项 ①熟悉手术的步骤和术者的要求和习惯。②物品清点。术前、关体腔前、关体腔后及手术结束后,均应与巡回护士共同完成清点工作,特别是缝针、棉片、器械螺帽等防止遗留在体腔内。③严格注意手术切口及器械的分类使用。经鼻蝶入路手术属于二类切口,而取大腿外侧阔筋膜属于一类切口,因此不同手术切口需将所需的器械严格区分开,防止混用,避免发生感染。④器械的传递。在手术过程中,器械护士每一次传递器械都要做到稳、准、轻,将器械搁置在术者手掌的虎口处,并使得术者在眼睛不离开显微镜目镜的前提下,能做到“盲操作”。⑤器械的维护。器械的维护应贯穿于整个手术中,而非仅仅是术后,任何器械在术中每次使用完毕后,均应及时用生理盐水小纱布进行擦拭。

2.3 术后并发症的观察和护理 ①视力、视野障碍。术后加强巡视,定时观察病人的视力、视野情况;做好病人心理护理,根据原因给予对症治疗,同时保障病人安全,防止滑倒摔伤。②尿崩症。由于术中可能对垂体柄骚扰甚至不同程度的损伤导致尿崩症,所以术后要严密监测尿量。术后留置导尿管,记录 24 h 出入量,特别记录每小时尿量;遵医嘱补液或用抗利尿剂,同时指导病人饮食。③电解质紊乱。术后复查电解质,根据化验结果遵医嘱随时调整补充液体。④体温失调。术后若发现高热,观察热型及持续时间,分析其原因后遵医嘱给予物理降温和药物治疗。⑤垂体功能低下。术后注意观察病人精神状态,若发现异常,立即报告医生进行处理。⑥下丘脑受损引起的消化道出血。术后则表现为胃肠道出血症状,应禁食、行胃肠减压,遵医嘱给予药物治疗,待无呕吐后指导进温凉流质、半流质饮食^[4]。⑦脑脊液鼻漏。对于术中明确脑脊液漏的病人,尽管常规修补鞍底,仍要及时配合腰穿置管,并在交接班时要强调保护腰穿置管的总要性。此外对于术中沒有明确脑脊液漏者,术后耐心倾听病人主诉及时观察脑脊液鼻漏情况,特别是拔除鼻腔内纱条后,嘱病人逐步由平卧到半坐、至床边活动,一旦发生脑脊液鼻漏行腰穿置管,同时注意预防感染。

3 结 果

肿瘤均全切,无术后死亡,无手术相关严重并发

症,术后原有症状均较术前有明显改善。术后随访半年,效果满意。

4 讨 论

我们的体会是:①重视术前访视。颅咽管瘤病人的病情较为复杂,术前访视应注意根据病人的自身情况、文化背景等做好心理护理;另外要详细介绍神经导航系统在术中定位的优势,让病人更加了解此项先进的定位技术,使病人能积极配合手术治疗。②培养专科护士。此手术操作不同于其他开颅手术,参加手术的护士均应了解病人病情,熟悉手术步骤,对特殊的仪器设备以及器械,从准备到使用、维护、清洗消毒都要做到心中有数,并具备一定的仪器故障排除能力^[5]。定期组织手术室专科护士进行培训,除了分享手术配合过程和心得体会外,还需不断掌握和了解各种仪器设备的使用和操作规程。③规范化操作。术中严格执行无菌技术操作,并监督手术参与者的无菌技术操作,防止器械交叉使用,对防止术后感染至关重要。④严格执行查对制度及清点制度。由于手术部位较深,术中视野狭小,器械护士应时刻关注手术进展,留意所用脑棉片的去向,以防遗留体腔内。⑤重视术后仪器设备及器械的清洁和维护保养工作。神经外科手术所使用的仪器设备、器械都十分精细、昂贵,因此对仪器设备、器械的使用、维护保养至关重要,要确保仪器设备和手术器械能够在高强度的使用频率下稳定运转。

【参考文献】

[1] 雷 霆,王宝峰,陈 娟,等.经蝶入路显微手术切除鞍膈下颅咽管瘤[J].中国临床神经外科杂志,2013,18(11): 657-660

[2] Lei T, Wang BF, Chen J, *et al.* Transsphenoidal microsurgical treatment of infradaphragmatic craniopharyngioma [J]. *Oncol Transl Med*, 2016, 2(5): 197-202.

[3] Schicho K, Figl M, Seemann R, *et al.* Comparison of laser surface scanning and fiducial marker-based registration in frameless stereotaxy: technical note [J]. *J Neurosurg*, 2007, 106(4): 704-709.

[4] 陈茂君,蒋 艳,游 潮.神经外科护理手册[M].第2版.北京:科学出版社,2015. 6, 347-349.

[5] 程宗燕.神经导航辅助下经鼻蝶入路垂体瘤切除术及手术配合[J].临床和实验医学杂志,2009,8(6):49-50.

(2017-01-10收稿,2017-02-27修回)