

. 神经外科护理专题 .

侵袭性垂体腺瘤围手术期护理体会

程菊云 苏晓娟 陈大瑜

【摘要】目的 总结侵袭性垂体腺瘤围手术期护理经验。**方法** 回顾性分析2017年1月至2022年1月手术治疗的20例侵袭性垂体腺瘤的临床资料,总结护理经验。**结果** 19例采用经鼻蝶入路神经内镜手术,1例采用经翼点入路手术。出院时,19例恢复良好,无手术并发症;1例术后1个月发生脑脊液鼻漏,保守治疗痊愈。**结论** 对侵袭性垂体腺瘤,做好围手术期的观察和护理,有助于减少并发症,促进病人早日康复。

【关键词】 侵袭性垂体腺瘤;手术;围手术期;护理

【文章编号】 1009-153X(2023)03-0199-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.41; R 651.11; R 473.6

垂体腺瘤是颅内常见的良性肿瘤,其中侵袭性垂体腺瘤占15%~20%^[1-3],与周围组织粘连、界限不清,手术完全切除困难,术后并发症多。科学的护理是保证侵袭性垂体腺瘤安全度过围手术期的前提。2017年1月至2022年1月手术治疗侵袭性垂体腺瘤20例,现就其围手术期护理经验总结如下。

1 病例资料

20例中,男11例,女9例;年龄25~65岁,平均45岁。术前行垂体MRI平扫及增强扫描、头颅CTA检查了解肿瘤和周围血管关系,显示肿瘤呈侵袭性生长、侵犯海绵窦。19例采用经鼻蝶入路神经内镜手术,1例采用经翼点入路手术。出院时,19例恢复良好,无手术并发症;1例术后1个月发生脑脊液鼻漏,保守治疗痊愈。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前专科评估 包括视力视野、生长发育状况、头痛头昏的评估。①评估视力、视野,进行跌倒风险评估并制定相应的护理措施,视力障碍病人告知家属24 h留陪,睡觉时拉起床栏,日常活动时由家属全程看护,防止跌倒坠床的发生。②观察生长发育情况,观察面容、毛发等,查看内分泌检验结果,指导正确用药,发放口服药时看服到口;询问尿量,是否有多尿等情况,观察有无低钾、低钠等电解质紊乱。③

头痛、头昏的护理,选择合适的评分量表评估疼痛的性质和程度,给予合理的护理措施;保持病室环境安静,空气流通,避免不必要的刺激,治疗护理集中进行;分散病人的注意力,播放其喜欢的音乐、电影,阅读其感兴趣的书籍等;疼痛难忍者,遵医嘱用药并观察用药后反应。

2.1.2 心理护理 由于激素分泌异常而引起的外貌改变,生长激素腺瘤病人可出现鼻大唇厚、眉弓突出、面容丑陋等,导致其自我形象紊乱^[4]。因肿瘤压迫或侵犯周围组织,引起头痛、内分泌失调或视力、视野障碍,加之对手术的恐惧和焦虑情绪,易引发不良心理。责任护士及时向病人及家属讲解疾病相关知识和各种症状,术后可能引起的并发症,介绍病房内同种疾病的成功案例,消除紧张、焦虑情绪,增强其战胜疾病的信心。

2.1.3 术前准备 垂体功能低下者,术前3 d补充激素;泌乳素腺瘤口服溴隐亭,告知按时按量服药,不能漏服或多服。完善视力及视野相关检查,遵医嘱给予双侧鼻腔备皮,抗生素过敏试验等,预防感冒,有假牙者及时取出。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察 严密观察意识、瞳孔及生命体征变化,观察肢体活动等,术后出现意识障碍的主要原因为下丘脑受损或颅内压增高,警惕脑疝的发生,术后询问视力、视野是否改善。

2.2.2 鼻部护理 经鼻蝶入路术后的病人,保持鼻腔清洁、鼻部纱条干燥、避免鼻腔纱条移位;不能经鼻吸痰、插胃管、气管插管等操作导致逆行性感染。

2.2.3 放疗的护理 肿瘤未全切除的病人,术后可进行放疗。护理上,注意放疗处的皮肤有无破溃,保持放射处皮肤的清洁,禁止用肥皂水等碱性制剂清洗,

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.03.018

作者单位:430070 武汉,中国人民解放军中部战区总医院神经外科(程菊云、苏晓娟、陈大瑜)

通讯作者:陈大瑜,E-mail:chendayu88@163.com

以免刺激皮肤,加重破溃及感染,预防感冒,进食新鲜水果、蔬菜,补充优质蛋白,增强机体抵抗力,定期复查血常规等。

2.2.4 术后并发症护理

2.2.4.1 脑脊液鼻漏 是经鼻蝶入路术后的并发症之一,尤其是术中鞍膈破坏的病人,术后易出现脑脊液鼻漏,诊断和治疗不及时可能会出现颅内感染,导致预后不良^[5]。注意观察鼻部敷料有无渗液,有渗液及时通知医生更换;询问咽部有无不适,警惕鼻腔填塞物移位掉入气管引起窒息;注意预防感冒,勿擤鼻涕、用力排便等以免引起颅内压增高;禁止经鼻腔内吸痰等操作,以免引起颅内逆行性感染;勿自行拔出纱条,术中存在脑脊液漏并已行修补的病人,术后7~14 d根据实际情况由医生拔出,必要时神经内镜下更换鼻腔填塞物。部分质地较韧及突入鞍上的垂体腺瘤,脑脊液鼻漏一般发生在术后3~7 d,坐起或垂头时漏液增加,平卧时减轻,斜坡卧位可降低颅内压、促进漏口愈合,必要时行腰大池置管引流术。

2.2.4.2 尿崩症 手术牵拉、术中触碰垂体柄和垂体后叶等可导致抗利尿激素分泌减少,引起尿崩症,导致水电解质代谢紊乱,加重病情,主要表现为低钠血症或高钠血症。术后准确记录每小时尿量及24 h尿量,遵医嘱及时复查电解质,给予饮食指导和应用药物,不要进食引起利尿的水果及饮品,如西瓜、甜味饮料等;观察精神状况及肌张力,警惕低钠血症、低钾血症。

2.2.4.3 中枢性高热 下丘脑病变或受损可引起体温调节中枢功能紊乱而导致中枢性高热^[6,7]。严密监测体温变化,根据发热的程度及时给予物理或药物降温,补充营养液;观察胃肠消化情况;应用冰毯、冰帽,降低脑细胞代谢和耗氧,防止或减轻脑水肿^[8];应用冰毯期间观察生命体征,注意血压、脉搏情况,观察全身皮肤颜色、温度,注意有无冻疮;卧床可导致肠蠕动减弱,应根据肠内营养计划实施营养供给,循序渐进。

2.2.4.4 垂体功能低下 术后激素水平降低是影响病人生活质量的重要因素之一,甚至因垂体功能危象而导致血压降低。其中以皮质醇激素水平和甲状腺素水平低下较常见,主要表现为淡漠、乏力等。本文1例经激素替代治疗后好转。

2.2.4.5 应激性溃疡 术后机体应激性反应及激素水

平不平衡可导致应激性溃疡,重在预防,围手术期应常规给予抑酸、保护胃黏膜等药物;观察有无恶心、呕吐、呃逆等,观察大便颜色、大便次数等,有异常及时通知医生。术后进食宜清淡易消化的饮食,逐渐过渡到普通饮食。发生应激性溃疡时,及时用药,观察血压、脉搏等,警惕失血性休克。

2.2.4.6 特殊危象的观察及护理 主要包括垂体危象及下丘脑危象,临床表现为高热、循环障碍、意识障碍及电解质紊乱等症状,早期发现早期干预,有助于提高病人的生存率^[1]。

总之,垂体腺瘤是颅内常见的肿瘤,其中侵袭性垂体腺瘤手术难度较大,一次手术往往不能全切除,围手术期病情较复杂,术后并发症较多,如果观察处置不及时,往往会导致严重的后果,甚至危及病人的生命。科学地做好围手术期的观察和护理,有助于减少并发症,促进病人早日康复。

【参考文献】

[1] Aflorei ED, Korbonits M. Epidemiology and etiopathogenesis of pituitary adenomas [J]. J Neurooncol, 2014, 117(3): 379-394.

[2] 张溢华,徐伦山,许民辉. 经鼻蝶入路神经内镜手术治疗侵袭性垂体腺瘤的进展[J]. 中国临床神经外科杂志, 2021, 26(5): 385-387.

[3] 陈大瑜,刘宁,黄麒麟,等. 海绵窦间隙在侵袭海绵窦垂体腺瘤神经内镜经鼻蝶入路切除术中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2021, 26(10): 747-750.

[4] 沈明月,殷志雯,任琳,等. 多学科融合精准治疗模式下垂体瘤患者的综合治疗[J]. 护理学杂志, 2020, 35(24): 53-55.

[5] 符慧芬,于正涛,夏鹰. 侵袭性垂体瘤围手术期护理体会[J]. 海南医学, 2016, 27(23): 177-178.

[6] 邢振义,张红赞,孙来广,等. 神经内镜下经鼻蝶垂体腺瘤切除术后并发症的防治[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(48): 3803-3807.

[7] 徐婧杰. 经鼻蝶入路切除垂体瘤术后并发高热及尿崩症1例护理体会[J]. 临床合理用药, 2012, 5(5A): 166-167.

[8] 王君芝,逯传风,黄梅英,等. 侵袭性巨大垂体瘤36例术后并发症的护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(22): 32-33.

(2023-02-17收稿)