经鼻蝶入路垂体瘤切除术病人的围手术期护理

Nursing for patients with resection of pituitary tumor through nose approach during operation period

田 丰,吴 静,鲜继淑 (第三军医大学附属西南医院神经外科,重庆 400038)

[关键词] 垂体瘤;围手术期护理;外科治疗
[中图分类号] R736.4;R473.73 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0401-01

随着神经外科的发展,经鼻蝶入路垂体瘤切除术已成为垂体瘤切除的主要方法,这种手术方法具有创伤小、切除肿瘤范围大、术后预后好等优点。我科2006年1月至2008年1月运用此手术方法治疗了25例垂体瘤病人,配合药物及围手术期护理,术后并发症发生率降到了最低。现报告如下。

1 临床资料

本组患者25例,其中男10例,女15例;年龄25~62岁,平均43.5岁。视力下降、视物模糊16例;闭经、泌乳5例;肢端肥大4例。均经头颅CT或MRI检查确定为垂体瘤。采用经鼻蝶入路垂体瘤切除术,其中肿瘤全切21例,大部分切除4例。

2 结果

术后并发尿崩症8例,脑脊液鼻漏5例,后经抗炎、脱水、激素替代治疗等护理措施治愈出院。12例病人未出现并发症。

3 围手术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 垂体瘤病人由于内分泌的紊乱,其生理、心理负担较重,入院后护士应对病人进行评估,了解病人的临床症状、生活情况,入院后的心理反应,针对病人的生理、心理特点,可给病人讲解垂体瘤常见的临床表现、手术的必要性等,并让病人及家属了解并接受微创手术,主动配合手术。

3.1.2 术前准备 经鼻蝶垂体瘤切除术是一个相对无菌的手术,因此术前应严格执行鼻腔准备工作,术前3 d用氯霉素滴鼻,每日3次,并训练用口进行呼吸。术前1 d剪鼻毛,然后用棉签清洁鼻腔。积极预防感冒,以免鼻腔充血影响手术及术后愈合。

3.2 术后护理

3.2.1 一般护理 麻醉清醒前,病人取平卧位,头偏向一侧,保持呼吸道通畅。麻醉清醒后,病人取仰卧位,床头抬高15°~30°,以利于颅内静脉回流,减少脑水肿。同时严密观察病人的意识、脉博、呼吸及肢体活动情况,苏醒期间病人容易躁动,言语表达不清,护士应注意观察,耐心倾听,妥善固定病人,避免外伤。在观察生命体征的同时应注意观察病人的视力,术后24 h内视力下降常提示发生瘤床出血,应及时报告医生,做好处理。术后护士应密切注意鼻腔填塞纱条及敷料的渗湿情况,必要时更换敷料。用湿纱布覆盖口腔,以保持吸入湿润的氧气。而术后鼻腔填塞,鼻腔血性分泌物从后鼻道渗入咽后壁,应鼓励病人从口中咳出分泌物.并且为了预防口腔炎症的发生,我们采取每日行口腔护理2次。

3.2.2 并发症的护理 主要有:①尿崩的护理。手术对垂体后叶及垂体柄的影响,部分病人出现不同程度的多尿,为了防止因多尿引起的电解质紊乱,术后应准确记录每小时尿量及出入量,当每小时尿量大于200 mL,应遵医嘱予垂体后叶素或弥柠等控制尿量;同时注意病人的主诉,如出现无力,口干等这些症状,应警惕电解质紊乱及酸碱失衡。②脑脊液鼻漏的护理。脑脊液鼻漏常出现在拔出鼻腔填塞物后3~7 d,由于术中损伤蝶鞍或鞍底填塞不够严密所致。表现为拔出鼻腔填塞纱条后,渗出无色、透明的液体,应及时送检,并配合医生做出处理。如确诊是脑脊液鼻漏应嘱病人卧床休息1~2周,床头抬高15°~30°,可使颅内组织因重力作用而向下压紧硬脑膜切口处,便于其愈合,防止脑脊液鼻漏的发生,并严禁病人及家属用棉球、纱布、卫生纸等物填塞鼻腔,防止脑脊液的流出,以免造成逆行性的颅内感染[1-2]。

3.2.3 出院指导 病人术后应定期复查,正常情况下是3个月来门诊复查,如有紧急情况应立即就诊,必须立即就诊。如病人合并有糖尿病者应定时监测血糖,并注意饮食调节及降糖治疗。

由于垂体瘤在颅内位置较深,手术风险大,现多采用经鼻-蝶入路手术切除垂体瘤,但患者由于相关知识缺乏,以及担心愈合常影响手术效果,经过有效的围手术期整体护理及心理干预,使手术顺利进行,缩短了住院时间,从而使患者早期康复[3]。

[参考文献]

[1] 陈雪英.76例经鼻-蝶入路垂体切除术的护理体会[J].福建医药杂志,2008,30(2):139-140.
[2] 马玉新,殷林祥,毛培军,等.经单鼻孔蝶窦入路垂体腺瘤切除45例分析[J].局解手术学杂志,2007,16(1):25-27.
[3] 王 征.经鼻-蝶入路垂体瘤切除术的护理[J].临床医药实践杂志,2006,1(15):1.

[收稿日期] 2008-07-24 [修回日期] 2008-09-01

(编辑:周小林)