颅咽管瘤术后并发症的观察及护理

王淑元 （天津市环湖医院十四病区，天津 300060）

[关键词] 颅咽管瘤；并发症；护理
[中图分类号] R473.6；R473.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0062-01

颅咽管瘤是先天性良性肿瘤，因肿瘤生长在鞍部而常出现类似垂体瘤的局灶症状[1]，临床表现为颅内压升高、视力视野障碍、垂体功能低下、下丘脑损害等。手术治疗是首选，但术后患者病情多变，可出现尿崩症、体温失调、下丘脑损害及垂体功能减退等一系列的并发症。因此术后病情观察是否严密，护理措施是否得当，可直接影响患者预后。我科2005年9月至2008年8月行颅咽管瘤手术48例并进行了精心的围手术期护理，取得了较好的效果，现报告如下。

1 临床资料

本组患者48例，其中男26例，女22例。颅内压增高症状：头痛、恶心呕吐25例；下丘脑—垂体等神经内分泌症状：生长发育迟缓26例，性功能障碍2例，体温失调及尿崩各2例；视神经受压症状：视力障碍、视野缺损38例。

2 方法与结果

48例颅咽管瘤手术全切42例，次全切6例。发现并发症有：尿崩症45例，电解质紊乱38例，术后上消化道出血5例，意识障碍3例，出现发热（体温大于38.5 ℃）12例，脑血肿、脑水肿3例，癫痫发作6例，出现精神症状2例，垂体功能低下2例。在我们认真仔细的观察下，及时发现并发症，通知医生及时处理，病人均康复出院。

3 护理

3.1 术前护理

严密观察病人的意识瞳孔变化、临床表现以及视力视野，防止颅内压增高。颅咽管瘤常因侵犯视上核、室旁核、下视丘-垂体束或垂体后叶导致多尿，常是引起术后水、电解质紊乱的原因[2]。术前3 d应记录出入量便于与术后进行对照，为病人的治疗提供依据。患者需要定期检查水电解质，及时纠正由于尿崩、禁食等造成的水电解质平衡紊乱，以免影响手术前的准备。对于有垂体功能低下的患者，术前给予地塞米松片及甲状腺素片口服，待垂体低功能改善后再行手术治疗。术前向病人详细交待术前所作的各项准备及术后注意事项，消除他们的顾虑和担忧，取得信任和理解，积极配合手术治疗。

3.2 术后常见并发症护理

3.2.1 尿崩症的护理 尿崩症为手术中损伤垂体柄所致。准确记录24 h内液体出入量，记录每小时尿量、尿比重，测量尿量时应使用硬性容器。严密观察有无脱水指征并适当补液。

3.2.2 电解质紊乱的护理 术后电解质紊乱常见有低钾、高钠、高氯、低钠、低氯。术后每12～24 h抽血查电解质，根据化验结果随时补充。密切观察电解质紊乱的临床表现，如低钾时，患者表现为精神萎靡、四肢无力、腹胀等。控制水和电解质紊乱是术后的关键。

3.2.3 上消化道出血 因下丘脑损伤或大量激素的使用，患者术后常发生消化道出血，可有黑便、呕血或胃管内抽出咖啡色液体[3]。因此，术后应严密观察患者血压、脉搏及大便颜色，留置胃管者，观察抽吸胃液的颜色。

3.2.4 意识障碍 主要是丘脑下部受损或颅内压增高引起，术后密切观察神志、瞳孔变化，观察患者有无恶心、呕吐及伤口张力增高等症状，保持头部引流通畅，观察引流液的颜色和量。

3.2.5 脑血肿、脑水肿 由于手术原因造成颅内血肿时，意识变化由清醒—朦胧—浅昏迷—昏迷，早期有剧烈头痛，严重者可出现双侧瞳孔不等大。原发性脑水肿是由于手术创伤造成，水肿高峰应为手术后2～3 d，维持1周左右。无论是颅内血肿、脑水肿都会出现剧烈头痛、嗜睡、神志淡漠、迟钝、呕吐等高颅压表现。

3.2.6 术后癫痫的护理 为预防发生癫痫，术前3 d及术后常规应用抗癫痫药物。术后发生癫痫者立即去枕平卧，氧气吸入，保持呼吸道通畅，遵医嘱应用药物。加强安全防护，防止舌咬伤及坠床。

3.2.7 精神症状的护理 患者术后出现精神症状多较急。术后2～5 d起病，主要症状表现为感知障碍、思维障碍、行为障碍和情感障碍。对这类患者除给予奋乃静、硝基安定治疗外，应及时给予心理护理，开导患者，减轻患者的思想顾虑，一般症状多在3～5 d内消失。一旦发生精神障碍，给予适当的心理治疗，结合镇静剂及抗精神病等药物，均能取得良好的效果。

[参考文献]

[1] 孙 培，冯卫红，刘永良. 颅咽管瘤的围手术期护理[J]. 中华医学丛刊，2004，4(8)：31.
[2] 吴 静，田 丰，鲜继淑. 颅咽管瘤术后水电解质平衡紊乱的护理[J]. 局解手术学杂志，2008，17(4)：278.
[3] 苏仁芳，王 娟. 颅咽管瘤患者的围手术期护理[J]. 实用肿瘤学杂志，2006，20(4)：328-929.
[4] 闰淑英，王丽萍，乔丽琴. 颅咽管瘤围手术期的观察及护理[J]. 华北国防医药，2003，15(2)：128.

（编辑：郭光金）

[收稿日期] 2008-10-16 [修回日期] 2008-11-23