

# 神经内镜下经鼻蝶入路垂体瘤切除术的围术期护理

潘金玉, 赖红灿<sup>△</sup> (第三军医大学西南医院神经外科, 重庆 400038)

**【关键词】** 神经内镜; 经鼻垂体瘤切除术; 围术期; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.01.064 文献标志码: B 文章编号:1672-9455(2016)01-0141-02

垂体瘤是发生于垂体前叶的良性肿瘤, 以视力、视野改变与内分泌紊乱为主要表现, 显微手术切除是常规的治疗方法。随着微侵袭神经内镜技术的不断成熟, 神经内镜下单鼻孔经鼻蝶入路手术成为垂体瘤手术的发展方向, 与传统手术相比具有微创、照明良好、视野开阔、并发症少的优点<sup>[1]</sup>。对垂体瘤的治疗, 除了手术治疗外, 还应该采取积极有效的护理干预措施, 以减少术后并发症。本科于 2010 年 1 月至 2012 年 12 月, 对 35 例垂体瘤患者行神经内镜下单鼻孔经鼻蝶入路垂体瘤切除术, 术后患者恢复良好, 现将护理体会报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2010 年 1 月至 2012 年 12 月本科收治的 35 例垂体瘤患者, 其中男 13 例, 女 22 例; 年龄 17~76 岁, 平均 40 岁; 病程 4 个月至 2 年; 头痛 10 例, 闭经 15 例、溢乳 9 例、视力视野改变 25 例、肢端肥大 4 例、性功能减退 6 例。

**1.2 方法** 35 例患者均采用在神经内镜下行经鼻蝶入路垂体瘤切除术, 肿瘤全切 23 例, 大部分切除 9 例, 部分切除 3 例。对患者实施心理护理、术前特殊准备、术后并发症的观察护理及出院指导。

## 2 结果

35 例患者中无死亡病例; 25 例术前视力、视野障碍, 21 例术后得到改善; 内分泌症状得到改善 18 例。并发症: 13 例患者术后出现一过性尿崩, 对症治疗 1 周痊愈, 1 例成为永久性尿崩; 术后出现脑脊液漏 5 例, 对症治疗均自行愈合, 无颅内感染。

## 3 讨论

### 3.1 术前护理

**3.1.1 心理护理** 垂体瘤患者因担心视力、性功能与生育功能受影响, 常心理负担较重, 普遍存在焦虑与自卑情绪, 对手术既充满希望又怀有恐惧心理, 对于手术能否全部切除肿瘤, 远期是否复发都存在担心。针对这些问题, 要实事求是地向患者讲解相关知识, 使患者对疾病本身及治疗方案有一个正确的认识, 使患者能够以平静而积极的心态来对待手术。针对具体手术过程及术后可能出现的问题, 以图片的形式直观地向患者做讲解, 便于患者理解。

**3.1.2 术前准备** 术前 3 d 氯霉素滴鼻, 术前 1 d 剪除鼻毛并清洁鼻腔。术前 3 d 开始训练患者张口呼吸与床上排便。

### 3.2 术后护理

**3.2.1 术后早期呼吸功能的监测与护理** 术后早期由于麻醉未完全清醒、呼吸模式的改变、麻醉插管引起喉头水肿及患者个体因素引起的舌后坠都会严重影响患者的呼吸<sup>[2]</sup>, 严重者可引起窒息, 威胁患者的生命。术后早期应重点观察患者血氧饱和度变化, 通过加大氧流量、积极吸痰和雾化来改善呼吸困难, 对于气道不畅者, 可临时置入口咽通气管。

**3.2.2 口腔与鼻腔护理** 鼻腔放置碘仿纱条起压迫止血的作用, 一般放置 48~72 h, 应注意妥善固定与保持适当张力, 并注意观察有无脱出到口腔, 避免出现呛咳。由于鼻腔填塞, 患者采取经口呼吸, 容易出现口腔干燥, 鼻腔渗血也可流入口腔, 应加强口腔护理, 保持口腔清洁。碘仿纱条拔出后常有少量渗血, 嘱患者不要紧张, 经平卧休息, 多可自行停止。

**3.2.3 视力、视野的观察** 垂体瘤术后患者应严密观察视力、视野变化, 通过密切的观察可评估治疗效果和颅内变化。术后多数患者视力、视野障碍得以改善, 但当视力、视野障碍突然加重时, 要考虑颅内是否有再出血及血管痉挛等情况<sup>[3]</sup>。应了解患者术前视力、视野情况, 定时观察患者术后视力、视野情况, 一旦发现视力下降, 应警惕出血, 及时报告医师处理。对有视力障碍者, 应做好患者心理护理及生活护理, 做好跌倒、坠床的风险防范。

### 3.3 并发症的观察与护理

**3.3.1 尿崩症** 尿崩症是经鼻蝶入路垂体瘤切除术后最常见的并发症<sup>[4]</sup>。原因是手术切除肿瘤过程中垂体柄受刺激, 临床上多为一过性尿崩。手术后应严密监测每小时尿量、尿比重与 24 h 出入量, 并观察电解质, 保持出入量平衡。尿崩严重时可口服弥凝或皮下注射垂体后叶素, 尿崩多在 1~2 周恢复。本组 1 例患者因肿瘤巨大出现永久性尿崩, 给予弥凝口服处理, 临床症状控制较好。尿崩症患者液体大量丢失, 可出现口渴、乏力等高渗性脱水和低钾、低钠等电解质失调情况, 应定期复查电解质, 发现问题及时告知医师并妥善处理。

**3.3.2 脑脊液漏** 当手术操作引起蛛网膜破裂时常出现脑脊液漏。在鼻腔纱条拔出后应注意观察有无液体流出, 当怀疑为脑脊液时可采用血糖试纸测定来证实。一旦确诊为脑脊液漏, 应嘱患者卧床休息, 采用平卧位, 抬高床头 15°~30°, 以减少脑脊液流出, 禁止使用棉球、纱条填塞鼻腔, 以免引起脑脊液倒流; 避免一切致颅内压增高的因素, 如屏气、咳嗽、用力擤鼻、用力排便等, 以防颅内压增高加剧脑脊液鼻漏<sup>[5]</sup>。可给予抗菌药物预防感染, 必要时可采用腰椎穿刺术行蛛网膜下腔引流, 促进漏口早日愈合<sup>[6]</sup>。本研究有 5 例术后发生脑脊液鼻漏, 经对症处理, 漏口均自行愈合, 未发生颅内感染。

**3.3.3 高热** 高热常为术中丘脑功能受损引起体温中枢调节障碍所致。术后应常规监测体温至少 4 次/天, 术中对下丘脑的刺激影响机体体温调节中枢而导致中枢性发热, 应给予药物或物理降温, 可给予冰袋、冰帽等降温, 在使用过程中主要防止冻伤、寒战和血管痉挛<sup>[7-9]</sup>。若持续高热不退, 并有头痛、呕吐、颈项强直等发生, 应考虑颅内感染, 必要时留取脑脊液做细菌培养, 根据培养结果使用相应的抗菌药物治疗。

**3.4 健康教育与出院指导** 虽然垂体瘤是良性肿瘤, 但由于术后常有内分泌功能紊乱, 以及术后有复发的可能, 常需要长

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: jinyuwenzhi@163.com.

期的随访与观察。一般在出院后 6 周内复查激素水平,在 3 月时复查头颅磁共振,以了解有无肿瘤残留与复发。对于术后有垂体功能低下者,应定期复查激素水平,并做相应的激素补充。

综上所述,神经内镜下经鼻蝶入路切除垂体瘤围术期的护理重点在于术前的精心准备及心理干预,术后加强生命体征及出入量的观察,重点在于及时发现并处理好各类并发症,以促进患者早日康复。

参考文献

[1] 孟辉,冯华,王宪荣,等.神经内镜控制下经鼻-经蝶入路切除垂体腺瘤[J].中国内镜杂志,2004,10(7):43-45.

[2] 张丽,谢莉,覃仕英.经蝶入路显微手术切除垂体瘤术后窒息的原因分析及护理对策[J].护理学杂志,2006,21(18):29-30.

[3] Durr DG, Sade B, Mohr G. Endoscope-assisted image-guided approach to the pituitary gland: preliminary cadaveric study[J]. J Otolaryngol, 2005, 34(2): 93-98.

[4] 张清平,陈建良.神经内镜下经单鼻蝶入路垂体瘤的手术治疗[J].国际神经病学神经外科学杂志,2006,33(5):429-432.

[5] 石要红,徐兴巧.经单鼻孔蝶窦入路切除垂体瘤围手术期护理[J].护理实践与研究杂志,2008,5(1):29-30.

[6] 郑红,杨卫芳,尹建,等.经蝶垂体瘤切除术后并发症的观察及护理[J].护理与康复,2012,11(5):429-430.

[7] 陈迎春.经鼻蝶入路显微手术切除垂体瘤的护理[J].全科护理,2010,4(4):1072-1073.

[8] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学出版社,1998.

[9] 王守权,王心民,陈晓旭,等.神经内镜单鼻蝶窦入路切除垂体腺瘤[J].华西医学,2009,24(11):2999-3000.

(收稿日期:2015-04-25 修回日期:2015-07-15)

# 心房纤颤并发脑栓塞 30 例临床分析

殷 勇,吴勤花<sup>△</sup>(上海交通大学附属第六人民医院南院 201499)

【关键词】 心房纤颤; 脑栓塞; 治疗效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.01.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2016)01-0142-02

我国相当一部分脑卒中患者的缺血性卒中都是心源性的,当血液循环中出现了心源性栓子进入脑动脉阻塞血流,造成局部供血区域出现缺血和坏死的脑组织,导致脑功能障碍,引发心源性脑栓塞<sup>[1]</sup>。导致该病的一个主要原因就是心房纤颤,属于老年人常见的心率失常。本院对心房纤颤并发脑栓塞的治疗方法、效果、临床特征等进行了分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 8 月至 2014 年 10 月本院收治的 30 例心房纤颤并发脑栓塞患者作为研究对象,其中男 9 例,女 21 例;年龄 37~91 岁,平均(71.8±2.3)岁;合并症情况:慢性肾功能不全 1 例,慢性支气管炎 1 例,糖尿病 4 例,高血压病 13 例,心功能不全 1 例,扩张性心肌病 1 例,风湿性心脏病 3 例,冠状动脉粥样硬化性心脏病 6 例。全部患者既往均有心房纤颤病史,且与诊断心房纤颤并发脑栓塞的有关标准相符合,经心电图或心脏听诊等确诊为心房纤颤。所有患者均经知情同意。

1.2 治疗方法 本次研究中入选患者的治疗均采用华法林口服方法,第 1 天控制华法林剂量在 5 mg,每日 1 次,第 2 天则降为 2 mg。治疗第 3 天则需结合患者凝血酶原时间依据国际标准化比率(INR)来调节华法林抗凝作用。通过用凝血活酶所测得的参比血浆与正常血浆的比值和所用试剂标出的值计算出 INR,使不同的凝血活酶试剂测得的结果具有可比性。其次对于脑水肿和颅内高压的患者应当给予脱水剂治疗,如速尿、甘露醇等。另外,给予患者神经保护药物,并采用银杏制剂等中成药治疗。治疗过程中应密切监测并合理控制患者的血压及心率,避免发生并发症和不良反应,等待患者各项生命体征逐渐稳定后可以开展康复治疗。

1.3 诊断标准 本次研究中的诊断标准参考《脑血管疾病诊断要点》中与诊断脑栓塞有关的标准<sup>[2]</sup>:(1)起病突然,迅速发

展为局灶性神经功能障碍;(2)经过心电图或心脏查体确诊为心房纤颤,或者心源性栓子来源明确;(3)经过 CT 检查证实有脑栓塞;(4)体内肝脏、脾胃等内脏器官有证据显示出存在栓塞。

## 2 结 果

2.1 患者的临床症状表现 患者发病时的具体情况为:11 例在活动中发病(行走时发病者 2 例,如厕时发病者 4 例,其他活动中发病者 5 例),15 例在安静时发病(睡觉时发病 9 例,其他 6 例),其余 4 例无详细的发病时情况。根据患者脑梗死情况,分为后循环梗死(OPCI)者 1 例,部分前循环梗死(PACI)者 18 例,完全前循环梗死(TACI)者 11 例。临床症状中肢体偏瘫者 12 例,失语者 2 例,双眼同向凝视 7 例,意识障碍 4 例,并发两种及以上症状者 5 例。

2.2 患者脑 CT 检查结果 入选患者均接受脑部 CT 检查,检查结果显示:20 例为中度梗死(3.1~5.0 cm,梗死面积不大于 1 个脑叶),10 例为大面积脑梗死(>5.0 cm,梗死面积大于 1 个脑叶)。24 例患者的大脑中动脉供血区存在梗死灶,6 例患者大脑后动脉与大脑中动脉的交界区存在梗死灶。2 例患者的梗死灶内无占位征象的片状水肿或伴有片状或点状的出血性梗死,1 例患者并发伴有展位正向的脑实质性水肿,5 例患者的梗死灶中存在正常脑组织。

2.3 患者结局 经过实施改善血液循环、脑细胞保护剂、脱水降颅压、扩血管、抗凝血等治疗措施,痊愈 6 例,好转 18 例,死亡 6 例。死亡原因:肺部感染 1 例,脑疝 4 例,大量脑出血 1 例。7 例患者发生肺部感染和脑疝。

## 3 讨 论

心源性脑栓塞在临床中的发病率较高,其主要的威胁因素之一就是心房纤颤,心房发生颤动时,以心耳处为主的心房肌肉基本上不会发生收缩,导致血流淤滞于心房之内,很可能造

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail:112828776@qq.com.