

垂体瘤经颅切除患者术后并发症的观察与护理

曾晓轩

江苏省丹阳市人民医院 江苏丹阳 212300

【摘要】目的：分析观察垂体瘤经颅切除患者的术后并发症，总结临床护理方法。方法：选取2019年1月至12月我院收治的20例接受经颅切除治疗的垂体瘤患者，对术后并发症发生情况进行观察，对护理方法进行总结。结果：全部20例患者，术后13例患者发生尿崩症，9例患者发生体温异常，7例患者发生电解质紊乱，4例患者发生肺部感染，癫痫、消化道出血、视力下降、意识障碍、脑脊液漏各1例；通过科学治疗和有针对性的护理干预，仅1例视力下降患者的视力并没有得到恢复，其他患者均痊愈。结论：采用经颅切除手术治疗垂体瘤患者，术后容易发生各种并发症，如尿崩症、体温异常、电解质紊乱等，通过术后密切观察和有针对性的护理干预，能让术后并发症明显减少，促进患者术后及早康复。

【关键词】垂体瘤；经颅切除术；并发症；护理方法

垂体瘤是临床中较为常见的一种颅内肿瘤，在全部颅内肿瘤中，垂体瘤的占比大约为10%，其发病区域主要为蝶鞍区^[1]。现阶段临床中对垂体瘤患者进行治疗时，经颅切除术是最常用和最有效的治疗方式之一，虽然能取得一定效果，然而术后并发症的发生风险却较高，所以为了确保临床疗效，术后密切观察并发症，并进行有针对性的护理干预就显得非常重要^[2]。本文选取2019年1月至12月我院收治的20例接受经颅切除治疗的垂体瘤患者，对术后并发症发生情况进行了观察，并对护理方法进行了总结。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本文选取2019年1月至12月我院收治的20例接受经颅切除治疗的垂体瘤患者，其年龄为23-55岁，平均为(42.76±2.35)岁；男女分别为12例、8例；12例患者为微腺瘤，7例患者为大腺瘤，1例患者为巨大腺瘤。

1.2 方法

全部患者均接受经颅切除手术治疗，其中14例患者镜下全切，6例患者部分残留。密切观察术后并发症发生情况，并进行有针对性的护理干预，具体护理内容为：

①尿崩症：经颅切除术后发生尿崩症的主要是因为术中操作时对垂体后叶造成损伤或者挤压、牵拉垂体柄所引起；也可能是因为手术造成对以上部位的血供造成破坏而导致无法正常分泌垂体后叶素。除此之外，术中操作时压迫、牵拉脑组织以及术中麻醉、输液成分、速度、量等因素可能导致脑水肿，当下丘脑收到水肿波及时，无法正常合成抗利尿激素，降低肾小管对抗利尿激素的反应性，或者引起抗利尿激素相对缺乏，最终导致尿崩。应对患者尿比重、尿量进行密切观察，对24小时出入量及每小时尿量进行密切观察，结合患者实际情况制定科学的补液方案，让出入量能维持平衡，如果患者症状情况则可以选择短效抗利尿激素，如果患者症状严重则应选择长效尿崩停^[3]；并对患者脉搏、血压进行密切观察，注意患者有无多饮、口渴的情况，在患者出现异常情况时应及时向临床医师及时反馈。

②体温异常：术后应对患者体温变化情况进行密切监测，如果发热应及时进行降温处理，可通过大动脉冰敷、冰毯、冰枕等物理降温，快

速将体温降低到38℃以下。在进行降温处理时，应避免冻伤，如果物理降温效果不理想则可以严格遵医嘱进行药物降温。术后严格遵医嘱给予糖皮质激素治疗，进而对下丘脑损伤进行有效防止，让下丘脑充血有效减轻，对炎性浸润、渗出进行抑制。

③电解质紊乱：密切监测患者，定时检查肾功能和电解质，每次检查的间隔时间为12小时；如果患者存在轻微低钠血症，则应选择饮食调节和口服补钠的措施，使用猕猴桃、橙子、咸菜等；如果患者存在中度低钠血症，则应静脉补钠，结合高盐渗液对输入量、输液速度进行控制。

④肺部感染：及时清理口腔分泌物，让呼吸道保持畅通，及时翻身、拍背；给予雾化吸入、吸氧等治疗；如果患者呼吸困难则应采用气管切开治疗，进而对患者通气进行改善；加强营养支持，让患者抵抗力显著提高，预防性应用抗生素^[4]；如果患者发生肺部感染，则应选择敏感抗生素进行治疗。

⑤癫痫：严格遵医嘱肌肉注射0.1g苯巴比妥钠，12h/次，严格遵医嘱给予抗生素、止血药物治疗，每天2-3次。除了快速静脉滴注脱水药物外，在进行无钠液体输注时，应对输注速度进行严格控制，每分钟30-40滴，防止短时间输入大量不含电解质的溶液而导致脑水肿及癫痫，进而引起永久性脑损伤。患者如果出现癫痫发作，首先应将呼吸道梗阻有效解除，让患者呼吸道保持畅通，并严格遵医嘱缓慢静推10mg镇静剂安定，控制抽搐，并充分吸氧，避免出现脑组织缺氧。

⑥消化道出血：术后应对生命体征及病情变化进行严密观察，对患者是否存在呕吐、腹胀进行密切观察，并对大便、呕吐物颜色进行观察。如果患者解黑便或者呕吐胃内容物为咖啡色，则应及时向临床医师反馈，严格禁食，在呕吐时应将头部偏向一边，呼吸道应保持畅通，避免误吸。严格遵医嘱给予止血药物在治疗，并经胃管注入或口服凝血酶、去甲肾上腺素，促进胃黏膜血管收缩，起到止血效果。在出现消化道出血时，应严格禁食，适量补液和补血，冰水洗胃、胃肠减压；如果止血效果不理想，则可以采用手术治疗。

⑦视力下降：应对患者术前视力及视野情况进行充分了解，术后应认真做好巡查工作，对患者视力、视野变化情况进行定时观察和了解，对患者主诉加以关注，对患者存在的问题进行及时发现。如果患者视力视野障碍出现突然性加重，则应警惕颅内出血的发现，向临床医师及时

反馈,开展CT检查,对具体原因进行密切。严格遵医嘱给予血管扩张剂、神经营养药物、激素、脱水剂治疗。加强巡查,加床档,避免坠床。在检查或者外出时应专人陪伴,病区无障碍物,整齐摆放物品,病房地面应保持无水迹、清洁、干燥。

⑧意识障碍:对患者瞳孔变化、精神状况进行密切观察,在出现异常时应及时进行脱水处理,并对水电解质紊乱进行纠正。

⑨脑脊液漏:经颅切除术后发生脑脊液漏主要是因为术中操作时为合理处理鞍膈,引起鞍膈蛛网膜破裂,破坏蛛网膜下腔完整性,也可能是因为肿瘤自身对周围结构造成破坏而引起^[5]。除此之外,术后用力咳嗽或者擤鼻等增加颅内压,鞍膈薄弱处硬脑膜破裂,进而出现脑脊液漏。在将鼻纱条拔除之后,对患者鼻腔内是否流出清亮液体进行密切观察,如果有,同时在体位变换时流出的液体增加,则应采集标本开展尿糖试纸检测,如果检测结果为(++),则可证实为脑脊液漏^[6]。协助患者选择头高位15-30°,也可以选择半卧位,注意应卧向患侧,直到漏液停止后3-5d,让脑组织在重力作用的影响下向陆地移动。叮嘱患者应避免用力排便、用力擤鼻、咳嗽、屏气等,以免对脑脊液漏愈合造成影响。应防止情绪激动,在接受治疗时心态应保持平静。不能冲洗鼻腔或者选择卫生纸、纱布、棉球等对鼻腔进行填塞,头部不能忽高忽低,不能经鼻吸痰、放置胃管或者开展腰椎穿刺等,防止鼻窦损伤而导致逆行感染、漏液加重。对漏出液、鼻前庭血迹进行及时清洁,避免出现液体逆流感染。严格遵医嘱给予有效、足量的抗生素治疗,避免出现逆行感染。2周后如果脑脊液漏并没有愈合,则应开展腰穿置管术治疗。

2 结果

全部20例患者,术后13例患者发生尿崩症,9例患者发生体温异常,7例患者发生电解质紊乱,4例患者发生肺部感染,癫痫、消化道出血、视力下降、意识障碍、脑脊液漏各1例;通过科学治疗和有针对性的护理干预,仅1例视力下降患者的视力并没有得到恢复,其他患者均痊愈。术后并发症发生情况如表1所示。

表1 术后并发症发生率情况(n=20)

术后并发症	例数(n)	百分比(%)
尿崩症	13	65.0
体温异常	9	45.0
电解质紊乱	7	35.0
肺部感染	4	20.0
癫痫	1	5.0
消化道出血	1	5.0
视力下降	1	5.0
意识障碍	1	5.0
脑脊液漏	1	5.0

3 讨论

垂体腺瘤为临床中发生率较高的一种颅内肿瘤,在全部颅内肿瘤中,垂体腺瘤占第三位,占比大约为10%-15%^[7]。垂体腺瘤患者的临床症状主要表现为以下两方面:①神经功能障碍:头痛症状:垂体腺瘤早期长在鞍内,会在一定程度上缩小鞍内空间,导致压力升高,压迫鞍膈,引起头痛症状。头痛性质一般表现为钝痛或隐痛。随着病情的逐渐发展,

瘤体持续增大,向上突破鞍膈而降低鞍内压力,减轻头痛症状。三叉神经痛症状:如果垂体瘤突破鞍膈,向两侧扩展,则会导致三叉神经受压,导致患侧面部三叉神经痛症状;在突破鞍膈后如果瘤体继续增大,向后突入第三脑室而导致脑脊液循环障碍,引起颅内高压;视力障碍,主要是因为肿瘤在突破鞍膈后,肿瘤压迫视束、视交叉、视神经所引起。

②内分泌功能改变:垂体腺瘤的病理类型不同,所导致的内分泌改变也存在差异。

现阶段临床中在对垂体瘤患者进行治疗时,主要目标是对占位压迫症状进行解除或减轻,让激素恢复到正常值范围,对内分症状进行缓解。临床中的治疗手段主要为放射治疗、药物治疗以及手术治疗^[8]。其中放射治疗因为存在较多的并发症,现阶段在临床中的应用较少;药物治疗则无法对垂体瘤进行彻底治疗,只能作为放射治疗、手术治疗的辅助手段。所以手术治疗现阶段就成为了临床治疗垂体瘤的主要手段。

对于垂体瘤患者来讲,因为垂体存在神经内分泌功能,而且其解剖位置存在一定特殊性,所以术后容易发生各种并发症^[9]。所以垂体瘤患者在接受经颅切除手术治疗时,术后应密切观察并发症发生情况,并进行有针对性的护理干预。对于护理人员来讲,应充分了解和掌握术后常见并发症的发生机制、特点、处理原则,对患者的瞳孔变化、神志变化情况进行密切监测,加强心电监护工作,并对24小时出入量及电解质进行密切监测,对每小时尿量进行准确记录,进而对患者病情进行准确、及早判断,保证临床疗效和护理质量。

总之,采用经颅切除手术治疗垂体瘤患者,术后容易发生各种并发症,如尿崩症、体温异常、电解质紊乱等,通过术后密切观察和有针对性的护理干预,能让术后并发症明显减少,促进患者术后及早康复。

参考文献:

[1]陈妍,李慧娟.预见性护理对经鼻蝶入路垂体瘤切除术后患者并发症及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(8):1117-1118.

[2]金媛媛,李鹏乐.经鼻蝶入路垂体瘤切除术后并发症观察与护理[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(A0):274-275.

[3]姜占涛,张剑宁,于新,等.神经内镜下经鼻蝶垂体瘤切除术后并发症分析及治疗体会[J].中国临床医生杂志,2019,47(10):1214-1217.

[4]王婷,金立德,李维佳,等.经鼻垂体瘤切除术后并发症改善的相关护理措施[J].云南医药,2019,40(4):370-372.

[5]李杏妹,顾凌燕,丁卓颖.对接受神经内镜下经鼻蝶垂体瘤切除手术的患者进行针对性护理的效果探究[J].当代医药论丛,2019,17(1):238-239.

[6]齐琳丽.内镜经鼻蝶入路垂体瘤切除术护理体会[J].中国卫生标准管理,2019,10(18):155-157.

[7]陈弘韬,湛利平,李巧玉.内镜经鼻腔-蝶窦入路垂体瘤切除术后并发症分析[J].中国现代医学杂志,2018,28(18):119-122.

[8]刘琦,田少斌,陈劲松.经鼻蝶入路切除垂体腺瘤术后并发症的处理[J].现代仪器与医疗,2018,24(1):34-35,9.

[9]程友,薛飞,王天友,等.经鼻蝶入路垂体瘤切除术后鼻腔并发症的分析及处置[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2017,24(9):475-478.