

鼻蝶入路垂体瘤切除术临床护理路径的价值研究

陈朋亮

(定州市人民医院 河北保定 073000)

摘要: 目的: 探讨临床护理路径应用于鼻蝶入路垂体瘤切除术的价值。方法: 选取 2023 年 5 月~2024 年 4 月垂体瘤患者 74 例回顾分析, 均经鼻蝶入路垂体瘤切除术, A 组临床护理路径、B 组常规手术护理, 各 37 例, 比较治疗恢复与术后并发症情况。结果: A 组术中出血较少, 手术、卧床、住院时间较短 ($P < 0.05$); 并发症发生率比较, A 组 2.70%, B 组 18.92%, A 组低于 B 组 ($P < 0.05$)。结论: 在鼻蝶入路垂体瘤切除术中实施临床护理路径具有较好效果, 可提高手术效率, 加速术后恢复, 减少并发症。
关键词: 临床护理路径; 垂体瘤切除术; 恢复效率; 并发症

前言: 垂体瘤是腺垂体发病的肿瘤, 通常为良性肿瘤。垂体瘤导致脏器损伤、激素分泌紊乱, 影响血糖、血压异常, 诱发头痛、女性闭经泌乳、男性功能障碍等, 降低生活质量。鼻蝶入路垂体瘤切除术是治疗垂体瘤的微创手术疗法, 手术区域处于鞍区, 较易损伤颅底神经、血管, 引起并发症。为促进手术预后, 应加强手术护理。常规护理无法满足垂体瘤切除术护理要求。临床护理路径是针对特定诊疗内容或者特定疾病设计标准化和系统化方案, 有利于开展全方位护理^[1]。选取 74 例垂体瘤病例, 手术时间 2023 年 5 月~2024 年 4 月, 说明临床护理路径方法与效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 5 月~2024 年 4 月 74 例垂体瘤病例, A 组 37 例 (临床护理路径), 性别: 男/女=15/22, 年龄 (20~73) 岁, 平均 (41.09 ± 7.50) 岁; 病程 1 个月~4 年, 平均 (1.60 ± 0.19) 年。B 组 37 例 (常规手术护理), 性别: 男/女=14/23, 年龄 (21~71) 岁, 平均 (41.12 ± 7.48) 岁; 病程 2 个月~3.5 年, 平均 (1.62 ± 0.17) 年。资料可予分析 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准: (1) 影像学检查确诊为鞍区占位性病变; (2) 年龄 (18~75) 岁; (3) 资料完整; (4) 心肺功能正常。

排除标准: (1) 凝血障碍; (2) 严重代谢紊乱; (3) 免疫缺陷; (4) 妊娠期; (5) 高血压; (6) 全身感染。

1.3 方法

A 组临床护理路径: (1) 设计手术患者治疗期间护理路径表, 组建护理组, 总结鼻蝶入路垂体瘤切除术护理经验, 结合循证资料, 护理路径表时间为术前至术后 5 d。(2) 术前 1 d、手术当天健康教育, 分析病情, 指导患者进行手术思想准备。(3) 入院首日, 简略说明手术方案, 详细说明手术准备事项, 为患者解惑, 发放健康指导资料, 对患者进行术前生理、心理干预, 提高患者手术适应性。术前综合风险评估和针对性宣教, 监测生命体征。(4) 入院第 2 d, 血常规、便常规检查, 监测激素变化, 辅助患者进行术前检查。(5) 入院第 3 天, 术前剪鼻毛、滴鼻液滴鼻指导、确定血型、抗生素皮试等护理准备, 术前禁饮食 8 h。指导患者经口呼吸训练和卧床训练, 抬高床头 (30~45)°。(6) 术后当天, 责任护士与手术室护士进行护理交接, 了解手术情况, 术后生命体征监测。加强并发症监控。(7) 术后 (1~5) d, 遵医嘱监测生命体征、用药和防控并发症。

B 组: 常规手术护理。基于整体护理理念全周期监控病情、防控并发症, 规范健康宣教、科学用药指导。

1.4 观察指标

治疗恢复情况: 记录术中出血量, 统计手术、卧床与住院时间。

术后并发症: 观察术后尿崩、鼻腔出血、颅内感染、脑脊液漏情况。

1.5 统计学方法

垂体瘤病例数据以 SPSS 26.0 处理, 手术和术后恢复情况以“均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$)”分析, t 检验, 术后并发症以率 (%) 分析, χ^2 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗恢复情况

A 组手术、卧床、住院时间 $<$ B 组 ($P < 0.05$), A 组术中出血量 $<$ B 组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组手术和恢复情况[h, mL, d, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	手术时间 (h)	术中出血 (mL)	卧床 (d)	住院 (d)
A 组 (n=37)	1.32 ± 0.20	65.19 ± 6.52	2.27 ± 0.49	9.06 ± 0.89
B 组 (n=37)	2.01 ± 0.23	121.04 ± 7.16	3.66 ± 0.51	14.53 ± 0.91
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 术后并发症

A 组发生率 (2.70%) $<$ B 组 (18.92%) ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 并发症情况[n, % (n)]

组别	n	尿崩	鼻腔出血	颅内感染	脑脊液漏	发生率
A 组	37	1	0	0	0	2.70 (1/37)
B 组	37	2	3	1	1	18.92 (7/37)
P						< 0.05

3 讨论

经鼻蝶入路可减轻垂体瘤切除治疗创伤, 是当前比较先进的微创治疗技术。该手术后较易发生鼻腔出血、逆行性感染等并发症。临床护理路径具有规范的时间、步骤, 以最佳临床实践、最新证据为基础, 系统化设计方案、标准化执行, 可提高护理质量^[2]。

本研究中, A 组可较快完成手术治疗, 减少了术中出血, 缩短了术后卧床、住院时间, 恢复较快。并发症观察, A 组术后发生尿崩 1 例, 发生率 2.70%; B 组术后并发症发生率较高, 为 18.92%。

临床护理路径是新型标准化护理模式, 可进一步适应新医疗技术, 提高护理效率和科学性, 主要面对特定患者群体。临床护理路径实施横轴为治疗时间逻辑, 以科学护理技术为纵轴, 覆盖从入院至出院全程, 为特定患者或者疾病专项设计日程计划, 详细制定和执行时间、护理内容明确的护理方案, 预见性、规范性开展护理工作。

临床护理路径适用于住院患者, 应用于垂体瘤手术中, 主要是针对患者治疗全周期制定护理计划, 指导患者入院、检查、用药、饮食、健康教育以及出院指导等。在垂体瘤切除术临床护理路径中, 采取预见性、计划性措施, 予以主动护理, 向患者说明护理计划, 引导患者积极参与自护, 加强护患协同, 促进手术患者康复。

综上所述, 在鼻蝶入路垂体瘤切除术治疗中, 开展临床护理路径, 可促进手术患者快速恢复, 缩短卧床时间和住院时间, 减少并发症, 促进患者预后, 应用效果较好。

参考文献:

[1]梁秀平. 医护一体化临床护理路径对垂体瘤切除术后患者心理弹性及生存质量的影响[J]. 中华养生保健, 2024, 42(06):145-148.

[2]侯莉娜, 孙媛媛, 姚莉娟, 等. 基于医护一体化的临床护理路径在垂体瘤切除术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(24):26-28.