

神经内镜下经鼻蝶入路手术治疗鞍结节脑膜瘤围手术期护理

谢冠玲 陈飞苑

(中山大学附属第一医院神经外科 广东 广州 510080)

摘要:目的:探讨神经内镜下经鼻蝶入路治疗鞍结节脑膜瘤围手术期护理经验。方法:对神经内镜下经鼻蝶入路切除术9例鞍结节脑膜瘤患者的临床资料进行回顾分析。结果:8例术后视力、视野均有改善,1例视力未见明显好转;出现一过性多尿和脑脊液鼻漏各1例,均被及时发现并控制。结论:积极有效地围手术期护理,对预防神经内镜下经鼻扩大蝶窦入路治疗鞍结节脑膜瘤术后并发症、保障手术疗效具有重要作用。

关键词:神经内镜;鞍结节脑膜瘤;围手术期护理

本文对我科2017年1月至2019年1月期间实施神经内镜下经鼻蝶入路鞍结节脑膜瘤切除术患者的临床资料进行回顾分析总结,现将护理体会报道如下:

1 临床资料

本组男2例,女7例;年龄28—65岁。平均年龄46.5岁,其中1例单侧视力完全丧失,1例右眼仅有光感,左眼视力正常。5例患者进行性视物模糊和视野缺损,伴头痛,以额部头痛为主。女性闭经者2例,均有视力下降。术前对本组患者均行头颅CT检查示:鞍区见1个类圆形等密度影,增强密度均匀一致,边界清楚,蝶窦气化良好。头颅MRI平扫及增强显示:鞍上1个类圆形异常信号灶。内分泌检查未见异常。术后病理报告为鞍结节脑膜瘤。8例术后视力、视野均有改善,1例视力未见明显好转;出现一过性多尿和脑脊液鼻漏各1例,均被及时发现并控制。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前准备仔细观察患者鼻部情况,看是否有鼻道、鼻窦感染等现象,避免因炎症继发颅内感染影响手术疗效等。术前3d依信漱口液漱口。术前1d用鼻毛修剪器清洁鼻腔,2%氯霉素滴眼液滴鼻,以平卧头后仰位滴入,每天6次,每次各2滴为宜。由于术后双侧鼻孔常规填塞膨胀海绵来压迫止血,需要用口呼吸,所以患者术前常规练习张口呼吸来适应术后的通气方式。术前对患者加强宣教避免感冒,减少或控制打喷嚏,保持大便通畅,以防止术后用力排便、打喷嚏均可增加颅内压,进而增加脑脊液鼻漏发生风险^[1-3]。

2.1.2 饮食指导术前应鼓励患者多进高蛋白、高热量、富含维生素、易消化的食物,体质虚弱者,经静脉输注脂肪乳、复方氨基酸、白蛋白等。

2.1.3 心理干预由于疾病对患者心理产生强烈的刺激而出现焦虑、紧张甚至愤怒的情绪,因此应掌握患者焦虑情绪的识别和对焦虑的干预技巧。应耐心解答患者的各种疑问,根据患者及其家属的具体情况提供正确的通俗易懂的指导,告知患者此肿瘤为良性肿瘤,并向患者及家属介绍成功病例,调动患者的积极情绪,提高应对疾病的信心和勇气。积极配合治疗及护理,达到理想的手术效果。由于术前患者存在头痛、视力减退等临床症状,本组9例均有不同程度的恐惧、紧张,通过充分的术前心理指导,客观地介绍手术的过程、优点、效果以及术前、术中、术后的配合,耐心细致地解释病情,解除患者对手术恐惧及顾虑,能够情绪稳定地迎接手术,并能全程给予积极配合。

2.2 术后护理

2.2.1 体位全麻患者未清醒时应取平卧位,头偏向一侧,保持呼吸道通畅。意识清醒、生命体征平稳后可采取头高斜坡卧位,床头抬高30°,以利于颅内静脉回流,降低颅内压。翻身时动作要轻柔、缓慢,头部转动幅度不宜太大。

2.2.2 生命体征的观察严密观察患者意识、瞳孔、生命体征、肢体活动及肌力情况。一旦患者出现头痛、呕吐、瞳孔不等大、对光反射迟钝或消失,意识改变,立即通知医生并予消除脑水肿药物

治疗,同时行头颅CT检查,做好抢救工作。本组病例术后生命体征平稳,无意识障碍发生。

3 并发症的观察和护理:

3.1 颅内出血的观察颅内出血是最严重的并发症,如发现和及时处理不及时可导致脑疝发生,从而危及患者生命。术后要严密观察患者意识、瞳孔、肌力及生命体征。对于意识障碍、血压升高、脉搏宏大、呼吸缓慢者,要警惕发生小脑幕切迹疝的危险。一旦发现颅内出血迹象的患者要及时报告医生处理。

3.2 脑脊液鼻漏脑脊液鼻漏是经鼻扩大蝶窦入路切除脑膜瘤手术最易出现的并发症,如果合并颅内感染则病情更加严重,患者在拔除鼻部纱条后,局部有清水样液体流出,一旦发现可疑脑脊液漏,应及时报告医生,收集流出的部分送检(糖定性试验阳性即为脑脊液)。确诊为脑脊液鼻漏的患者绝对卧床是术后护理的一项重要措施,患者头部抬高30°,有利于上腔静脉回流,减轻颅内压,并可借助于重力作用,使漏孔处修补的硬脑膜与脑组织贴附,促进伤口的愈合注意保暖,预防感冒,避免咳嗽、打喷嚏,禁止鼻腔滴药冲洗,保持患者鼻腔清洁,预防逆行感染。本组1例在术后第3天出现脑脊液鼻漏,予以头高位休息,减少活动,7天后愈合。

3.3 尿崩症术后尿崩症为经鼻扩大蝶窦入路脑膜瘤切除手术常见并发症之一,为术中对垂体后叶及垂体柄的干扰所致。尿崩症可出现水电解质紊乱。密切观察术后每小时尿量,颜色,防止尿崩症的发生。尿崩症多见于手术3天以后,表现为尿量维持在300ml/h以上或24h尿量>4000ml,尿多遵医嘱使用控制尿量药物,如弥凝、垂体后叶素等。观察患者有无疲乏、淡漠、呕吐等电解质紊乱表现,遵医嘱定期抽血查电解质情况。本组1例在术后第2天出现一过性多尿,因密切观察,及时发现,用弥凝、垂体后叶素后控制症状,未出现其他并发症,恢复良好。

4 结果本组患者复查内分泌未见异常,8例术后视力、视野均有改善,1例视力未见明显好转;出现一过性多尿和脑脊液鼻漏各1例,均被及时发现并控制,精心护理和积极治疗,术后患者均康复出院。

5 结论神经内镜下经鼻扩大蝶窦入路治疗鞍结节脑膜瘤围手术期护理,术前心理护理对于病人能够坦然地接受手术不可或缺。为提高手术效果,应加强围手术期护理,严密监护生命体征变化,以保证各项监测及时、准确。掌握术后并发症的观察和处理,是保证病人康复的关键。

参考文献:

- [1] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社. 2005: 603.
- [2] 鲁晓杰. 毛清, 季卫阳, 等. 神经内镜下经鼻内一扩大蝶窦入路切除鞍结节脑膜瘤[J]. 中华神经医学杂志, 2005, 4(10): 1045—1048.
- [3] 张燕, 田雪琴. 神经内镜下经鼻蝶入路切除垂体瘤的护理[J]. 护士进修杂志, 2011, 4(26): 339—340.