

神经内镜下经鼻扩大蝶窦入路治疗鞍结节脑膜瘤手术的护理

高新妹, 黄 静, 陆春苗

[摘要]目的:总结神经内镜下经鼻扩大蝶窦入路切除鞍结节脑膜瘤患者的护理经验。方法:对行神经内镜下经鼻扩大蝶窦入路切除术的 30 例鞍结节脑膜瘤患者的临床护理资料进行回顾分析。结果:29 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 3 例,均被及时发现并控制。结论:针对性术前护理,术后并发症的有效预防是神经内镜下经鼻扩大蝶窦入路切除鞍结节脑膜瘤成功的重要环节。

[关键词] 脑膜瘤;鞍结节;经鼻扩大蝶窦入路;手术护理

[中国图书资料分类法分类号] R 739.45 **[文献标识码]** A

脑膜瘤在颅内肿瘤中的发病率仅次于胶质瘤,居第 2 位,约占颅内肿瘤的 15%。一般为良性,是中枢神经系统一种常见的肿瘤,手术切除是目前治疗脑膜瘤的一种重要而有效的方法。而鞍结节脑膜瘤起源于鞍结节、前床突、鞍隔和蝶骨平台^[1],由于其毗邻重要的血管神经,手术切除一直是神经外科的难点。显微外科技术的运用虽然极大地提高了肿瘤的切除率,但仍有一些较严重的脑组织和颅神经并发症^[2]。随着微创神经外科的发展,特别是神经内镜的广泛应用,1999 年 10 月至 2009 年 10 月,我科在神经内镜下经鼻蝶窦入路切除鞍结节脑膜瘤 30 例,由于本术式创伤小,全切程度高,手术效果满意,并发症少。现将护理体会作一报道。

1 临床资料

本组男 18 例,女 12 例;年龄 28~65 岁。进行性视物模糊 2 年以内 20 例,>2 年 10 例;伴头痛,以额部头痛为主。女性闭经者 10 例。患者均是双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,均有视力下降,视野缺损,眼底正常。头颅蝶鞍冠状 CT 平扫显示: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。29 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 3 例,均被及时发现并控制;6 个月至 6 年内复查头颅 MRI 示肿瘤无复发。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 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^[3]。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,告之疾病类型、可能采用的治疗、护理计划及如何配合,帮助家属学会对患者的特殊护理方法,使患者增强战胜疾病的信心,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 30 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,说明手术的必要性和危险性,充分尊重患者的知情权和选择权,患者能够情绪稳定地迎接手术,并能全程给予积极配合。

2.1.2 营养支持 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。本组 10 例头痛较严重者伴有频繁呕吐,在降颅压、镇痛、止吐的基础上,予以补充足够水分、电解质及白蛋白、氨基酸,改善患者的营养状况。

2.1.3 一般护理 术前准备从术前 3 天开始,用含抗生素的滴鼻液清洁鼻腔,以平卧头后仰位滴入,每天 6 次,每次 3 滴为宜。术前 1 天剪除鼻毛,注意勿损伤鼻腔黏膜。观察患者是否有鼻道、鼻窦感染,待炎症控制后方可手术,以免引起颅内感染。指导患者练习张口呼吸,以适应术后的用口呼吸(术后双侧鼻腔填塞油纱条)。遵医嘱做好心电图、血常规、肝肾功能、血糖、胸部 X 线片等术前常规检查,以及与垂体相关的内分泌检查,视力、视野和视觉诱发电位检查,备血,抗生素皮试,按医嘱术前常规禁食和使用镇静剂。

[收稿日期] 2010-04-18

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 神经外科,233000

[作者简介] 高新妹(1975-),女,护师。

2.2 术后护理

2.2.1 体位 全麻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,以利于颅内静脉回流,降低颅内压。体积较大的脑膜瘤切除后,因颅腔留有较大空隙,颅内手术区应保持高位,以免突然翻身时发生脑和脑干移位,引起大脑上静脉撕裂、硬膜下出血或脑干功能衰竭,翻身时动作要轻柔、缓慢,头部转动幅度不宜太大,一般限制在 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 为宜^[4]。

2.2.2 意识状态、瞳孔及生命体征的观察 术后患者意识变化对病情非常重要。术后如出现意识程度加深,由清醒转为模糊甚至昏迷、瞳孔不等大、对光反射迟钝或消失、心率增快、呼吸不规则等均为颅内出血的表现,应及时记录并向医生汇报,以便及早行头颅CT检查,做好抢救工作。患者清醒后听其主诉,以便及时了解病情。本组病例术后生命体征平稳,无意识障碍发生。

2.2.3 呼吸道护理 术后应保持患者呼吸通畅,对于全麻未清醒留有气管插管者,严密观察呼吸音和血氧饱和度情况,如果出现血氧饱和度 $<90\%$ 时,及时查找原因,判断有无呼吸道梗阻情况,存在呼吸道梗阻时,可以从气管插管内吸出分泌物,动作宜轻柔,插管不宜过深,防止对呼吸道黏膜造成损害。对于术后清醒者可嘱其将痰液自行咯出,对于痰液黏稠咯出不畅者,必要时可给予雾化吸入。

2.2.4 肢体活动状况的观察 脑膜瘤术后应严密观察肢体活动情况及肌力情况,有无偏瘫。如果术后出现一侧肢体运动障碍和病理反射阳性,特别是开颅术同侧肢体偏瘫,应高度怀疑颅内水肿的存在,同时应密切观察意识状况、生命体征及瞳孔的情况,必要时行头颅CT检查。

3 讨论

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状态、生命体征及双侧瞳孔的情况。对于意识障碍不恢复或清醒后又出现意识障碍、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。一旦发现有颅内出血迹象的患者要及时报告医生处理。

3.2 癫痫的观察与护理 术后癫痫的观察与护理与术前基本相同。对于术前没有癫痫症状而术后出现该症状者,在癫痫发作时分辨发作类型,及时应用

抗癫痫药物,防止发生意外,癫痫发作后加强心理护理。在术后一段时期内应遵医嘱口服抗癫痫药物,如苯巴比妥、苯妥英钠等,经过一段时间治疗症状会逐渐好转。

3.3 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。其危险性在于因鼻漏致逆行性颅内感染和气颅的发生,为手术操作本身对鞍上池蛛网膜的直接损伤及颅底修补欠佳所致。正常脑脊液为无色的水样液体,脑脊液鼻漏为间断性的,常与体位有关。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休息,采取头高 30° ,使脑组织沉落在漏孔,以利于贴附愈合。头高位持续到脑脊液鼻漏停止后3~5天,以免复发。翻身时,避免头部突然大幅度转动,避免大力拍背咳嗽,以免影响漏口愈合。注意患者意识变化,一旦有意识障碍加重,及早做好准备,行头颅CT检查,以排除有无张力性气颅的发生。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3例在术后第2天出现脑脊液鼻漏,予以头高位休息,减少活动,8天后愈合。

3.4 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,从而导致其他并发症。因此,掌握尿崩症的症状,密切观察术后每小时尿量,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 300 ml/h 以上或 24 h 尿量 $>4000 \text{ ml}$,患者脉搏逐渐加快,血压逐渐降低,脉压差缩小,皮肤黏膜弹性变差,自觉口渴,反应淡漠。患者因多尿,排钠、排钾多,故轻者口服补钾,重者静脉补充钾和钠。准确记录 24 h 尿量,发现尿量及颜色异常及时报告医生,将尿崩症控制在早期。本组3例在术后第3天出现一过性多尿,因密切观察,及时发现,运用垂体后叶素后控制症状,未出现其他并发症,恢复良好。

[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,王清,季卫阳,等. 神经内镜下经鼻内-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] 闫雅凤,唐晟,史凤霞,等. 岩斜坡脑膜瘤患者手术前后护理[J]. 护理学报,2006,13(8):30-31.
- [4] 曹伟新. 外科护理学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2002:376.