

鼻内镜下鼻前颅底肿瘤切除术 10 例围术期护理

胡秀丽,李玉升,姜宋丽,王琴,金旭

[摘要]目的:总结鼻内镜下鼻前颅底肿瘤切除术的围术期护理经验。方法:对 10 例鼻内镜下鼻前颅底肿瘤切除术患者充分做好术前准备,术后积极预防并发症护理。结果:10 例患者经术前术后的精心护理,均痊愈出院,无严重并发症发生。结论:加强鼻前颅底肿瘤患者的围术期护理,可提高手术质量及治疗效果,有效减少各种并发症的发生。

[关键词] 颅底肿瘤;鼻内镜;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 739.41

[文献标识码] A

鼻腔、鼻窦以及前颅底肿瘤的手术切除以往多采用鼻侧切开或者颅面联合入路等开放性手术,但其损伤和破坏性较大,常遗留面部瘢痕。近年来随着鼻内镜技术的不断延伸,内镜手术范围开始向鼻前颅底区域扩展^[1]。其与开放性手术相比具有视野清晰、定位准确、手术技巧精湛,且创伤小、恢复快、并发症少、成功率高等优点,在临床上被广泛应用。2008~2010 年,我科经鼻内镜下行鼻腔、鼻窦及前颅底肿瘤手术 10 例,临床效果较好,现就其护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 9 例,女 1 例;年龄 43~71 岁。术前行 CT、MRI 检查了解病变范围,均经病理确诊。恶性肿瘤 8 例,其中鳞状细胞癌 5 例,恶性黑色素瘤 2 例,腺样囊性癌 1 例;良性肿瘤 2 例,均为脑膜瘤。患者主要发病部位在鼻腔、鼻窦侵犯前颅底。

1.2 手术方法 10 例患者均在全身麻醉下行鼻内镜下鼻腔、鼻窦、前颅底肿瘤切除术。

1.3 结果 1 例出现脑脊液鼻漏,经治疗后痊愈,全部患者术后未出现严重并发症。

2 护理

2.1 术前心理护理 患者常因住院带来家庭、经济、工作方面的影响和对诊断的怀疑,以及对手术治疗的安全性、彻底性和有无并发症等问题不了解而产生紧张恐惧心理。所以我们在接待患者的同时应主动与其交谈,耐心倾听他们的讲述,针对患者担心

的问题进行疏导,帮助患者接受诊断,正确认识疾病;告知术后可能出现的并发症及配合的内容,使其对手术的结果有客观的认识;向患者介绍成功病例,缓解其思想顾虑,使患者能够以良好的心态接受手术。

2.2 术前准备 术前 3 d 用含抗生素的滴鼻液滴鼻,指导患者饭后漱口,保持口腔清洁。术前 1 d 剪鼻毛,清洁鼻腔,男患者剃胡须,练习经口呼吸,并教会患者张口呼吸控制喷嚏,以减少术后鼻腔填充物脱落的几率。同时应避免感冒,注意休息。术日遵医嘱术前用药,做好全麻常规准备。

2.3 术后护理

2.3.1 生命体征观察 术后常规去枕平卧 6 h,血压平稳后取头高 15°~30°斜坡位,避免颈部屈曲,以利于颅内分泌物的引流和眼部静脉回流,减轻脑水肿和颜面部水肿。严密观察患者意识、瞳孔及生命体征的变化。术后如患者出现意识程度下降,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,应及时记录并报告医生,配合做好抢救工作。

2.3.2 口、眼、鼻的护理 由于鼻腔鼻窦创面通常不缝合,仅靠凡士林纱条压迫止血,因此要观察出血情况。嘱患者避免用力咳嗽和喷嚏,防止纱条脱出引起切口出血。术后由于鼻腔纱条填塞,常引起口干、头痛、鼻部胀痛、切口疼痛、溢泪等症状,护理上给予患者解释工作。术后应观察眼睑有无出血肿胀,眼球有无固定或外凸,以及眼球转动情况,同时对视力视野进行观察,以了解术中有无损伤视神经情况。眼睑有分泌物积存时,给予生理盐水冲洗,并予氯霉素眼药水应用。术后应保持口腔清洁,必要时进行口腔护理。本组患者 2 例出现溢泪,1 例术后第 3 天打喷嚏致填塞物脱出,重新鼻腔填塞后出血停止。

[收稿日期] 2010-12-22

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科,安徽蚌埠 233004

[作者简介] 胡秀丽(1980-)女,护师。

2.3.3 呼吸道的管理 全麻插管术后 喉头有不同程度的水肿 加之术侧鼻咽组织黏膜损伤肿胀 鼻腔纱条填塞及血性渗液流入胃内引起刺激性呕吐等因素 均影响呼吸道的通畅。应注意观察患者的呼吸频率、节奏 有无紫绀及躁动 并予吸氧。经口呼吸易引起咽部干燥疼痛 可采用超声雾化可起到加温加湿的作用 减轻经口呼吸的不适感。本组 6 例患者术后出现咽部疼痛 予超声雾化吸入 1 周后症状明显改善。

2.3.4 脑脊液漏的观察与护理 早期鼻腔填塞纱条不易发现脑脊液漏 纱条拔除后若鼻腔有清水样分泌物流出 应考虑脑脊液漏的可能。脑脊液漏在短期内不易愈合 极易发生颅内感染。一旦发生脑脊液漏应观察部位、数量及时间。本组患者 1 例发生脑脊液鼻漏 嘱卧床休息 1~2 周 并保持鼻腔清洁 予低盐饮食、抬高头位、脱水降颅压等保守治疗后痊愈。脑脊液从鼻腔漏出时 用无菌纱布及时蘸干 但禁忌向鼻腔内填塞敷料或掏挖鼻腔 严禁擤鼻、堵鼻并局部用药或用力咳嗽。

2.3.5 颅内症状的观察 术后 24 h 为颅内血肿高发期 72 h 为创伤组织水肿期 逐渐加重达到高峰 术后 7 d 为脑水肿期 术后我们密切观察患者瞳孔及生命体征的变化 观察有无头疼、恶心、呕吐及颈项强直等脑膜刺激征的表现 若出现上述情况及时报告医生并予相应处理。遵医嘱及时应用脱水剂以降低颅内压 同时记录 24 h 出入量防止电解质紊乱。本组患者未出现颅内高压的症状。

2.3.6 颅内感染观察 因术后颅腔与鼻腔、鼻窦、眼眶相通 故应预防颅内感染的发生。术后应观察脑脊液的质和量 留取脑脊液做常规检查 术后观察神志、脉搏、呼吸、血压的变化 注意有无恶心、呕吐等症状;如体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 伴剧烈头痛、恶心、呕吐、脑膜刺激征等 提示有颅内感染 立即报告医生 采取相应的护理措施。本组未出现颅内感染并发症。

3 讨论

良好的围手术期护理是鼻前颅底肿瘤切除手术成功的必要保证 尤其是术后护理。首先是观察切口有无出血和疼痛程度。抽出纱条时因失去压迫而

造成鼻腔出血 可通过分次抽出、逐渐减压的方法 防止继发性出血。研究^[2]表明 取出鼻腔填塞物后 48 h 不能用力擤鼻 半个月內勿剧烈运动及过度兴奋。鼻内镜手术属有创手术 因鼻黏膜有丰富的神经末梢 黏膜水肿、鼻腔填塞物压迫止血以及情绪紧张均可导致鼻部及头部不同程度的疼痛^[3]。疼痛已成为继体温、脉搏、呼吸、血压之后第 5 个生命特征^[4] 因此 要指导患者半卧位休息及鼻额部冷敷 分散注意力 必要时予镇痛剂。有文献^[5]报道 护士和患者仅做到 5~10 min 的必要谈话 可使镇痛效果持续 18 h。此外 严密观察术后并发症是保障患者安全的重要措施。脑脊液鼻漏是颅内并发症中最常见且最重要的并发症之一。一旦出现脑脊液鼻漏 取半卧位 嘱患者勿用力擤鼻及剧烈咳嗽 防止便秘^[6]。禁堵鼻及局部用药。如出现剧烈头痛、颈项强直、喷射性呕吐及高热 立即通知医生 及时采取有效措施 有利于提高手术疗效 保证手术成功率 减少并发症。

内镜经鼻颅底手术在达到甚至超过传统手术疗效的基础上更加微创安全^[7] 但是耳鼻喉头颈外科医护人员对颅底手术可能带来的颅内外并发症的认识和处理还缺乏经验 这就要求我们不仅要熟悉自己的专业知识 还需要具有各相关学科的专业知识 才能保证患者顺利渡过手术期 早日康复。

[参 考 文 献]

- [1] 孙常领,舒畅,陈建超,等.鼻内镜下前颅底肿瘤切除术[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2009,16(2):65-68.
- [2] 蔡娟.鼻内镜鼻窦手术的围术期护理[J].现代护理,2009,6(31):80-82.
- [3] 谢金婵.272例鼻内镜鼻窦手术的护理体会[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(2):150-152.
- [4] 罗海燕.舒适护理在鼻内镜鼻窦手术患者中的应用[J].南京大学学报:医学版,2010,38(3):442-443,446.
- [5] 唐跃华.舒适护理在老年人鼻衄填塞术后的应用[J].医学临床研究,2007,24(4):70-71.
- [6] 唐慧明.功能性鼻内镜鼻窦手术的围手术期护理[J].当代护士:专科版,2010(6):85-87.
- [7] 栗艳,蒋小红.鼻内镜下鼻颅底肿瘤切除围手术期护理[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(2):148-150.

(本文编辑 章新生)