

侵袭性垂体瘤围手术期护理体会

符慧芬,于正涛,夏鹰

(海口市人民医院神经外科,海南 海口 570311)

【关键词】 垂体腺瘤;侵袭性;围手术期;护理

【中图分类号】 R473.73 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003-6350(2016)23-3955-02

垂体瘤是鞍区最常见的良性肿瘤,但因垂体激素过量分泌导致各种内分泌代谢紊乱,肿瘤压迫正常垂体引起垂体功能低下或肿瘤压迫鞍区周围结构引起占位效应,导致相应功能的严重障碍。而侵袭性垂体瘤常由鞍内向鞍外生长,侵犯鞍区周围结构,包绕重要的血管,破坏周围骨质,生长较快,手术全切困难,容易复发;有些较重的侵袭性垂体腺瘤由于就诊时间较晚,术前已经发生严重的尿崩症,甚至下丘脑反应,术后尿崩症及下丘脑反应加重,可危及生命,因此其治疗一直是神经外科的难题^[1],而掌握正确的护理方法是微侵袭垂体瘤患者安全度过围手术期的重要保证。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我科2008年1月至2015年12月收治的侵袭性垂体瘤患者45例,男性20例,女性25例;年龄15~65岁。患者多为合并症状,单一症状较少:闭经17例,泌乳10例,肢端肥大3例,矮小1例,向心性肥胖1例,阳痿及性功能减退16例,多尿5例,视力减退及视野缺损16例,头痛40例;其中27例(男性10例,女性17例)血清泌乳素水平升高,平均10.2 nmol/L;3例生长激素水平升高,平均9.4 nmol/L;1例尿游离皮质醇24 h 460 μg;余14例内分泌学检查未见明显异常;所有患者术前均行头颅(或垂体)MR平扫加增强,提示肿瘤呈侵袭性生长,肿瘤不同程度侵犯海绵窦,16例患者颈内动脉部分或全部被肿瘤包绕。

1.2 手术方式 32例患者采用经鼻蝶或分期经鼻蝶垂体瘤切除术,8例患者采用经翼点入路切除术,5例患者采用经鼻蝶垂体瘤切除术及经翼点入路联合切除术。

2 结果

45例患者中肿瘤全切22例,次全切16例,部分切除7例;6例经蝶入路或分期经蝶入路患者术中出现脑脊液漏,术中均行自体脂肪填塞,术后未见脑脊液鼻漏;2例患者术后瘤腔出血,再次行手术治疗;38例患者出现不同程度的尿崩症,其中2例患者出现重度尿崩症;2例患者出现下丘脑反应,其中1例较重;患者经过控制尿量,激素补充治疗后康复出院,随访无明显不适;1例患者由于重度下丘脑反应及尿崩症需长期激素替代治疗,出院随访3周后在当地医院死亡。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 向患者及其家属交代垂体的主要功能,并告知垂体腺瘤所引起的各种症状,以及视力、视野检测,垂体功能、皮质醇、甲状腺功能等相关检查的必要性及作用;告知手术的必要性及手术过程、手术大约时间,交代患者术后由于鼻腔填塞膨胀海绵造成的不适感,训练经口呼吸,并告知留置尿管的必要性及术后有不适感,交代如术中出现脑脊液鼻漏需经腿部取脂肪填塞,并交代患者术前服用强的松的必要性,术后记录每小时尿量、入量以及术后频繁抽血检查电解质的用途及必要性。让患者及家属对此病有足够的了解,彻底消除忧虑心理,保持乐观情绪。

3.1.2 术前准备 根据患者情况,结合患者垂体瘤对内分泌及下丘脑功能影响程度不同,术前给予服用激素,提高患者激素水平,增强患者对手术的耐受能力。帮助医生监督患者服药情况,并记录24 h尿量及测定尿比重、称体重等,帮助患者完成视力及视野检测,按时间完成激素水平测定。对于经翼点入路患者常规术前1 d给予头部备皮;对于经鼻蝶手术患者,术前3 d修剪鼻毛,鼻窦炎患者治愈后方能手术,防止术后感染。

3.2 术后护理 垂体瘤患者术后管理是患者康复最重要的一部分,术后患者会出现尿崩症,绝大多数为暂时性,少部分由于垂体功能低下或垂体柄损伤造成持久性尿崩。由于尿崩导致的电解质紊乱及血容量不足等会危及患者生命。部分患者由于对下丘脑的侵犯或术中対下丘脑的损伤,术后会导致高热、皮质激素、促皮质激素、甲状腺激素水平低下等导致患者病情持续加重,甚至危及生命。故术后的护理观察并及时向医生反馈,对于患者的恢复至关重要。

3.2.1 生命体征 对于侵袭性垂体腺瘤,尤其是巨大的侵袭性腺瘤,术前已经对下丘脑产生影响,术后患者下丘脑反应有加重的可能,可引起体温调节中枢功能障碍,体温可达41℃以上,也可以表现为体温不升,低于32℃。生长激素腺瘤及Cushing病患者常合并高血压,术后要观察血压变化,如血压过高,可导致瘤腔出血;血压过低,可导致灌注不足。对于合并下丘脑反应的患者,可出现低血压,甚至血容量不足,导致低容量性休克,故生命体征的严密监测,并及时报告医生,进行早期药物干预。

3.2.2 意识障碍 术后绝大多数患者无明显意

基金项目:国家自然科学基金(编号:81360190)

通讯作者:符慧芬。E-mail:13307535738@163.com

识障碍,如果术后患者出现意识障碍,主要原因为下丘脑受损或颅内高压。颅内压增高常见的原因为瘤腔出血,开颅患者可能出现硬膜下或硬膜外血肿等,对于开颅患者要密切注意引流管通畅情况,并观察引流液的颜色;本组病例中1例患者术后第4天出现精神萎靡、食欲不振,继而出现嗜睡,并发展为昏迷,为内分泌失调所导致的,主要为肾上腺皮质激素严重不足所导致,及时补充激素及补液治疗后病情好转,对于意识障碍患者,必要时急诊CT复查,并向医生寻求检查结果,以利于观察病情。

3.2.3 视力、视野 垂体瘤术后由于解除了占位压迫,术后视力及视野受损症状可能得到一定的缓解,因此术后对视力及视野的评估是判断手术的疗效的方式之一;本组2例经蝶患者术后视力及视野出现好转,过后出现视力明显减退,甚至失明或仅有光感,行头颅CT示瘤腔出血所造成的对视神经的压迫,再次急诊行手术治疗,术后地塞米松治疗后好转,所以从这一点来所,术后视力的变化观察尤为重要,如及时发现,可以把对视神经的损伤降低到最小程度。

3.2.4 尿量 术后每小时尿量是术后重要的监测指标;术后大部分患者出现尿量增多,大多数患者表现为一过性尿崩。程度轻者恢复快,而部分侵袭性或巨大侵袭性垂体腺瘤术后尿崩症状较重。尿崩症的发生多由于肿瘤压迫或手术损伤了下丘脑-垂体的正常生理功能,导致内分泌障碍。本组病例中有38例发生了尿崩,30例术后1个月内恢复正常,6例患者3个月内尿崩症状得到良好控制,1例患者术后半年仍有尿崩表现,须长期服用醋酸去氨加压素片,1例患者尿崩控制不理想且合并重度肾上腺皮质激素缺乏,出院随访3周后死亡。患者术后早期就产生尿量的变化,尿量 $>170\text{ mL/h}$,最多可达到 $600\sim 750\text{ mL/h}$, 24 h 尿量 $>5\ 000\text{ mL}$,颜色变浅如清水状,尿比重 <1.005 。由于尿崩导致患者水电解质代谢紊乱,加重病情,主要表现为低钠血症或高钠血症。目前对于尿崩的治疗,常用的制剂主要为短效的垂体后叶素及中效的醋酸去氨加压素及长效的油剂;对于一时清醒的患者如果尿崩症状轻微,自然口渴机制是完整的,按医生医嘱,嘱患者只在口渴时饮水,弥补丢失的水分而不至于过度饮水,但症状严重时,可以给与垂体后叶素或醋酸去氨加压素,并增加ADH功能的药物,如双氢克尿噻;对于昏迷的患者,记录每小时的出入量,每4h或当尿量超过 250 mL/h 时测尿比重一次。按医生要求每6h监测电解质及渗透压变化,给予静脉补液治疗,处理高钠血症或低钠血症,如果静脉输液速度不能及时补充尿液丢失,静脉或肌注醋酸去氨加压素,或静脉微量泵入垂体后叶素,并观察患者每小时尿量,调整用药量,但是要严格观察患者出入量。由于去氨加压素收缩血管,如尿量少,入量多,增加心脏负荷,有导致心衰的风险,可加重病情,甚至危及生命。本组患者中有1例患者曾因微量泵泵入垂体后叶素而出现急性

左心衰,及时强心、利尿后好转,故术后对于尿量的观察及对垂体后叶素剂量的调整是提高患者治愈率的主要方面之一。

3.2.5 内分泌紊乱 侵袭性巨大垂体腺瘤及术前存在激素水平低下的垂体腺瘤,术后激素水平紊乱是影响患者生存率及生活质量的重要方面之一^[2]。本组患者主要为侵袭性垂体腺瘤,经蝶手术患者内分泌紊乱发生率相对较低,而经翼点入路患者发生率较高,主要表现为皮质醇激素水平及甲状腺激素水平低下;临床主要表现为淡漠、乏力等症状,并表现为顽固的低钠血症,经补充激素治疗后病情好转,本组患者经激素替代治疗后病情大部分缓解;做好内分泌激素的监测,嘱患者按时服用药物,并注意观察患者的精神状态。激素替代治疗是调整内分泌紊乱的最主要的方式,临床上主要为皮质醇激素及甲状腺激素水平低下。对于甲状腺激素水平缺乏,常给予甲状腺素片治疗;而对于皮质醇激素的补充是至关重要的,尤其是激素减量、减药过快可能导致患者症状加重甚至出现Addison危象,故对于激素减量的观察至关重要。主要从症状观察,患者缺乏时可能表现为发热、乏力、淡漠等,甚至原本控制好转的尿量增加。

3.2.6 应激性溃疡 鞍区手术后可能损伤或骚扰下丘脑,加之患者长期应用糖皮质激素,手术后可导致应激性消化道溃疡,引起上消化道出血,术后应严密观察患者血压、脉搏及大便颜色,及时向医生汇报,按医嘱进行相应处理。

3.2.7 脑脊液鼻漏 脑脊液鼻漏最常见于经蝶手术治疗,尤其是患者术中鞍膈破坏,出现脑脊液鼻漏^[3],常应用自体脂肪填塞,术后有发生脑脊液漏的风险,一般要求卧床。脑脊液鼻漏一般在术后3~7d发生,患者坐起或垂头时漏液增加,平卧时减轻,常取斜坡卧位借重力作用使脑组织压紧硬脑膜切口处,促其愈合。本组6例经蝶入路或分期经蝶入路患者术中出现脑脊液漏,术中均行自体脂肪填塞,术后未见脑脊液鼻漏。

3.2.8 一些特殊危象的观察及护理 主要为肾上腺皮质功能危象及甲状腺危象。主要表现为高热、循环障碍等症状,如发生需尽早干预,可提高患者的生存率。

综上所述,垂体腺瘤是神经外科常见的肿瘤,而侵袭性肿瘤其围手术期难于管理,术后并发症较多,如果观察不严格,护理不当,可危及生命。临床护士不仅要有积极的工作热情,还需有扎实的专科知识,对术前、术后的观察与护理做到认真细致,是减少并发症、提高治愈率的关键。

参考文献

- [1] 万学焱,徐钰,张华楸,等.侵袭性垂体腺瘤治疗和预后影响因素分析[J].中华神经外科杂志,2013,29(5):451-455.
- [2] 陈茂送.侵袭性垂体瘤的临床研究进展[J].中国微侵袭神经外科杂志,2010,8(7):331-333.
- [3] 刘霞,王知兰.经蝶入路垂体瘤切除术后的护理[J].齐鲁医学杂志,2008,19(3):270.

(收稿日期:2016-07-06)