

显微镜下经单鼻孔蝶窦入路垂体腺瘤切除的手术配合

俞春丹 袁坚列

显微镜下经单鼻孔蝶窦入路垂体腺瘤切除术是近年来在经口鼻蝶窦入路基础上发展起来的又一新技术。其手术路径更加简单,术中损伤小,患者痛苦少,术后康复快,并发症少,是一种安全可靠的手术方法,因此应用日益增加,适应证也不断扩大。我院 2003 年 1 月—2004 年 12 月在显微镜下经单鼻孔蝶窦入路切除垂体瘤 15 例,均取得满意效果,现报道如下。

临床资料

1. 一般资料。本组收集患者 15 例,男 5 例,女 10 例,年龄 20~70 岁,平均年龄 43 岁。均行头颅 CT 和 MRI 检查,肿瘤直径 1~4 cm,平均 1.6 cm。临床表现:视力视野改变 5 例,多饮多尿、嗜睡 3 例,内分泌功能障碍 11 例。术后病理:生长激素腺瘤 3 例,泌乳素腺瘤 6 例,无功能腺瘤 6 例。

2. 手术方法。本组 15 例均采用经口腔气管插管,肾上腺素纱条填塞鼻腔,消毒、铺巾。在显微镜下用鼻窥器经一侧鼻孔向上经中鼻甲直至蝶窦前壁,探查并找到蝶窦开口。将蝶窦开口黏膜剥离,充分显露骨性蝶窦开口及前壁。打开蝶窦前壁,剥除蝶窦黏膜,去除蝶窦中隔,再用骨刀或磨钻打开鞍底,“十”字切开鞍底硬脑膜,用垂体刮匙或吸引器、取瘤钳切除肿瘤,清理瘤床,彻底止血,修复鞍底。如有脑脊液漏或少量渗血,采用自体皮下脂肪或明胶海绵填塞漏口、鞍内及蝶窦腔内,可以较好地防漏止血,并用耳脑胶或生物胶封闭^[1]。鼻腔内填塞膨胀海绵或红霉素纱条。

护 理

1. 心理护理。垂体腺瘤对患者不仅是生理上的损害,更重要的是造成心理上的巨大压力。由于受传统观念的影响,患者往往对头部手术产生紧张、恐惧心理,因而必须做好解释工作,讲解疾病的相关知识及简单的手术过程及其手术的先进性、科学性,让其明白良性肿瘤的预后,而且手术方法比较安全,损伤小,效果好,住院时间短,不用剃头,无头面部切口,不影响外观,使其愉快接受手术,为手术营造良好的正常心理,树立战胜疾病的信心。

2. 患者的准备。术前 1 天到病房探视患者,耐心向患者做好解释安慰工作,并讲解疾病的相关知识及简单的手术经

过,调节患者心理。同时检查术前准备是否充分,尤其是鼻部的准备工作,注意评估有无感冒及鼻腔疾患,了解 CT、MRI 检查情况。

3. 特殊器械物品的准备。除垂体手术的常规器械外,尚需准备细巧垂体窥视镜,各种角度细小剥离子,枪状显微剥离子,剪刀,取瘤钳,加长小口径垂体吸引头,45°,90°,180°垂体刮匙,垂体勾刀等。并准备好加长专用磨钻,手术显微镜+电视录像监视系统,长绝缘双极电凝,可调吸引器等。另备红霉素软膏数支,纱条数根,干棉球,明胶海绵或膨胀海绵,肾上腺素 4 支,生理盐水,庆大霉素,5 ml 注射器细长针头,医用生物蛋白胶或耳脑胶。

4. 术中配合。(1)全麻后,患者取颈仰卧位,肩下垫一小枕,使其头后仰抬高 15°~20°,面部转向术者约 30°,并垫头圈固定,双眼贴上眼膜。(2)巡回护士根据手术医生的情况调试并检查好显微镜,在手术开始时与洗手护士共同将显微镜套上消毒显微镜套,并推至手术床边待用,正确连接电视录像监视系统,以供洗手护士和助手观看。(3)洗手护士熟悉手术步骤及各种器械的名称、用途,并提前洗手整理器械台,根据电视录像监视系统了解手术进程,及时准确地传递各种器械。手术开始时使用的长鼻镜与术中使用的各种型号窥视镜均应涂上石蜡油。当暴露鞍底准备打开鞍底硬膜时应准备好垂体钩刀、各种角度垂体刮匙、取瘤钳,更换垂体吸引头,及时擦净双极电凝。(4)术中严格执行无菌操作技术,鼻腔与颅腔器械严格分开,尤其是准备打开鞍底硬膜时及时撤下鼻腔所用的器械。当瘤床清理完毕时用庆大霉素盐水冲洗创口。(5)标本留取。当瘤体暴露后,用垂体刮匙、取瘤钳等刮除肿瘤组织,并用长垂体吸引头边刮边吸,此时应提醒手术医生及时留取标本。由于标本一般较小且少,因此,洗手护士应将留取的标本及时交给巡回护士妥善保管,及时送检,以防遗失。(6)密切观察患者病情变化及手术进程,保证输血输液通畅,观察尿量及尿色,及时供应手术中所需器械物品。

讨 论

1. 器械物品的准备。由于手术经鼻腔进行,空间相对狭小,手术精细,因此使用的器械通常比较特殊,要求精密纤细,具有一定长度。洗手与巡回护士应作好充分的准备,熟悉手术的操作步骤,掌握各种器械的名称及使用方法,以便在手术过程中及时准确地进行传递,适应手术部位较深和狭

小空间的操作配合。

2. 做好显微镜调试。由于整个手术均在显微镜直视下操作,因而安全可靠。巡回护士术前根据手术医生的情况对显微镜进行调试,如显微镜位置、目镜距离、关节、升降操作是否灵活、照明强度、焦距、视像是否合适,将录像监视系统连接好。手术开始时巡回护士与洗手护士配合用无菌透明显微镜塑料罩套在显微镜整体上,以便术者在手术中随时调节各关节。器械护士可根据电视同步画面观察手术步骤,使器械传递更加及时准确。

3. 严格无菌操作,防止颅内感染。由于手术是经鼻腔到颅底,因此整个手术过程无菌操作尤为重要。术前要严格检查鼻部清洁准备工作及有无鼻腔疾患等,患者进入手术室建立静脉通道后,应输入抗生素。术中严格无菌操作,颅内与鼻腔器械尽量分开,如手术开始时擦拭鼻腔的三大件(短枪状镊、中号吸引头、短扩鼻器)应视为污染,另行处置。打开鞍底硬膜前及时撤下接触过鼻腔的器械。手术结束时,用大

量抗生素盐水冲洗瘤床,防止伤口及颅内感染。

4. 严密观察病情。当大型垂体瘤在鞍内部切除后,仍未见鞍膈下陷,提示鞍上仍有肿瘤,这时巡回护士协助麻醉师给患者增加胸内压或压迫颈内静脉,使颅内压增加,促使肿瘤降入鞍内,充分切除肿瘤后,可达到视神经、视交叉充分的减压^[2]。手术过程中配合麻醉师严密观察患者的生命体征,保证输血输液通畅。术前留置导尿,手术中严格观察尿量、颜色变化,有无尿崩症发生,如发现尿量突然增加、颜色变淡及时报告手术医生。

参 考 文 献

- 1 潘海,吴鹏飞,王运杰. 显微镜下经单鼻孔蝶窦入路切除垂体腺瘤. 中国现代手术学杂志, 2004, 8(2): 90-92.
- 2 周良辅. 神经外科手术图解. 上海: 上海医科大学出版社, 1998. 81.

(收稿日期: 2005-07-05)

(本文编辑: 吕彤)

合并心脏恶病质的三尖瓣置换患者的护理

卢倩萍 李伟栋 蒋小英

心瓣膜病患者发展到晚期,易引起心脏恶病质综合征(syndrome of cardiac cachexia, SOCC),临床表现为在心力衰竭基础上出现显著体重下降、低蛋白血症、逐渐浮肿、肝脾肿大、大量腹水等。围手术期监护在整个治疗中占据重要地位。1997 年 1 月-2004 年 12 月,我科对 7 例合并有心脏恶病质三尖瓣病变患者采用三尖瓣置换进行治疗,取得较好疗效,现报道如下。

临床资料

1. 一般资料。收集患者 7 例,男 2 例,女 5 例,年龄 25~67 岁,平均年龄(42.5±12.3)岁,身高 150~174 cm,体重 36~60 kg,病程 8~40 a。所有患者均有严重的三尖瓣关闭不全。其瓣膜病因为:风湿性心脏病 4 例,矫治性大动脉转位 1 例,先天性心脏病 VSD、ASD 修补术后 1 例,先天性心脏病三尖瓣发育不全 1 例。心胸比例 0.74±0.50, > 0.80 者 2 例。术前心功能级别(NYHA),Ⅲ级 4 例,Ⅳ级 3 例。合并贫血 5 例,肝大 6 例,腹水 4 例,肝功能不全 5 例,肾功能不全 2 例,肺功能不全 3 例,房颤 5 例,心室肥大 5 例,频发室早 3 例。超声心动图示:左室舒张末径 > 70 mm,左室收缩末径 > 50 mm 者 4 例,射血分数 < 0.5 者 5 例。7 例均有不同程度的肺动脉高压(44~95 mmHg)。共植入进口双叶机械瓣 6 例,进口生

物瓣 1 例。同期行二尖瓣或主动脉瓣置换者依常规进行置换后再行三尖瓣置换。主动脉阻断时间 35~142 min,平均(75.0±34.8) min,转机时间 72~235 min,平均(126.0±52.52) min。

2. 结果。本组术后死亡 1 例,死亡原因为严重的心律失常及右心衰。严重的房室传导阻滞 2 例,经心外起搏导线辅助数日后恢复窦性心律。并发肺部感染 2 例,经积极抗感染,加强营养支持后好转。出院后随访 6~52 个月,平均 32 个月。1 例生物瓣置换者,时常有肝大、下肢水肿等右心功能不全表现,需长期服用强心和利尿剂。其余病例恢复良好。心功能恢复到Ⅰ级 4 例,Ⅱ级 1 例。复查心脏超声提示机械瓣和生物瓣功能均良好。

护 理

一、术前准备

1. 心理护理。本组 7 例患者术前均有不同程度的心理负担,其中年龄越低的、文化程度越高的其焦虑程度就越高。为此,我们根据每个患者的具体情况、背景等积极进行个性化的宣教,介绍我院的医疗水平、仪器设备和专家教授的具体情况,做好术前心理疏导工作,消除了患者的恐惧心理,提高了其对手术的信心和心理承受能力。

2. 改善心脏功能。本组患者术前心功能均很差,多数有反复心衰发作史,以右心衰为主。因此术前心功能准备的时