

# 集束化护理方案对经鼻蝶入路垂体瘤切除术后患者脑脊液鼻漏发生率及鼻腔舒适度的干预效果

邵 莎

兰州大学第二医院麻醉手术科室 甘肃 兰州 730030

**【摘要】**目的：探究集束化护理方案对经鼻蝶入路垂体瘤切除术后患者脑脊液鼻漏（CSF）发生率及鼻腔舒适度的影响。方法：选取2023年1月至2025年6月收治的100例经鼻蝶入路垂体瘤切除术患者，依据护理方案不同分为常规护理组与集束化护理组，各50例。比较两组脑脊液鼻漏发生率、护理前后鼻腔舒适度评分及术后恢复指标。结果：集束化护理组脑脊液鼻漏发生率低于常规护理组（ $P < 0.05$ ）；护理后两组鼻腔舒适度评分均较护理前升高，且集束化护理组高于常规护理组（ $P < 0.05$ ）；集束化护理组术后首次下床活动时间及住院时间均短于常规护理组（ $P < 0.05$ ）。结论：集束化护理方案可有效降低经鼻蝶入路垂体瘤切除术后脑脊液鼻漏发生率，改善鼻腔舒适度，促进术后康复。

**【关键词】**集束化护理；经鼻蝶入路；垂体瘤切除术；脑脊液鼻漏；鼻腔舒适度

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.055

垂体瘤属于颅内常见良性肿瘤，经鼻蝶入路切除术因其创伤小、术野暴露充分、恢复快等优势已成为治疗该疾病的首选术式<sup>[1]</sup>。然而，该术式术后仍存在脑脊液鼻漏风险，文献报道其发生率约为1%~15%，一旦发生可能引发颅内感染、气颅等严重并发症，威胁患者生命安全<sup>[2]</sup>。此外，术后鼻腔填塞及手术创伤常导致患者鼻腔不适，影响其生活质量与康复进程。目前临床护理多采用常规模式，缺乏针对性与系统性，难以有效应对术后并发症风险<sup>[3]</sup>。集束化护理是基于循证医学理念，将多项经过验证的护理措施捆绑实施，以期获得最佳护理结局的一种策略<sup>[4]</sup>。本研究旨在探讨集束化护理方案对经鼻蝶入路垂体瘤切除术后患者脑脊液鼻漏发生率及鼻腔舒适度的影响，为临床护理实践提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年6月于本院神经外科行经鼻蝶入路垂体瘤切除术的患者100例作为研究对象。依据护理方案不同分为常规护理组与集束化护理组，每组各50例。本研究已获得医院伦理委员会审批通过，所有患者均签署知情同意书。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	常规护理组	集束化护理组	t/x <sup>2</sup> 值	P值
例数	50	50		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	45.32 ± 10.18	44.78 ± 9.86	0.269	0.788

男/女(例)	23/27	25/25	0.161	0.688
病程(月, $\bar{x} \pm s$ )	14.56 ± 5.23	15.12 ± 4.98	0.548	0.585
肿瘤直径(cm, $\bar{x} \pm s$ )	1.85 ± 0.62	1.79 ± 0.58	0.500	0.618

### 1.2 临床纳入与排除标准

**纳入标准：**经影像学及病理学确诊为垂体腺瘤，均行经鼻蝶入路垂体瘤切除术，年龄18~70岁，意识清楚且能配合完成相关评估，患者及家属知情同意并自愿参与本研究。

**排除标准：**合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者，既往有鼻腔手术史或慢性鼻窦炎病史者，术前已存在脑脊液鼻漏者，合并精神疾病或认知功能障碍无法配合者，中途退出或失访者。

### 1.3 方法

**常规护理组：**实施常规围手术期护理，包括术前宣教、术后生命体征监测、鼻腔填塞物观察、体位护理、饮食指导及出院健康教育等。

**集束化护理组：**在常规护理基础上实施集束化护理方案，具体措施如下。

(1) 组建集束化护理团队：由护士长担任组长，联合责任护士、专科护士共同组建护理小组，查阅国内外文献资料，结合临床实践经验及患者个体特点，制定针对性集束化护理方案，并进行系统培训考核。

(2) 术前精准评估与干预：详细评估患者鼻腔解剖结构、通气功能及心理状态，针对存在鼻腔狭窄或鼻中隔偏曲者提前

进行鼻腔准备：采用图文结合方式进行健康宣教，重点讲解术后体位要求、鼻腔护理要点及脑脊液鼻漏预防知识，帮助患者建立正确认知，缓解焦虑情绪。

(3) 术后体位管理强化：术后取头高位 30°卧床休息，避免剧烈咳嗽、打喷嚏、用力排便等引起颅内压升高的动作；指导患者张口呼吸，保持鼻腔通畅；床头悬挂体位提示卡，护士每 2 小时巡视一次，纠正不当体位。

(4) 鼻腔精细化护理：密切观察鼻腔分泌物性状及量，警惕清亮液体流出；采用生理盐水棉球轻柔清洁鼻前庭，保持鼻腔清洁湿润；填塞物取出前充分湿润，动作轻柔缓慢，减少黏膜损伤；术后 3 天开始指导患者进行鼻腔生理盐水雾化吸入，每日 2 次，每次 15 分钟。

(5) 并发症早期识别与处置：建立脑脊液鼻漏风险预警机制，对术中发现鞍膈破损或术后持续流出清亮液体者列为高危对象，加强监测频次；指导患者及家属识别脑脊液鼻漏早期征象，如咽后壁咸味感、低头时清水样液体流出等；一旦发现异常立即报告并配合医师处置。

### 1.4 观察指标

(1) 脑脊液鼻漏发生率：记录两组患者术后住院期间脑脊液鼻漏的发生情况。脑脊液鼻漏诊断标准为：鼻腔流出清亮水样液体，葡萄糖定性试验阳性或β2-转铁蛋白检测阳性。统计两组脑脊液鼻漏发生例数及发生率。

(2) 鼻腔舒适度评分：于术后第 7 天采用舒适状况量表 (General Comfort Questionnaire, GCQ) 中鼻腔相关条目进行评估，包括生理舒适、心理舒适、社会舒适及环境舒适 4 个维度，共 12 个条目，每条目 14 分，总分 12~48 分，得分越高表示鼻腔舒适度越好。正常参考值：健康人群评分通常≥40 分。

(3) 术后恢复指标：记录两组患者术后首次下床活动时间及住院时间。术后首次下床活动时间指从手术结束至患者首次在护理人员协助下下床活动的间隔时间；住院时间指从手术当日至出院当日的总天数。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数 (%) 表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者脑脊液鼻漏发生率比较

集束化护理组脑脊液鼻漏发生率为 4.00%，低于常规护理组的 16.00%，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者脑脊液鼻漏发生率比较[例 (%) ]

组别	常规护理组	集束化护理组	$\chi^2$ 值	P 值
例数	50	50		
发生	8	2		
未发生	42	48		
发生率	16.00	4.00	4.000	0.046

### 2.2 两组患者护理前后鼻腔舒适度评分比较

护理前，两组患者鼻腔舒适度总分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；护理后 (术后第 7 天)，两组患者鼻腔舒适度总分均较护理前升高，且集束化护理组高于常规护理组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者护理前后鼻腔舒适度评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	常规护理组	集束化护理组	t 值	P 值	
例数	50	50			
生理舒适	护理前	6.82±1.25	6.76±1.32	0.233	0.816
	护理后	8.56±1.42	10.24±1.36	6.038	<0.001
心理舒适	护理前	6.54±1.18	6.48±1.24	0.248	0.805
	护理后	8.12±1.35	9.86±1.22	6.762	<0.001
社会舒适	护理前	6.72±1.22	6.68±1.18	0.167	0.868
	护理后	8.34±1.28	9.72±1.15	5.673	<0.001
环境舒适	护理前	7.08±1.15	7.12±1.08	0.179	0.858
	护理后	8.68±1.18	10.08±1.06	6.249	<0.001
总分	护理前	27.16±3.68	27.04±3.72	0.162	0.871
	护理后	33.70±4.25	39.90±3.82	7.678	<0.001

### 2.3 两组患者术后恢复指标比较

集束化护理组术后首次下床活动时间及住院时间均短于常规护理组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者术后恢复指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	常规护理组	集束化护理组	t 值	P 值
例数	50	50		
首次下床活动时间(h)	52.36±8.74	38.42±7.56	8.529	<0.001
住院时间(d)	9.82±2.15	7.26±1.68	6.640	<0.001

### 3 讨论

经鼻蝶入路垂体瘤切除术作为治疗垂体腺瘤的主要术式,具有微创、恢复快等优势,但术后脑脊液鼻漏仍是困扰临床的重要并发症之一<sup>[5]</sup>。脑脊液鼻漏的发生与术中鞍膈损伤、蛛网膜破裂及术后颅内压波动等因素密切相关,不仅延长患者住院时间,还可能继发颅内感染等严重后果<sup>[6]</sup>。与此同时,手术操作及术后鼻腔填塞导致的鼻腔不适也是影响患者术后体验与康复质量的关键因素。因此,如何通过科学有效的护理措施降低脑脊液鼻漏风险、提升患者鼻腔舒适度成为临床护理工作的重要课题。

集束化护理源于循证医学理念,强调将经过验证的有效护理措施进行有机整合,通过捆绑式实施以获得协同增效的护理效果<sup>[7]</sup>。本研究将集束化护理理念应用于经鼻蝶入路垂体瘤切除术患者的围手术期管理,通过组建专业护理团队、制定标准化护理流程、强化术前评估与健康宣教、规范术后体位管理及鼻腔护理、建立并发症早期预警机制等措施,形成完整的护理干预体系。研究结果显示,集束化护理组脑脊液鼻漏发生率为4.00%,显著低于常规护理组的16.00%。这一结果的获得可能与以下因素相关:集束化护理方案强化了术后体位管理的规范性,通过持续性监督与指导帮助患者维持正确体位,有效避免了因体位不当导致的颅内压升高;同时,并发症早期识别机制的建立使护理人员能够及时发现脑脊液鼻漏的早期征象并采取相应处置措施,从而有效控制了并发症的进展<sup>[8]</sup>。

### 参考文献:

- [1] 梁佩云,邹爱蓉,张凤兰.神经内镜下经单鼻蝶窦入路切除垂体瘤的围术期护理[J].当代护士(中旬刊),2009,16(2):34-35.
- [2] 中华医学会神经外科学分会,毛颖,朱巍,等.脑脊液漏规范化管理中国专家共识[J].中华医学杂志,2022,102(15):1057-1067.
- [3] 朱婷,郭盛丽,陈晓容,等.集束化护理在围术期护理中的应用进展[J].当代护士(中旬刊),2023,30(3):12-15.
- [4] 余方珍,吴晓霞,姜新华.集束化护理对老年骨质疏松患者生活质量的改善作用研究[J].中华全科医学,2021,19(8):1415-1418.
- [5] 范凡,中华医学会神经外科学分会颅脑创伤专业组,中华医学会创伤学分会神经损伤专业组,等.成人创伤性脑脊液漏诊治中国专家共识(2023版)[J].中华创伤杂志,2023,39(9):769-779.
- [6] 中国医师协会神经外科医师分会神经重症专家委员会,北京医学会神经外科学分会神经外科危重症学组,王宁,等.神经外科中枢神经系统感染诊治中国专家共识(2021版)[J].中华神经外科杂志,2021,37(1):2-15.
- [7] 林静.集束化护理在预防脑室外引流管相关感染的应用概况[J].广西中医药大学学报,2023,26(3):55-57+76.
- [8] 张南南,邱若薇,裴华清,等.集束化策略预防脑室外引流颅内感染的临床研究[J].创伤外科杂志,2020,22(7):502-506.
- [9] 方艳雅,蒋雅兰,岑玉霞,等.PDCA 护理干预对经鼻蝶入路垂体瘤切除术患者心理状态及预后的影响[J].基层医学论坛,2021,25(15):2154-2155.
- [10] 施芮.健康教育路径干预在脑垂体瘤患者护理中的运用[J].中国医药科学,2021,11(12):113-115+153.

鼻腔舒适度是反映经鼻蝶入路术后患者主观感受的重要指标<sup>[9]</sup>。本研究采用 GCQ 量表评估患者鼻腔舒适度,结果显示集束化护理组术后第7天各维度评分及总分均明显优于常规护理组。分析原因在于,集束化护理方案中的鼻腔精细化护理措施发挥了重要作用:通过规范的鼻腔清洁护理保持了鼻腔通畅与清洁,减少了分泌物蓄积引起的异物感;填塞物取出前的充分湿润处理及轻柔操作技术有效降低了黏膜损伤风险;术后雾化吸入则通过湿化气道、稀释分泌物改善了鼻腔微环境,促进了黏膜修复。此外,术前针对性的心理疏导帮助患者建立了合理预期,减轻了因术后不适引发的心理负担,从而在生理与心理层面共同提升了患者的舒适体验<sup>[10]</sup>。

术后康复进程是评价护理干预效果的客观指标。本研究显示,集束化护理组术后首次下床活动时间及住院时间均短于常规护理组,表明集束化护理方案能够有效促进患者术后康复。这与集束化护理措施的综合效应密切相关:脑脊液鼻漏发生率的降低减少了因并发症处置导致的康复延迟;鼻腔舒适度的改善增强了患者的康复信心与配合度;规范化的早期活动指导则有助于促进机体功能恢复。上述因素共同作用,最终实现了缩短住院时间、加速康复进程的效果。

综上所述,集束化护理方案通过整合循证护理措施,针对经鼻蝶入路垂体瘤切除术患者实施系统性干预,可有效降低脑脊液鼻漏发生率,改善鼻腔舒适度,促进术后康复,具有较高的临床应用价值。未来可进一步扩大样本量并开展多中心研究,以验证该护理方案的推广应用效果。