

26例侧颅底肿瘤患者围手术期的护理

李菲 官春燕 万幸 王淼

华中科技大学同济医学院附属协和医院耳鼻咽喉头颈外科 湖北 武汉 430022

【摘要】：总结26例侧颅底肿瘤患者围手术期的护理经验。护理要点如下。做好术前准备及制定个性化预康复管理策略，保证手术能顺利进行；术中做好护理，预防压力性损伤的发生及预防面瘫的发生；术后实施集束化管理，预防颅内感染的发生；做好并发症的预防及管理，促进患者康复。通过精心的护理，25例均康复出院，1例患者转入康复科继续治疗。

【关键词】：侧颅底肿瘤；围手术期；康复护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.041

侧颅底(lateral cranial base, or lateral skull base)是指以鼻咽顶壁中心向前外经翼腭窝达眶下裂前端，向后外经颈静脉窝到乳突后缘两条假想线之间的三角区^[1]。可分为六个区，鼻咽区、咽鼓管区、神经血管区、听区、关节区和颞下区。该区域常见的肿瘤包括颈静脉球体瘤、中耳癌、听神经与面神经及副神经鞘膜瘤、脑膜瘤、畸胎瘤、颞骨母细胞瘤、巨细胞瘤和鼻咽癌等。侧颅底肿瘤毗邻颅神经、大血管和脑组织，早期无明显症状，肿瘤增大后可出现局部压迫症状，累及耳部和桥小脑角时可出现耳流脓和血性分泌物、听力下降、耳鸣、眩晕及面瘫等，累及小脑还可出现共济失调，压迫颈内动脉可出现一过性昏迷及偏瘫。此类患者手术难度大，术后并发症多^[2]，而围手术期护理与手术成功率及患者生活质量密切相关。因此，通过回顾性分析，我科于2023年1月1日至2024年11月20日共收治26例侧颅底肿瘤患者，现将护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

26例患者，男13例，女13例；年龄14-73岁，入院前听力下降18例，耳鸣22例，耳闷2例，耳流脓7例，耳痛6例，眩晕8例，面瘫6例，既往有精神分裂症1例，长期吃安眠药1例，高血压病史3例，脑梗病史1例，术前均行耳部颞骨CT及头部MRI检查，结果示颈静脉球瘤、听神经瘤或颞骨肿瘤性病变。其中颈静脉球瘤3例，听神经瘤11例，颞骨占位11例，中耳新生物1例。术前患者均完成常规检查、颈总动脉CTA、颅脑动脉CTA、前庭功能检查、面神经肌电图检查、备血等。术后病理结果显示听神经瘤(神经鞘瘤)11例，脑膜瘤4例，颈静脉球瘤1例(病检示颅底沟通交界性肿瘤)，副神经节瘤2例，巨细胞性修复性肉芽肿、骨巨细胞瘤3例，软骨肉瘤1例，中耳癌4例，住院时长为6—53天。入院时，患者生活自理能力(Barthel)均为100分，无需依赖，压疮风险评估(Braden)为20—23分，无风险，深静脉血栓风险(Caprini)除2例有恶性肿瘤病史为5分高风险外，其余为低风险或中风险，疼痛评分除1例为中度疼痛外，其余为无痛或轻度疼痛，营养风险2例因年龄偏大，体重偏瘦评3分为高风险外，其余为低风险或无风险，跌倒风险(Morse)除1例有基础疾病、

吃化疗药评为高风险外，其余为低风险或无风险，管道风险评分为0分，无风险；手术后第一天，Barthel评分为中度或重度依赖，Braden评分为中风险或高风险，Caprini评分为中风险或高风险，疼痛评分为轻度疼痛，营养风险评分为中风险或高风险，Morse评分为中风险或高风险，管道风险评分置入中长导管为高风险，未置入中长导管为低风险。

1.2 治疗及转归

11例在全麻下行经迷路进路听神经瘤切除+脑脊液漏修补术，7例在全麻下行颈静脉孔区肿瘤切除+乳突根治术，4例在全麻下行颞骨次全切+经迷路岩尖引流术+面神经松解减压术，1例在全麻下行中颅窝内外沟通性肿瘤切除+中颅窝底修补+颞部肿物切除+腮腺浅叶切除肌面神经解剖+完璧式乳突根治术，3例乳突根治+外耳道肿物切除术，手术均成功完成，手术时长17—840min，术中出血量为3—500ml。术后给予第三代头孢(头孢曲松钠2.0g/qd)、止血、止痛、营养、脱水等治疗，如有面瘫者给予激素输液治疗。术后发生面瘫10例(包括术前6例)，脑脊液漏2例，吞咽障碍2例，术后头晕12例(包括术前7例)等，其中1例术后进入PACU，第二日返回病房，1例患者发生严重并发症，术后因不能拔管转入ICU继续治疗，并行气管切开术，吞咽障碍，肌力3级，术后带回气管套管、PICC、胃管及尿管各一根。经过精心的治疗和护理，25例均康复出院，1例患者转入康复科继续治疗。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前做好准备工作，保证手术顺利进行

充分的术前准备工作，可以保证手术的顺利进行。需做好以下准备工作。①耳部备皮，为了暴露手术视野和预防感染，手术需备皮即耳后5—7cm，特殊需要时备全头，拟行脂肪填塞术患者需腹部备皮；②物品准备，纸笔(用于记录出入量)、抽纸、尿壶(女士备便盆)、有刻度水杯1个、泡沫减压贴2个、翻身枕1个、小型电子秤；③床上训练大小便，因术后需卧床休息3—5天，因此提前训练可改善患者便秘情况，避免术后因便秘引起颅内压升高；④心理护理，保证良好的休息环

境, 并进行渐进性肌肉放松训练, 减轻患者焦虑情绪。

2.1.2 根据患者术前相关症状, 制定个性化预康复管理策略

(1) 术前患者有眩晕症状者, 给予患者行前庭康复训练。前庭康复是一种对于因前庭系统疾病而引起平衡失调或眩晕的患者实行以训练为主的非药非创的综合举措^[3]。具体康复方法如下。①前庭康复方法主要包括四种, 凝视稳定训练(包括适应和替代训练)、平衡和步态训练(包括静态和动态平衡训练)、习服训练和耐力训练; ②术前行前庭功能检查, 几例有眼震, 指导患者行凝视稳定训练, ③行 Romberg 测试, 测试结果包括正常, 轻微摇晃, 明显摇晃, 跌倒, 术前行 Romberg 测试摇晃, 指导患者行平衡和步态训练; ④查看患者有无改变体位时有眩晕症状及耐力情况, 所有患者均无, 因此未行习服训练及耐力训练。

(2) 术前有周围性面瘫患者, 给予患者行面神经功能康复训练。常用 House-Brackmann 分级系统 (House-Brackmann Grading System, H-BGS)^[4]进行评估分级, 分为六级, I-VI 级。面神经功能康复训练是以诱发患者表情肌群的主动运动为目的的康复治疗手段, 最终达到恢复面面对称性、面部肌肉的自主控制的目的, 具体康复方法如下。术前患者面瘫分级为 II-IV 级, 具体康复方法如下。①抬眉: 嘱患者将双侧眉目上提; ②闭眼: 嘱患者轻轻闭上双眼, 不能完全闭合者轻轻按摩眶下缘 10 次, 然后再用力闭合双眼; ③耸鼻: 用力收缩压鼻肌、提上唇肌, 完成耸鼻动作; ④示齿: 嘱患者口角向两侧同时运动, 露出牙齿, 避免只向一侧用力及习惯性偏向; ⑤努嘴: 用力向前嘟嘴; ⑥鼓腮: 闭合口唇做鼓气动作。

2.2 术后护理

2.2.1 实施集束化管理, 避免颅内感染

颅内感染是侧颅底肿瘤常见的并发症之一, 常见症状为高热、头痛、呕吐等, 颅内感染会危及患者的安全, 因此实施集束化管理措施, 预防颅内感染的发生, 保证患者的安全。术前白细胞均正常, 术后 12 例患者白细胞增高, 大于正常值, 4 例有发热症状, 其中 2 例体温大于 38.5℃, 6 例头痛。采用以下护理措施。①监测患者生命体征, 特别是体温的变化, 发现高热立即报告医生, 观察患者有无剧烈头痛、喷射性呕吐、视乳头水肿等颅内压增高表现; ②遵医嘱使用可通过血脑屏障的第三代抗生素头孢曲松钠 2.0g/d 静滴, 体温大于 38.5℃者, 请药剂科会诊, 改为第三代广谱抗生素舒普深(头孢哌酮钠舒巴坦钠) 3.0gq8h/d, 更改抗生素后, 患者体温恢复正常; ③定期复查血常规, 如有感染征象, 立即对症处理; ④术后尿管留置 3—5 天, 做好尿道口或会阴部消毒, 一天 2 次, 鼓励患者多饮水。

2.2.2 观察用药反应, 避免电解质紊乱

甘露醇为高渗性液体并且是利尿剂, 容易造成血管损伤,

同时也容易导致电解质紊乱。因此需要观察药物副作用及电解质变化, 同时保护患者血管, 采取以下护理措施。①早期我们使用的是静脉留置针, 需要观察输液部位有无疼痛, 外渗, 红肿等表现, 后期使用中长导管输液。使用中长导管后, 无静脉炎的发生, 无导管相关性血栓的发生, 患者手臂无不适症状; ②使用留置针期间, 发生静脉炎 3 例, 液体外渗 8 例, 经常更换输液部位, 同时可以提前抹喜疗妥预防静脉炎的发生; ③遵医嘱使用甘露醇 125mlq8h/d, 分段式输入甘露醇; ④严格记录患者 24 小时出入量; ⑤定期复查电解质, 发生电解质紊乱 5 例, 主要是钾离子与钙离子的紊乱, 及时遵医嘱静脉补充或口服氯化钾和氯化钙; ⑥做好患者健康教育, 如有不适及时告知医护人员。

2.2.3 早期实施肺康复, 加速患者康复

中国加速康复外科围手术期管理专家共识^[4]指出, 围手术期实施肺功能康复训练, 可以加速患者康复, 缩短住院时间, 降低肺部感染及死亡风险。术前均对患者进行肺功能检查, 结果均正常, 术前指导患者戒烟, 术后指导患者尽早进行有效咳嗽、行雾化吸入治疗等, 帮助患者保持呼吸道通畅。本病例中有 2 例发生肺部感染, 1 例为转入 ICU, 返回病房时已感染肺炎(克雷伯菌), 遵医嘱给予坦洛(吸入用乙酰半胱氨酸溶液) 300mg 雾化吸入 tid/d, 并给予广谱抗生素倍能(注射用美罗培南) 1000mgq8h/d, 1 例给予坦洛 300mg 加宝丽亚 0.8mg(吸入用丙酸倍氯米松混悬液) 雾化吸入 bid, 给予第三代广谱抗生素舒普深(头孢哌酮钠舒巴坦钠) 3.0gq8h/d, 感染逐渐控制, 痰量变少。

2.2.4 并发症的观察及护理

侧颅底肿瘤部位特殊, 毗邻颅神经、大血管和脑组织, 因此会出现面瘫、前庭功能障碍、吞咽障碍、脑脊液漏等并发症, 根据科室自制侧颅底围手术期清单, 逐一观察患者有无并发症的发生。

(1) 早期鉴别脑脊液漏, 做好观察及护理。本文中发生脑脊液漏 2 例, 其中 1 例为脑脊液鼻漏, 1 例为脑脊液耳漏。鼻漏患者为听神经瘤切除术后第 4 天, 有清亮液体经鼻腔流出, 行脑脊液实验室检查, 确诊为脑脊液鼻漏, 立即在全麻行脑脊液漏修补术, 术后返回病房, 卧床休息, 未发生脑脊液漏出; 耳漏患者为行颈静脉孔区肿瘤切除+颈外进路咽旁间隙肿物摘除+脑脊液漏修补术, 术后带回颈部引流管一根, 术后第二天, 引流管可见透明液体约 100ml, 并伴后脑勺疼痛, 伤口敷料渗液为透明色, 怀疑脑脊液耳漏, 立即伤口加压包扎, 进行以下处理。①绝对卧床休息, 避免做低头弯腰的动作; ②密切监测患者的生命体征, 如体温, 血压等, 避免颅内感染及低颅内压表现; ③遵医嘱正确使用抗生素, 使用第三代广谱抗生素舒普深(头孢哌酮钠舒巴坦钠) 3.0gq8h/d, 预防控制颅内感染; ④避免紧张情绪, 保持心情舒畅。加压包扎两天后, 脑脊液漏停

止,患者未诉头痛等不适。

(2)重建吞咽功能,提高患者营养及生活质量本文病例中术后发生吞咽障碍2例,具体表现为食物从口角漏出,饮水呛咳,吞咽延迟,进食费力等。2例患者均通过肠外营养进行补充,1例使用胃管鼻饲饮食,同时均进行吞咽功能锻炼,预防误吸,减少食物或液体进入气管导致肺部感染等并发症的风险。方法如下。①咽部冰刺激:将无菌棉棒浸湿冰水后放置在患者舌根咽后壁、腭弓、软腭等部位,刺激上述部位促使患者进行被动吞咽训练;②空咽训练:将舌最大程度伸出唇外部,维持5s后缩回,放松后重复该动作;③面部肌肉训练:将口张开到最大程度,维持5s,放松后重复该动作10次。④颈椎活动训练:早期辅助患者左右摇摆头部,以此锻炼颈椎,提升其活动范围。⑤摄食吞咽锻炼:仰卧位时,将身体头部向前微屈,躯干仰卧角度控制在30°。2例患者现均可正常进食。

(3)运用计划行为理论,督促患者行前庭康复训练患者发生术后眩晕有12例,其中有9例患者术前有眩晕症状。对于眩晕患者,指导行前庭康复训练,患者依从性不高,因患者运动头部时会加重眩晕症状,患者担心恢复不好。因此运用计划行为理论,提高患者依从性,计划行为理论阐明了心理社会因素与行为产生之间的关系,通过纠正行为态度,提高主观规

范和知觉行为控制,促进其产生行为意向,实施个性化行为管理。对于卧床患者,指导患者行替代训练,一天3次,一次5—10min,可下床时,行Romberg测试,如有站立不稳,则需进行凝视稳定性训练、平衡和步态训练,一天3次,一次5—10min,遵循循序渐进的原则,训练时间由短至长,训练强度由低至高,训练强度由慢至快。

(4)实施面神经康复,提高患者自信心本文中术后面瘫10例,其中术前有6例,新增4例。面瘫症状严重影响了患者的面容,让患者没有自信心,因此促进患者面神经康复十分有必要,除了术中监测患者的面神经外,术后给予患者激素静脉输液治疗,同时也需要对患者进行面神经功能康复训练,这样可以更快地促进患者康复。患者经过面神经功能康复后,面瘫症状有好转,根据House-Brackmann分级系统(House-Brackmann Grading System, H-BGS)进行评估分级,由术前的II-IV级至现在的I-III,患者面神经康复效果较好。

3 小结

侧颅底手术风险大,对护理要求高,通过对26例侧颅底手术患者进行观察和护理,总结以上经验,希望通过对患者细致地护理,减少并发症的发生,提高患者生活质量,促进患者快速康复。

参考文献:

- [1] 孔维佳,周梁.耳鼻咽喉头颈外科学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2016:618-642.
- [2] KAYLIE D M,WITTKOPF J E,COPPIT G,et al.Revision lateral skull base surgery[J].Otol Neurotol,2006,27(2):225-233.
- [3] 王璟,迟放鲁.《前庭康复专家共识》解读[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2022,22(06):655-657.
- [4] 中国加速康复外科专家组.中国加速康复外科围手术期管理专家共识(2016)[J].中华外科杂志,2016,54(6):413-418.