

鼻颅底危重症患者护理体会(附1例报道)

刘 瑶,陈俐君,谢常宁

(中南大学湘雅医院耳鼻咽喉头颈外科,湖南 长沙 410008)

摘 要: **目的** 探讨鼻颅底恶性肿瘤术后危重症患者的护理体会。**方法** 回顾1例鼻颅底腺样囊性癌术后合并急性脑梗死患者的临床资料,根据患者病情制定鼻颅底危重症医护一体化护理模式和指导康复训练。**结果** 经过医护13 d的个体化精细治疗与护理,患者颅底术区愈合良好,急性脑梗死症状基本缓解,肢体活动基本自如,转入康复治疗。**结论** 鼻颅底恶性肿瘤病变范围大,解剖位置复杂,手术切除及修复难度大,患者术后潜在并发症多,通过对手术患者及时准确的观察及评估,进行早期预警识别干预,可以有效地减少或者避免患者术后并发症、严重后遗症的发生,保证患者顺利进入康复期。

关 键 词:鼻内镜;恶性肿瘤;腺样囊性癌;急性脑梗死;早期预警识别;个体化护理

中图分类号:R765.9

Nursing experience of critical patients after nasal skull base surgery (report of one case)

LIU Yao, CHEN Lijun, XIE Changning

(Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China)

Abstract: **Objective** To explore the nursing experience of critical patients after surgery of malignancy in nasal skull base. **Methods** Clinical data of a patient with acute cerebral infarction after surgery of adenoid cystic carcinoma in nasal skull base were analyzed retrospectively. According to the condition, an integrated nursing care model with rehabilitation guidance for the critical patient was formulated. **Results** After 13 days of personalized meticulous treatment and nursing, the surgical region in the skull base healed well, the symptoms of acute cerebral infarction were almost relieved with free movement of limbs, and the patient was transferred to rehabilitation treatment. **Conclusion** Malignancy of the nasal skull base has a wide range of lesions, complex anatomical location, and difficulty in surgical resection and repair. There are many potential postoperative complications and acute cerebral infarction is one of the serious complications. Accurate observation and evaluation, early warning and identification as well as intervention can effectively reduce or avoid the occurrence of postoperative complications and serious sequelae, and therefore ensure the patients to enter the rehabilitation period smoothly.

Keywords:Nasal endoscope; Malignancy; Adenoid cystic carcinoma; Acute cerebral infarction; Early warning and recognition; Personalized care

鼻腔鼻窦恶性肿瘤临床较常见,主要包括嗅神经母细胞瘤、内翻性乳头状瘤恶变、侵袭性垂体腺瘤、神经内分泌癌、恶性黑色素瘤及腺样囊性癌^[1-2]等。鼻腔鼻窦恶性肿瘤累及鼻颅底,手术难度大,风险高,并发症多,患者术后容易并发颅内出血、急性脑梗死^[3]、颅内感染及脑脊液鼻漏等,护理难度也

大。我科收治了1例鼻腔鼻窦腺样囊性癌(adenoid cystic carcinoma,ACC)术后突发急性脑梗死的患者,并对其制定鼻颅底危重症护理计划及个性化护理措施,经过医护的精心治疗与护理,患者颅底术区愈合良好,急性脑梗死症状基本缓解,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,53岁,以“鼻腔鼻窦ACC”收入中南

第一作者简介:刘 瑶,女,主管护师。
通信作者:谢常宁,Email: 2536667433@qq. com

大学湘雅医院耳鼻咽喉头颈外科治疗。患者术前在局麻下经股动脉插管全脑动脉造影术介入提示右颈内动脉球囊闭塞试验(-)。完善术前准备,在全身麻醉下行“颅底肿瘤切除术+颅底缺损修补术+左侧带蒂颞肌瓣移植术+下眶减压术+三叉神经切断术+颈内动脉成形术+双侧翼腭窝肿瘤切除术”。术程顺利,出血约 1 200 mL。术后留置尿管、鼻腔球囊扩张管,并进行抗感染、补液、护胃、止血、营养等对症治疗及鼻颅底常规护理。患者于术后第 4 天晨间突出现右侧肢体活动不自如,双手握力可,右侧上肢及下肢间断性活动障碍,评估患者右上肢肌力Ⅲ级,右下肢肌力Ⅱ级,左侧肢体肌力正常,完善颅脑 MRI 检查,结果示双侧大脑散在多发急性期脑梗塞灶。根据患者病情,立刻制定鼻颅底危重症护理计划实施单,实行个性化康复训练指导。经过 13d 的精心治疗与护理,患者颅底术区愈合良好,急性脑梗死症状基本缓解,患者右侧肢体活动基本自如,右侧上肢肌力从Ⅲ级恢复到Ⅴ级,右下肢肌力从Ⅱ级恢复到Ⅴ级,Barthel 指数评分为 75 分,日常生活基本上能够自理。患者出院并转入康复科继续治疗。患者影像学资料见图 1。

2 医护一体化护理模式

2.1 制定护理计划

①密切监测患者病情:严密观察患者有无恶心、呕吐、颈项强直等症状;是否伴有颅内出血、颅压增高,如有异常及时通知医生,进行早期预警识别干预;监测患者 24 h 出入水量,每小时尿量,严格记录,当连续 2 h 尿量>250 mL,同时观察患者是否口渴,多饮水情况,立即报告医生,并注意水电解质是否平衡,每日查血生化、电解质;②预防并发症:如出血、颅内感染、脑脊液鼻漏、面瘫、脑梗死、脑疝等;

③活动指导:训练床上大小便,保持大便通畅、足背运动、翻身等动作的指导;④口腔护理指导:因术区涉及口腔翼腭窝^[4],为防止口腔感染,给予患者复方氯己定液漱口,3~4 次/d;⑤营养指导:根据 NRS2002 对患者进行营养评估,联合营养科指导患者进食高热量、高蛋白、高维生素营养丰富易消化食物。改善患者的营养状态,增强抵抗力及免疫力;⑥功能锻炼指导:术前指导患者缩唇呼吸,有效咳嗽、咳痰的方法,并及时了解患者对此训练的掌握程度;⑦心理指导:本例患者肿瘤恶性程度高、手术范围广、创伤大,术后可能影响面部容貌及神经功能,患者担心疾病预后,术后个人形象及功能能否恢复以及经济负担,表现为焦虑、恐惧和自卑^[5]。我们及时了解患者的心理状态,积极进行心理疏导,解释手术的必要性、可行性和手术可能的效果,可能发生的问题和注意事项,增强患者的信心和勇气,促使患者积极配合治疗。指导患者家属给与情感支持。

2.2 实施术后护理

2.2.1 病情观察与评估 ①严密监测患者的生命体征、神志、瞳孔变化及肢体活动情况 Q2h,并询问患者有无头痛、恶心等不适症状。术后抬高床头 30°,每 2 h 协助患者翻身,动作轻柔,无牵拉管道,减少患者疼痛,垫气垫床防压疮,拉床栏防跌倒坠床,并制定了呼叫医生的 MEWS 预警评分表^[6],患者术后第 4 天突发右侧上下肢间断性活动障碍,严密监测生命体征,体温 36.5℃、心率 112 次/min,血压 98/65 mmHg、呼吸 16 次/min、患者神志清楚,双侧瞳孔等大等圆 3 mm,对光反射灵敏,留置尿管,色量正常,MEWS 评分为 4 分,立即呼叫医生,提升护理级别,同时建立两条静脉通道,床旁备吸引器和口咽通气道,并动态观察患者的心理变化,及时对其进行沟通疏导。通过医护一体化模式^[7],责任护士和主管医生早晚共同查房,共同制定目前患者的诊疗

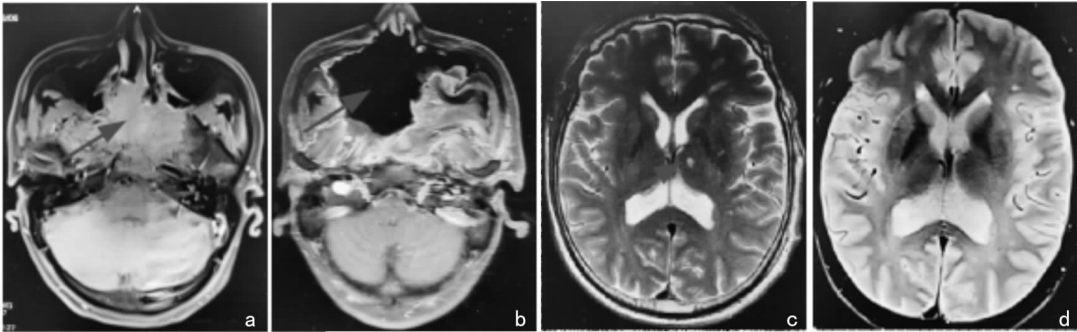


图 1 鼻颅底 ACC 术后突发急性脑梗死的患者治疗前后 MRI a:术前;b:术后第 1 天复查;c:术后第 4 天梗死灶;d:出院前复查

和护理方案;②严密监测患者的24 h出入水量、水电解质失衡。本例患者手术难度、时间长且术中失血量1 200 mL,易引起循环血容量灌注不足,术后可能出现水电解质紊乱。每日复查血电解质、尿常规情况,并根据情况及时给予补液或补充电解质。观察患者是否出现低钠血症的症状,如乏力、恶心、呕吐、心律加快、眼窝内陷、意识淡漠、反应迟钝等。本例患者未出现低钠血症等电解质失衡情况。

2.2.2 术后并发症的观察 ①急性脑梗死:本例患者术前行左侧颈内动脉栓塞术,且循环血容量灌注不足,导致脑组织局部供血动脉血流的突然减少或停止,造成该血管供血区的脑组织缺血缺氧,甚至出现“无灌注现象”而形成脑梗死^[8],本例患者发生病情变化时血压较低为98/65 mmHg,并伴有右侧肢体活动障碍,我们予以扩容补液,改善颅脑循环,抗血小板等对症治疗,并同时密切观察患者有无意识、瞳孔、血压变化,有无头痛、言语含糊或失语、肢体活动情况;②出血:术后严密观察患者伤口情况,注意观察鼻腔及面部敷料渗血、渗液情况,严密观察鼻腔球囊扩张管引流液及口腔吐出物性状、色、量。嘱患者勿将分泌物咽下,必要时吸出口内分泌物及渗出物,以保持呼吸道通畅,床旁备好负压吸引器、口咽通气道,做好急救准备;③脑脊液鼻漏:与肿瘤大小、部位及性质且手术医生的操作技巧有关^[9]。本例患者肿瘤侵犯颅底或术中损伤硬脑膜有关,我们应观察鼻腔有无出现清亮不凝的水样分泌物且持续不断时,嘱患者采取半坐位、降颅压、抗感染治疗;④面瘫:与行双侧经鼻三叉神经切断术有关,需及时观察患者有无出现张口困难、咬合错乱等症状。

2.2.3 个体化护理 经股动脉插管全脑动脉造影介入(DSA)注意观察患者生命体征:右腿伸直平卧12 h,右股动脉穿刺点加压包扎并用2斤装盐袋用治疗巾包裹后压迫6~8 h,注意穿刺部位有无出血及皮下血肿形成^[10]。每小时1次触摸足背动脉搏动情况,观察趾端皮肤颜色及皮温情况,同时询问右侧肢小腿是否有麻木疼痛感。本例患者由于手术范围广,创面较大,鼻腔创面通常不缝合而用止血材料填塞止血,局部用鼻腔球囊扩张管压迫止血。术后患者出现鼻腔黏膜干燥,通气不佳,易张嘴呼吸。每次给用15 mL康复新液+生理盐水50 mL给患者进行口腔冲洗,每日3次,保持患者口腔清洁,减少口腔感染,促进伤口创面的愈合。本例患者术后合并急性脑梗死的观察与护理体会如下:①早期预警识别:根据我科已制定的鼻颅底专科MEWS评分表的

基础上^[11],密切评估患者四肢肌力及言语情况。本例患者突发急性脑梗死时右上肢肌力Ⅲ级,右下肢肌力Ⅱ级,左侧肢体肌力正常,通过早期预警识别干预,协助患者翻身、指导患者功能锻炼,出院时患者右侧肢体活动基本自如;②抗凝治疗:给予氯吡格雷75 mg抗血小板聚集1次/d,阿托伐他汀片20 mg降脂稳定斑块每晚1次,辅以生理盐水100 mL+依达拉奉30 mg静滴用于改善急性脑梗死所致的神经肢体功能障碍2次/d,胞磷胆碱钠0.2 g口服用于治疗颅脑损伤所引起的神经系统的后遗症3次/d,并密切注意药物副作用;③保持循环血容量:密切观察患者生命体征,并注意维持灌注量,保持血压在130~140/80~90 mmHg,血压不能过低过高,每日补液量在生理需要量+前一天液体丢失量的一半;④活动指导:术后根据日常生活自理能力评定及跌倒/坠床危险因素评估,显示本例患者为重度依赖及高危风险,开具“防跌倒/坠床”的医嘱,床头放置高危防跌倒/坠床的警示标识,并对患者进行护理措施的宣教,如正确使用床栏,将日常生活用品及呼叫器放置患者触手可及的位置,患者下床活动时必须有专人搀扶,并保持地面无水渍,协助患者按照抬高床头半卧3 min,两腿悬挂床边3 min,慢慢起立,床边站立3 min下床活动原则。指导患者避免增加颅内压的动作,如用力排便,便秘时根据医嘱适当使用通便药物,如开塞露、大黄苏打片、酚酞片等;⑤康复指导及功能锻炼:向患者及家属功能锻炼的重要性,鼓励其主动在床上进行关节伸展、内旋、外展等康复训练^[12],成立护理康复小组,联合康复科协助其进行功能康复训练^[13],如运动治疗(复合手法推拿治疗+偏瘫肢体综合训练)1次/d,作业治疗(作业疗法+手功能训练+感觉综合治疗)1次/d,电针(20穴)1次/d,中频脉冲电治疗(8部位)1次/d。经过康复治疗,采用国际通用肢体功能障碍评定方法中肌力的分级^[14],采用Barthel指数评分对患者肌力及日常生活能力进行评定^[15],其右侧上肢肌力从Ⅲ级恢复到Ⅴ级,右下肢肌力从Ⅱ级恢复到Ⅴ级,Barthel指数评分为75分,日常生活基本上能够自理;⑥营养支持:成立营养专科护理小组联合营养科根据高蛋白高热能高维生素饮食原则,制定个体化营养方案:维持热量在1 200~1 700 kcal/d;使用均衡全营养粉(每30 g能量130.5 kcal,蛋白质5.4 g,碳水化合物17.7 g,脂肪3.8 g)+乳清蛋白粉(每10 g含蛋白质7.2 g)+四联益生菌;每日水蒸蛋1个,摄入适量蔬果汁。

3 小结

鼻颅底 ACC 是罕见的鼻腔恶性肿瘤^[16]。本例患者为颅底 ACC 侵犯左侧颈内动脉,解剖位置复杂,手术难度大且风险高。我们通过医护一体化模式制定了该患者的术前诊疗及护理计划。对可能出现的并发症、心理问题以及护理难点进行全方位预见性的早期预警识别,降低术后并发症发生的风险;对已出现的并发症急性脑梗死,通过严密观察患者神志瞳孔、生命体征、24 h 出入水量及四肢肌力活动情况,并成立专科护理小组,联合营养科、康复科进行多学科合作,访视评估。经过个体化的护理措施与治疗,患者顺利转入康复期,帮助患者尽快恢复社会角色。随着鼻内镜外科技术在鼻颅底手术中的广泛应用,对鼻颅底专科护理也提出了越来越高的要求,只有在临床实践中不断的学习与总结才能不断提高护理水平。

参考文献:

[1] 冯剑,周涵,宋圣花,等. 鼻腔鼻窦腺样囊性癌 15 例临床分析[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2019,33(5):87-91.

[2] 李欣倩,王卫华,马兆鑫. 鼻腔腺样囊性癌 1 例[J]. 中国医学文摘-耳鼻喉科学,2017,32(5):284-286.

[3] 钟洪智,钱德才. 以单上肢纯运动性瘫痪为临床表现的 17 例脑梗死患者误诊分析[J]. 解放军预防医学杂志,2018,36(12):1612-1613.

[4] 王臻妮. 累及翼腭窝肿瘤的临床诊断和手术治疗的分析[D]. 济南:山东大学,2018:32-34.

[5] 刘燕,郭玉会,刘洋. 多学科联合治疗前、侧颅底沟通性脑膜瘤

病人的围术期护理[J]. 护理研究,2014,28(6B):2113-2114.

[6] 周晓熙,谢常宁. MEWS 及 ISBAR 在咽喉头颈外科术后护理中的应用[J]. 当代护士,2018,25(29):46-50.

[7] 周晓熙,谢常宁. 一例巨大鼻颅眶沟通性神经鞘瘤患者的围手术期护理[J]. 中国实用护理杂志,2018,34(12):935-938.

[8] 马增路,余新光. 颅内肿瘤术后脑梗塞 25 例分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2002,7(1):33-35.

[9] 蒋卫红,谢志海,肖健云,等. 鼻颅底肿瘤内镜手术并发症分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,43(2):84-88.

[10] 张丹,骆敏. 颈静脉孔区球体瘤合并周围性面瘫 1 例护理[J]. 上海护理,2019,19(10):66-68.

[11] 何丽琴. 改良早期预警评分系统对提高神经外科病情观察时效性及有效性的影响[J]. 护理实践与研究,2017,14(22):64-66.

[12] 张洪蕊,李文豪,李响. 早期综合康复治疗对急性脑梗死临床疗效观察[J]. 中外医疗,2019,38(27):54-56.

[13] 王素梅. 团队协作卒中单元护理模式对急性脑梗死患者神经功能恢复及生活质量改善的作用[J]. 国际护理学杂志,2019,38(22):3776-3778.

[14] 贾建平,崔丽英,王伟,等. 神经病学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2013:111.

[15] 邱雁飞,梁妙玲,李秀芬,等. 偏瘫康复训练视频在急性脑梗死偏瘫患者康复中的应用效果观察[J]. 内科,2015,10(5):733-734.

[16] 杨婧艺,王德辉. 鼻腔鼻窦腺样囊性癌治疗进展[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志,2019,19(4):287-292.

(收稿日期:2020-04-16)

本文引用格式:刘 瑶,陈俐君,谢常宁. 鼻颅底危重症患者护理体会(附 1 例报道)[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2020,26(2):139-142. DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 202002007

Cite this article as:LIU Yao, CHEN Lijun, XIE Changning. Nursing experience of critical patients after nasal skull base surgery (report of one case) [J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2020, 26(2):139-142. DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 202002007