

鼻内窥镜下垂体瘤切除术的手术配合

龙卫红¹ 杨青²

(1 陕西省人民医院手术室 710068 2 西安交通大学第一附属医院 710061)

摘要: 本文报告了 17 例全麻下鼻内窥镜垂体瘤切除术的手术配合体会。术前详细访视病人了解病情, 准备特殊器械, 了解手术步骤。术中摆放合适的体位及器械护士和巡回护士与术者周密的配合, 对手术的成功起着至关重要的作用。

关键词: 鼻内窥镜; 垂体瘤切除术; 手术配合

中图分类号: R473.76 文献标识码: D

内窥镜能提供良好的照明和手术视野, 经蝶窦入路的垂体瘤显微手术被认为既可切除肿瘤, 又能保存完好垂体功能, 且手术死亡率已降至 1%。近年来国内相继开展了鼻内窥镜下垂体瘤手术。我院自 2005 年 1~12 月共进行此类手术 17 例, 现将我们的手术配合体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 17 例, 男 6 例, 女 11 例, 年龄 21~61 岁, 平均 42.6 岁, 病程 6 月~5 年。临床表现头痛 7 例, 视力下降 4 例, 视野缺损 3 例, 月经紊乱 6 例, 肢端肥大 2 例, 体重增加 3 例, 尿量增多 2 例。内分泌学分类: 无分泌功能腺瘤 5 例; 分泌功能 12 例, 其中泌乳激素性腺瘤 5 例, 生长激素性腺瘤 1 例, 促肾上腺皮质激素瘤 2 例, 促性腺激素腺瘤 1 例, 多分泌功能细胞腺瘤 3 例。

1.2 手术配合

1.2.1 术前准备: 病人准备: 术前一访视病人, 了解病情, 向患者及家属解释手术的目的和优越性, 对患者及家属进行围手术期相关的健康教育和心理护理, 减轻患者的恐惧心理及家属的忧虑。并对患者的个体情况进行评估, 制定护理计划^[1]。

器械准备 常规准备经鼻蝶窦手术器械, 各种型号的鼻扩张器, Cushing 扩张器一个, 各种型号旋转咬骨钳, 垂体瘤刮圈鼻中隔剥离子。脑内窥镜操作器械及监视系统一套。

1.2.2 术中配合: 巡回护士配合: 双下肢套管针建立静脉通道。协助麻醉师进行全麻工作, 待患者全麻平稳后, 摆放体位: 仰卧位, 上半身抬高 15°, 头后仰 10°~15°。确保身体各部位不要受压。在消毒前后均用 1% 麻黄素滴鼻, 使鼻粘膜血管收缩以减少出血。协助术者调试好显微镜的位置并将录像监控系统连接好。

器械护士配合 术前详细了解病情, 熟悉手术步骤和手术器械。器械护士应为术者准备各种角度的内窥镜, 并根据术者需要迅速传递至术者手中。近年来录像监控系统的应用, 器械护士可根据监视器的同步画面观察手术进程, 使器械传递更加及时、准确。

1.3 手术方法及结果

碘伏消毒头面部皮肤及口腔、鼻腔, 铺无菌巾。经上唇鼻上隔入路者, 于上唇下方切口, 分离骨膜、鼻中隔软骨、鼻骨, 暴露蝶嘴, 在内窥镜下咬除蝶嘴, 进入蝶窦。打开蝶窦后, 用 Cushing 扩张器撑开经路, 切开鞍底硬脑膜, 采用 0°、30°、70° 角内窥镜仔细辨认肿瘤与正常垂体组织, 用垂体瘤钳、刮勺或细吸引器及双极电凝等切除肿瘤。术中用 0.8cm×5cm 带线脑棉片填塞瘤腔止血。止血满意后闭合鞍底及蝶窦后, 取出

Cushing 扩张器, 缝合切口。本组均在鼻内窥镜下顺利切除肿瘤, 术中出血 100~300ml, 手术时间最短 70min, 最长 190min, 平均 120min, 无一例发生严重并发症。

2 讨论

垂体瘤是一种常见的良性肿瘤, 人群中的发病率约为 1/10 万, 在颅内肿瘤中仅次于胶质细胞瘤和脑膜瘤, 占颅内肿瘤的 10%^[2]。经鼻孔蝶窦入路垂体瘤内窥镜手术是近年发展起来的一种新技术, 其手术损伤小, 术后反应轻微, 患者恢复快, 易被患者所接受。内窥镜和手术显微镜相比能为术者提供了更好的照明条件和更为广泛的手术视野^[3]。

垂体瘤患者病情较为复杂, 术前访视病人尤为重要。术前访视应注意肿瘤的性质、病人体型、血管通路及用药情况。如需切除垂体前叶者, 术中需准备地塞米松或氢化考的松, 避免术中体内皮质醇不足导致顽固性低血压^[4]。肢端肥大症及颈短、肥胖的病人术前应考虑到全麻气管插管可能困难, 提前做好吸引和给氧装置, 以免发生意外。对高血压与糖尿病病人需有两路静脉通道, 其中一条用于控制性降压或给与胰岛素降血糖。因术中常要监测尿量, 注意尿管的通畅。合适的体位有助于手术的顺利进行, 病人上半身抬高 15°, 便于经口鼻观察颅内。

内窥镜是通过监视系统将手术野全部展现在监视屏幕上, 所以要求巡回护士熟悉监视系统的使用及正确连接, 确保监视系统得正常运作, 使电视屏幕始终保持清晰。充分的器械准备是确保手术顺利进行的保证, 也是缩短手术时间的前提条件。器械护士和巡回护士共同做好手术物品的准备工作, 器械护士应熟悉所有手术器械的名称、用途及手术步骤。配合时应注意轻柔、细致、耐心。所有填塞止血棉均应带线, 以免脑棉片误留鞍区内。切除的鼻中隔及梨状骨应保存, 以备手术结束时支撑和关闭蝶鞍底开孔处。脑内窥镜器械贵重且精密, 器械护士在传递过程中注意轻拿轻放, 传递器械稳妥准确, 尖端不可与硬物碰撞, 以免损坏。各种显微器械和精密仪器使用后要及时清洁保养, 放置在安全位置。

总之, 经鼻孔蝶窦入路垂体瘤内窥镜手术是一种较复杂的手术, 但其损伤小, 时间短, 恢复快, 并发症少, 深受患者的欢迎。但由于术腔深, 术野窄, 所用的器械及仪器较复杂, 我们的体会是认真做好术前准备和术中配合, 对手术的成功起着至关重要的作用。

参考文献

- [1] 魏革, 林华. 术前护理访视的管理[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(4): 287-288
- [2] 叶应妩, 王毓三. 全国临床检验操作规程[M]. 第二版. 南京: 东南大学出版社出版, 1997
- [3] 李晓雄, 熊文浩, 戴炯, 等. 内窥镜经蝶窦垂体瘤切除术. 现代神经疾病杂志, 2002, 4(2): 81-83
- [4] 金晓燕. 蝶窦入路垂体瘤切除术的手术配合. 中华护理杂志, 1994, 29(3): 158-160

作者简介: 龙卫红, (1966-), 女, 主管护师, 手术室工作

(收稿日期: 2006-05-06 接受日期: 2006-06-28)