

1 例鼻内镜下空蝶鞍综合征合并脑脊液鼻漏的护理

孟 玲 药晋红 陈 赞

(北京大学第三医院耳鼻喉科, 北京 100191)

中图分类号: R765.24; R473.76

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2010)08-0762-02

空蝶鞍综合征是指蛛网膜下腔从薄弱的鞍隔疝出, 取代垂体的正常位置或压迫垂体, 使蝶鞍部分或完全被脑脊液填充, 从而在影像学上显示为正常大小或扩大的蝶鞍, 蝶鞍上缺乏垂体^[1]。空蝶鞍综合征分为原发性和继发性。临床表现为头痛、视力减退和视野缺损、良性颅内压增高、脑脊液鼻漏、垂体功能低下等, 合并脑脊液鼻漏较为罕见。我科 2009 年 3 月 30 日收治了 1 例原发性空蝶鞍综合征合并脑脊液鼻漏, 经过精心的治疗及恰当的护理, 取得良好效果, 患者于 2009 年 5 月 7 日痊愈出院, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女, 52 岁, 因右鼻腔流清涕 2 个月余, 加重 40 d, 2009 年 3 月 30 日以脑脊液鼻漏收入院。入院后鼻窦 CT 及 MRI 检查示脑脊液鼻漏位于空泡蝶鞍部。4 月 12 日在全麻下鼻内镜下行脑脊液鼻漏修补术和空蝶鞍填塞术。术后 4 d 由于鼻腔仍有脑脊液渗出, 为防止感染反复于手术室在鼻内镜下更换鼻腔碘仿纱条 3 次。术后体温保持在 37.1~37.8℃。术后第 21 天患者体温突然升至 39.4℃, 伴有寒颤, 急查血常规: WBC $11.8 \times 10^9/L$, 查体无颈项强直, 双肺呼吸音清, 遵医嘱给予酒精擦浴及消炎痛栓肛塞, 半小时后测体温下降至 38.8℃, 给予冰袋冷敷。遵医嘱给予美罗培南 1 g 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 ml 静脉滴注, 2 次/d 抗感染治疗。术后第 22 天拔出鼻腔填塞物, 未见脑脊液鼻漏, 生命体征平稳, 血常规正常, 观察 4 d 后痊愈出院。

1.2 方法

1.2.1 术前护理

1.2.1.1 心理护理 当患者得知自己所患疾病非常罕见, 手术病例数少, 担心手术效果及预后, 心理压力。同时得知鼻腔流出清水样涕是脑脊液, 担心由于脑组织与外界相通病原菌直接进入颅内引起感染, 因此, 十分恐慌, 出现情绪烦躁, 失眠等情况。在护理过程中我们耐心向患者讲解术后的注意事项, 及时消除患者的不安心理, 稳定病人的情绪, 使患者树立信心。在生活上给予患者细心的照料, 和患者建立了良好的护患关系, 得到患者充分信任, 能

够积极配合治疗。

1.2.1.2 脑脊液鼻漏的观察 我们每 2 h 观察一次患者的生命体征、意识、瞳孔; 观察患者有无头痛、恶心、呕吐、颈项强直以及四肢活动障碍等颅内并发症, 患者术前未发生颅内并发症。由于患者低头时脑脊液鼻漏增多, 指导患者取头高位, 尽量避免过度低头, 剧烈运动, 减少脑脊液鼻漏。减少探视, 保持床单、衣服清洁, 防止颅内感染。

1.2.1.3 术前准备 术前 1 周用洗必泰漱口口水漱口, 每日 4 次, 以保持口腔清洁, 防止感染。术前 1 日剪鼻毛, 备右耳周皮肤约 5 cm。

1.2.2 术后护理

1.2.2.1 体位 术后给予平卧位, 头偏向一侧, 清醒后给予半卧位, 床头抬高。嘱患者翻身时避免头部剧烈大幅度转动, 并绝对卧床 10 d, 以预防脑脊液由瘘口漏出, 影响切口愈合, 预防感染。由于 10 d 后患者仍有少量脑脊液经瘘口漏出, 因此, 嘱患者在床旁活动, 避免剧烈运动。

1.2.2.2 相对高颅压状态的观察 术后每 2 h 观察患者瞳孔大小、对光反射情况。术后患者双侧瞳孔等大等圆, 直径 2 mm, 对光反射存在。无视物模糊, 无球结膜水肿, 无剧烈头痛、恶心、呕吐、颈项强直以及四肢活动障碍等。

1.2.2.3 脑脊液鼻漏的观察 术后要注意观察鼻腔渗液性质、量及颜色。鼻腔渗液与脑脊液的区别, 主要从渗液性质、颜色来判断。判断方法: 嘱病人直立, 头部前倾, 让病人将分泌物滴于干净纱布上, 如果纱布无结痂状, 未变硬, 鼻漏液痕迹中心红色, 外周清澈, 即判定为脑脊液鼻漏^[2]。为防止碘仿纱条长期堵塞造成感染, 术后第 3、10、17 天 3 次在手术室更换碘仿纱条。

1.2.2.4 预防颅内感染 由于鼻腔填塞时间长, 术后选择对血脑屏障有良好穿透性的抗生素(头孢曲松钠、美罗培南抗炎治疗), 每日 4 次监测体温。

1.2.2.5 保持大小便通畅 患者由于术后绝对卧床 10 d, 进食少, 活动少, 术后 4 d 无大便, 遵医嘱即刻给予开塞露 10 ml 肛塞, 半小时后患者自解大便。此后, 给予通便灵 1 粒, 3 次/d 口服, 患者每 1~2 d 可自解大便 1 次。

1.2.2.6 供组织区的观察及护理 脑脊液鼻漏口填

充物为耳后筋膜,术后要保持耳部敷料清洁、干燥,换药时注意无菌操作,防止供皮区感染。每日观察耳后伤口有无红、肿、热、痛及异常分泌物。此患者术后供血组织区皮肤生长良好,于第 7 天拆除缝线。

1.2.2.7 心理护理 患者因瘘口长时间不愈合,不断有脑脊液漏出,担心手术不成功,影响日后生活。由于术后高热,担心发生颅内并发症,产生焦虑、紧张等不良情绪,我们给予患者心理疏导及情感上的支持,让患者家属陪伴,使患者重建信心,以平静的心态接受治疗。

1.2.2.8 健康教育 术后嘱患者尽量避免用力咳嗽、打喷嚏、擤鼻,以免颅内压增高而导致修补的瘘口组织脱落,导致手术失败。嘱患者保暖无受凉,多吃水果、蔬菜,防止便秘,进食易消化饮食,保持大便通畅,防止因用力排便腹压增高,增加脑脊液漏出,患者表示理解。在卧床期间,保持床单位整洁,预防压疮发生,每 2 小时协助患者翻身一次,观察受压皮肤,患者未发生皮肤压红及破损。

2 讨论

原发性空蝶鞍综合征合并脑脊液鼻漏的病例非常罕见,此外为我科自建科以来收治的唯一病例。此病发生原因不明,术后瘘口不易愈合,易出现颅内感染,患者心理压力较大,给护理工作增加了难度。我们在护理患者过程中,通过制定详细护理计划,重点做好生命体征、高颅压症状监测、避免颅内感染及脑脊液再漏。以下是我们的护理体会。

2.1 保持半卧位,床头抬高

一方面颅内压下降顺着压力梯度流出的脑脊液

减少;另一方面借重力作用使脑组织移向颅底破口处,使其贴附和堵塞瘘口,减少脑脊液在此处的聚集与停留,有利于修补后的瘘口尽快恢复^[3]。

2.2 颅高压症状的监测

患者由于脑脊液鼻漏长期外流,已适应低颅压状态。手术修补后脑脊液不再外流,颅内压回升至正常水平,出现相对高颅压状态^[4],主要表现为头痛、呕吐、视乳头水肿等。

2.3 密切关注是否存在颅内感染

颅内感染是术后最严重并发症,术后重点观察体温变化。患者术后体温升高主要考虑为鼻腔长期填塞碘仿纱条所致,术后第 22 天抽出鼻腔内纱条,体温恢复正常。

2.4 保持大小便通畅

由于用力排便可造成腹压增高,增加脑脊液漏出的机会,因此,防止便秘发生也是术后护理重点。

参考文献

- Schlosser RI, Bolger WE. Spontaneous nasal cerebrospinal fluid leaks and empty sella syndrome: a clinical association. Am J Rhinol, 2003, 17(2): 91-96.
- 卜国铎,主编.耳鼻咽喉科全书鼻科学.上海:上海科学技术出版社,2000.230-231.
- 王海燕.延迟性脑脊液鼻漏的护理 25 例.中国实用护理杂志, 2005, 21(8): 21-22.
- 吴淑春,索明云,丛艳秋.内窥镜下脑脊液鼻漏修补术的护理 4 例.中国实用护理杂志, 2006, 22(1): 37-38.

(收稿日期:2009-11-27)

(修回日期:2010-01-28)

(责任编辑:李贺琼)

· 消 息 ·

2011 年各期主题预告

- 1 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(院士、国内外专家专稿)
- 2 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(普外科,小儿外科,妇科,泌尿外科)
- 3 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(妇科,泌尿外科,普外科,小儿外科)
- 4 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(泌尿外科,普外科,小儿外科,妇科)
- 5 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(心、胸外科,介入血管外科)
- 6 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(微创脊柱、骨关节外科,微创神经外科)
- 7 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(乳腺、甲状腺、甲状旁腺外科,腹壁与疝外科,耳鼻咽喉头颈外科,微创外科手术有关的麻醉学)
- 8 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(恶性肿瘤的微创治疗新进展,放射性粒子植入治疗肿瘤,放射介入,B 超介入)
- 9 期 创刊 10 周年微创外科新进展特别征稿(肝、胆、胰、脾、胃、结直肠外科和代谢病的微创治疗)
- 10 期 保留(护)器官功能微创妇科,盆底修复外科,盆底镜下解剖学,微创妇科泌尿外科,微创技术在妇科肿瘤与生殖医学中的应用,泌尿外科
- 11 期 免气腹腹腔镜外科,手助腹腔镜外科,单孔腹腔镜手术;NOTES 和 TUES 的最新进展
- 12 期 微创脊柱、骨关节外科,微创神经外科,微创小儿外科,心、胸外科,介入血管外科

由于稿件同行评阅、退修和编辑加工需要时间,希望各位编委与作者结合每期的主题至少提前 4 个月来稿。

《中国微创外科杂志》编辑部