

多学科融合精准治疗模式下垂体瘤患者的综合护理

沈明月, 殷志雯, 任琳, 郎黎薇, 杨慧颖, 顾静

Perioperative nursing care of patients with pituitary adenoma under the modern multidisciplinary-integration-based precise treatment

Shen Mingyue, Yin Zhiwen, Ren Lin, Lang Liwei, Yang Huiying, Gu Jing

摘要:目的 总结多学科融合精准治疗的垂体瘤患者综合护理经验。方法 对 713 例垂体瘤患者,配合多学科融合精准治疗完成患者各项内分泌功能试验及评估、术前专科准备、心理护理、术后病情观察、并发症护理以及延续护理。结果 所有患者手术顺利,平均手术时间 1.35 h,无手术死亡和严重并发症发生,平均住院日 8.50 d,术后随访患者内分泌功能均恢复良好。结论 实施多学科融合精准治疗模式下的综合护理,可提高垂体瘤患者围术期护理质量,促进患者康复。

关键词:垂体瘤; 多学科融合; 精准治疗; 手术; 综合护理; 围术期护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.24.049

垂体瘤是最常见的神经内分泌肿瘤,根据临床表现和肿瘤分泌激素的不同,可分为若干亚型^[1]。在传统的诊疗模式中,垂体瘤患者需要在神经外科和内分泌科等多个专科之间反复就诊,这种诊疗模式切断了学科间的内在联系^[2]。我院于 2018 年 12 月开设垂体瘤多学科融合病房,由神经外科和内分泌科医生为主导,联合其他学科开展垂体瘤的多学科融合精准治疗。以往外科手术以达到肿瘤满意切除为诊疗终点,多学科融合精准治疗结合多学科优势,可使患者达到更高层次的内分泌治愈,获得更好的预后及生活质量。在多学科融合精准诊疗新模式下,我科实施相应的多学科综合护理,本文总结在垂体瘤患者围术期的实践及效果,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2018 年 12 月至 2019 年 12 月我科室共完成垂体瘤手术 713 例,男 281 例,女 432 例。年龄 12~86 岁,平均 46.9 岁。经鼻蝶入路手术 705 例,经锁孔入路 6 例,开颅手术 2 例。病理诊断为无功能型垂体瘤 448 例,生长激素型腺瘤 158 例,促肾上腺皮质激素型腺瘤 66 例,泌乳素型腺瘤 17 例,促甲状腺激素型腺瘤 11 例,其他类型 13 例。

1.2 垂体瘤多学科融合诊疗模式 患者入院后,先由责任护士和内分泌医生共同对患者进行内分泌功能全面评估,明确诊断后,经过完善的术前准备,由神经外科医生实施手术。术后由神经外科和内分泌科医生、责任护士和护士长共同对患者再次进行全面评估,同时根据需求,整合眼科、五官科、放射科、生殖医学科、病理科等共同制定并实施多学科的治疗和护理方案。

1.3 结果 所有患者均手术顺利,平均手术时间

1.35 h,术后无死亡和严重并发症发生,平均住院日 8.50 d,术后随访患者内分泌功能均恢复良好。

2 围术期多学科综合护理

2.1 术前内分泌功能评估的护理

垂体瘤治疗涉及多学科,术前检查项目较多且复杂,除常规入院后次日晨空腹抽血检测血清皮质醇、促肾上腺皮质激素、生长激素、胰岛素样生成因子等多种激素水平外,还需根据患者病情进行各种内分泌功能试验检查^[3]。责任护士依据评估患者的文化程度及对疾病的认知状态,采取针对性的宣教方式。发放术前检查流程宣教单,告知患者及家属检查的必要性和重要性,耐心解释各项术前检查方法及可能出现的各类不适症状,与管床医生一起及时解答患者及家属的各项疑问,取得其配合和理解。病室环境保持安静,嘱患者多卧床休息,避免因情绪或活动引起激素水平波动。

2.1.1 生长激素型垂体腺瘤内分泌功能试验 ①生长激素高糖抑制试验:用于肢端肥大症的诊断和随访,对高血糖患者,试验可能加重其临床症状,须谨慎进行。本组 74 例完成。试验当天指导患者晨空腹状态口服葡萄糖溶液,之后按时采血同步测定血糖和生长激素水平。②奥曲肽抑制试验:适用于生长激素型腺瘤和促甲状腺激素型腺瘤患者,本组 39 例完成。患者空腹采血后皮下注射奥曲肽 0.1 mg,注射后 1~6 h 每小时抽取血标本检测激素水平。注射奥曲肽后部分患者可能出现局部皮肤过敏和胃肠道不适症状^[4],责任护士需密切巡视观察患者全身有无皮疹等皮肤过敏状况,询问患者主诉,如发现异常报告医生及时处置。本组患者均顺利完成试验,未发生皮肤过敏等不良反应。

2.1.2 促肾上腺皮质激素型垂体腺瘤内分泌功能试验 ①地塞米松抑制试验:本组 39 例完成。试验前询问患者 1 周内有无服用干扰地塞米松吸收和代谢的药物,如雌激素、避孕药、抗癫痫药、中枢兴奋或抑制剂等。严格遵照医嘱协助患者按时服药,保证剂量准确,做到发药入口,服药后关注有无不良反应发生。②促肾上腺皮质激素昼夜节律试验及测 24 h 尿皮质

作者单位:复旦大学附属华山医院神经外科(上海,200040)

沈明月:女,本科在读,护师

通信作者:殷志雯,fcfcshahaven@126.com

科研项目:复旦大学附属华山医院专科护理支持项目(9XM00025-2020-4);复旦大学附属华山医院临床管理优化项目(SHDC12019639)

收稿:2020-07-26;修回:2020-10-20

醇试验:本组 46 例完成。皮质醇分泌有明显的昼夜节律,8:00 达到最高峰,以后逐渐下降,0:00 为最低值。故采血时间须确保精准,试管标记留样时间。测 24 h 尿皮质醇试验需收集 24 h 尿标本,留尿过程中嘱患者正常饮水,女性在月经结束后 1 周再进行试验。③岩下窦采血:是诊断库欣综合征的金标准,能做出准确的定性和定位^[5]。本组 6 例完成,为有创检查,需在手术室进行。检查前空腹 8 h,检查患侧肢体制动 6 h。每小时巡视观察穿刺侧肢体有无出血或皮下血肿,监测患者血压和足背动脉搏动情况,观察有无意识、瞳孔变化,有无头痛、恶心、呕吐等症状,以便尽早发现蛛网膜下腔出血等并发症。6 例患者均顺利完成该试验,无并发症发生。

2.2 围手术期护理

2.2.1 术前护理

2.2.1.1 术前专科准备 ①指导经口呼吸:经鼻蝶手术前 3 d 开始,责任护士向患者介绍经口呼吸的训练方法、目的及作用。具体方法为:嘱患者张口深深吸气,然后捏住鼻孔,经口慢慢呼气,每次练习 15 min,每天 2 次,至患者能熟练掌握。②鼻腔准备:术前 3 d 遵嘱使用抗生素类滴鼻液和呋麻滴鼻液交替滴鼻预防感染,每日 4 次。术前 1 d 剪除鼻毛,嘱患者勿用手挖鼻孔,以免污染鼻腔或损伤鼻黏膜引起术中感染。

2.2.1.2 心理护理 由于激素分泌异常而引起的外貌改变,患者可出现鼻大唇厚、眉弓突出、面容丑陋等,导致其自我形象紊乱。又因肿瘤压迫或侵犯周围组织,引起头痛、内分泌失调或视力视野障碍,加之对手术的恐惧和焦虑情绪,易引发患者产生相关的不良心理。责任护士和管床医生向患者及家属介绍多学科融合诊疗的专家和护理团队,针对手术方法及配合注意事项与其充分沟通,及时解答疑问,消除紧张、焦虑情绪,帮助其树立战胜疾病的信心。

2.2.1.3 术前并发症护理 ①糖尿病:生长激素腺瘤患者常合并有糖尿病^[6]。本组合并糖尿病 113 例,82 例口服降糖治疗,31 例胰岛素治疗。术前控制患者血糖在正常范围方能保障手术顺利进行。密切监测患者血糖水平,督促按时遵医嘱治疗,并做好低血糖的预防。②睡眠呼吸暂停综合征:生长激素腺瘤患者由于生长激素长期过量分泌,易出现睡眠呼吸暂停综合征^[7]。本组中有 42 例患者合并不同程度的睡眠呼吸暂停综合征,指导尽量侧卧睡眠,与夜班护士交接,夜间巡视重点留意观察此类患者的呼吸节律、频率、深度以及指末氧饱和度情况。本组有 5 例为重度,睡眠时使用无创呼吸机,给予经鼻持续正压通气治疗,氧流量设定 6~8 L/min,呼吸机面罩保持松紧适宜,密切观察患者的生命体征,评估是否有缺氧状态出现。③心血管功能异常:因生长激素分泌异常而导致的组织增生若涉及到心血管系统,可引起各类严重心血管并发症,是肢端肥大患者引起死亡的主要原

因^[8]。本组 137 例合并有高血压或心血管疾病。重视患者主诉及既往病史,定时监测血压、心率等基础生命体征。④骨质疏松:垂体疾病可通过相应靶器官或激素影响骨密度和骨转化,增加导致骨质疏松和骨折的风险^[9]。本组 8 例合并有骨质疏松,加强患者及家属的防跌倒、防撞击等安全教育,避免造成骨折,影响后续治疗进度。⑤精神类疾病:促肾上腺皮质激素型腺瘤患者由于皮质醇增多,可能出现不同程度的神经和精神异常^[10]。本组 6 例合并有精神类疾病,对精神症状较明显的患者需联合精神科进行干预,同时加强巡视,注意日常安全防护。多学科综合护理对患者术前并存疾病均做到早期诊断,及时治疗,密切病情观察并实施预见性护理,本组患者手术前并存疾病均得到有效控制,保证了手术顺利进行。

2.2.2 术后护理

2.2.2.1 病情观察及并发症预防护理 术后所有患者安置于重症监护室监护 24 h,严密观察患者生命体征、意识、瞳孔、格拉斯哥评分、氧饱和度等指标,做好并发症预防护理。①经鼻蝶垂体瘤切除术:密切观察患者视力和视野变化,术后若视力和视野障碍加重,高度警惕是否出现术区出血或脑血管痉挛等情况。另外,该术式有可能损伤垂体后叶及其血液供应,致使患者术后发生尿崩症,尿崩症症状缓解情况也可反映垂体血供的恢复程度,直接关系到患者手术效果的评判^[11]。尿崩症以尿比重低(尿液比重 <1.005)为特征^[12],术后严密监测并记录患者每小时尿量以及 24 h 出入液量,每日复查血生化,术后 1~2 d 为多尿高峰期,需同时监测电解质变化。本组 6 例患者术后出现尿量增多、尿颜色逐渐变淡,及时报告医生,确诊为尿崩症,治疗 3~7 d 尿量均恢复正常。②生长激素型腺瘤手术:术后因生长激素缺乏,垂体功能低下,易导致充血性心力衰竭,密切观察心率、节律及血压,结合内分泌激素评估结果,做到早诊断早治疗;术后血糖异常者定时监测血糖变化,根据血糖值调整降糖药的用量,并观察用药后的反应,警惕低血糖发生;术前有睡眠呼吸暂停综合征患者,术后睡眠中需进行呼吸及血氧监测,严密观察患者意识、口唇及甲床颜色、呼吸频率、氧饱和度,必要时床旁备吸痰装置,重点观察患者有无呼吸道梗阻或因手术部位出血导致呼吸道阻塞,及时清理呼吸道分泌物,保证呼吸通畅。本组术后出现心功能不全 1 例、重度睡眠呼吸暂停综合征 3 例,均经多学科融合诊疗护理症状控制。③促肾上腺皮质激素型腺瘤手术:术后需警惕肾上腺危象发生。患者由监护室返回病房后,予心电监护 24 h 密切监测心率、血压和意识的变化。如患者出现心率加快至 160 次/min 以上,血压下降,或合并高热、恶心呕吐、意识障碍等,提示肾上腺功能危象先兆,结合每 6 小时检测 1 次的血皮质醇结果,及时诊断处理。另外,促肾上腺皮质激素型腺瘤患者血液常处于高凝状

态,易发生静脉血栓,甚至出现肺栓塞导致患者死亡。术后下肢可活动的患者,鼓励术后 1 d 即可在床上进行主动踝泵运动,平卧于床上,尽量大角度的勾起足尖,然后缓慢下压。以踝关节为中心,做旋转运动,每个动作维持 3 s,在最大位置保持 5~10 s,每日 3~4 次,每个动作 20~30 组,双腿可交替或同时进行。病情好转后尽早下床,双下肢可穿弹力袜。本组术后发生深静脉血栓 8 例,经治疗护理后行下肢血管超声检查显示好转,未发生肺栓塞等严重后果。④脑脊液漏:发生脑脊液漏的原因多与手术操作或肿瘤对鞍上池蛛网膜的损伤致蛛网膜下腔与颅外空间异常沟通有关。术后予患者平卧,头下垫薄枕,勿用力打喷嚏、咳嗽、排便等,护士不可经鼻腔做任何操作,告知患者切忌自行填塞鼻腔。本组发生 3 例,均得到及时纠正。

2.2.2.2 术后口鼻腔护理 本组 705 例患者经鼻蝶入路手术后,因鼻腔填塞,患者呼吸受限。嘱患者张口呼吸,根据患者氧饱和度情况酌情给予吸氧;术中填塞的膨胀海绵起到压迫止血的作用,需放置 48~72 h,注意观察鼻腔填塞物有无脱出和鼻腔的渗血渗液情况。填塞物拔除后当天予抗生素滴鼻液和呋麻滴鼻液间隔 2 h 交替滴鼻,每日 4 次。第 2 天起持续 3 周使用抗生素滴鼻液,每日 4 次。若有少量渗血渗液嘱患者无需紧张,平卧休息即可。另外,患者经口呼吸易感觉口腔干燥,鼻腔渗血也可能流入口腔,需保持口腔清洁并做好口腔护理。

2.2.2.3 术后即刻内分泌评估 术后对垂体激素水平的监测可作为评估手术切除程度和预后的重要指标^[13]。促肾上腺皮质激素型腺瘤术后 48 h 内每 6 小时 1 次监测血皮质醇。生长激素型腺瘤术后前 3 d 每日监测血清生长激素和 IGF-1。责任护士按医嘱正确、按时采集血标本后及时送检,以保证后续治疗及时有序进行。

2.2.3 出院宣教及随访护理 为防止术后皮质功能减退,患者在围手术期乃至术后较长一段时间都需要接受激素替代治疗。责任护士和管床医生耐心向患者讲解激素替代治疗的必要性,告知若激素量不足或者过量可能出现的异常症状。口服激素需严格遵医嘱,不能擅自减量或停药,以防垂体危象发生。激素类药物易引起胃肠道反应,还可诱发消化道溃疡和出血,告知患者密切观察有无消化道不适或者出血等症状。虽然垂体瘤是良性肿瘤,但内分泌功能的调整需要长期的观察和随访。术后 1、3、6、12 个月需来院复查内分泌激素水平以及垂体增强核磁共振,了解肿瘤有无残留或复发以及体内激素水平,及时调整药物剂量,避免并发症发生。出院前协助患者及家属加入本院垂体瘤随访微信群及公众号^[14]。由本融合诊疗团队专人提供术后随访服务,每周推送垂体瘤治疗护理相关知识,在指定时间内统一回答患者的疑问。责任

护士和管床医生一对一提供康复期咨询和指导,促进垂体瘤患者出院后生活质量的提高。

3 小结

垂体瘤因其特有的解剖位置和神经内分泌功能,术前并存疾病和术后并发症较多,治疗和护理复杂。多学科融合精准诊疗模式下的综合护理,通过参与多学科查房及相关医疗活动,护士全面了解患者的融合诊疗方案后制定相应的综合护理措施,更具有针对性和连续性。首先配合内分泌科做好各项内分泌评估和功能试验,做好术前准备及患者并存疾病护理,为保证手术能顺利开展奠定良好的基础。通过多学科术前讨论,护士熟悉垂体瘤术后因激素分泌异常而可能引起的一系列严重并发症,有利于早期、及时和精准地对病情变化作出护理判断和预警。多学科融合的综合护理模式也能促使护士不断学习多专科知识,总结最优质的护理方案,提高护理质量。同时,新模式还可缩短内外科医护人员之间的沟通距离,提高沟通效率,有利于患者术后随访工作的开展,多方面保障患者的手术安全。

参考文献:

- [1] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2001:523.
- [2] 方汉萍, 李蓉蓉, 蔡纯, 等. 加速康复外科护理专业组管理模式构建及应用研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(20):5-8.
- [3] 王飞. 不同类型垂体腺瘤手术前后内分泌激素水平监测的临床意义[J]. 中国现代医学杂志, 2013, 23(34):80-83.
- [4] 张绿, 王镛斐, 叶红英, 等. 临床多学科综合治疗团队诊治库欣病[J]. 中华神经外科杂志, 2015, 31(6):601-604.
- [5] 兰静. 库欣综合征患者行岩下窦静脉取血术并发症的观察与护理[J]. 护理学杂志, 2012, 27(15):31-32.
- [6] 胡细玲, 凌聪, 陈海燕, 等. 23 例肢端肥大症合并糖尿病患者行垂体瘤切除术的护理[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(7):808-811.
- [7] 仲丽芸, 范艳竹, 黄娜, 等. 经鼻蝶入路垂体瘤切除术治疗生长激素型垂体腺瘤并发睡眠呼吸暂停综合征的疗效观察与护理[J]. 现代临床护理, 2015, 14(10):9-12.
- [8] 张燕, 李平, 张文婧, 等. 肢端肥大症合并糖代谢异常的临床特征及其影响因素[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2019, 35(3):206-212.
- [9] 李晨曦, 章秋. 常见垂体疾病与骨质疏松的研究进展[J]. 安徽医药, 2015, 19(11):2053-2056.
- [10] Liu D D, Zhou W, Li P L, et al. Characteristics of brain functional alterations and task functional magnetic resonance imaging in patients with Cushing's disease[J]. Med J Chin PLA, 2017, 42(7):605-612.
- [11] 何文强, 马增翼, 叶红英, 等. 经蝶窦垂体瘤切除围手术期糖皮质激素替代的必要性研究[J]. 中华神经外科杂志, 2015, 31(11):1099-1103.
- [12] 展如才, 朱百年. 经鼻蝶垂体瘤切除术后尿崩症的病因及治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2015, 10(1):30-31.
- [13] 孙博文, 冯铭, 张家亮, 等. 库欣病临床诊断研究进展[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2020, 20(3):162-165.
- [14] 郭潇雅. 走进“华山·金垂体”[J]. 中国医院院长, 2020(7):82-83.