

颅骨骨瘤切除术的围术期护理个案分析

陈 新

岳池县人民医院神经外科 638300

【摘要】目的 分析研究颅骨骨瘤切除术患者围术期护理方法。方法 对我院 2019 年 1 月 14 日接诊治疗的 1 例颅骨骨瘤切除术患者进行研究分析, 探讨患者围术期护理方法, 对两组患者护理前后生活质量评分。**结果** 对术前进行对比, 患者经围术期护理之后, 各项生活质量评分得到显著改善。**结论** 给予颅骨骨瘤切除术患者高质量围术期护理, 能够对其生活质量的提升产生积极影响, 促进患者病情早日康复, 该护理方式方法应推广应用。

【关键词】 颅骨骨瘤切除术; 围术期; 生活质量

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2021) 01-074-02

颅骨骨瘤生长缓慢, 通常情况下, 患者无疼痛感, 大多为良性肿瘤。该肿瘤能够发生在颅骨内任意部位, 通常为单发, 也有多发或者聚发情况, 轻者无病情反应, 重者存在头部胀痛、头昏、麻木等症状。颅骨骨瘤患者首选手术方式进行治疗, 围术期护理质量直接对病情恢复产生影响。下文对我院接诊的 1 例颅骨骨瘤患者围术期护理方法进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

患者, 女性, 37 岁, 因头痛、头晕 6 年, 近 2 个月病情加重, 入院经 MRT、CT 检查显示高密度骨质影像, 于 2019 年 1 月 14 日行全身麻醉, 做颅骨骨瘤切除手术。患者手术总时长 160min, 尿量 750ml, 总出血量为 200ml, 手术过程十分顺利。手术结束后, 患者感觉良好, 且病症消失。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理

心理护理: 颅骨骨瘤在手术治疗前, 存在消极情绪, 畏惧收拾, 且患者未树立正确的病情认知, 没有做好心理准备, 对手术方式了解的较少, 并且对病情的治疗效果、安全性及病情预后情况较为担忧。由此可知, 医护人员应在患者进行手术前, 以其心理动态为依据, 对其进行针对性心理疏导, 用质朴的语言与眼神与患者进行沟通、交流, 使其感受到被关心、被尊重, 进而提升护理依从性。除此之外, 医护人员应耐心的向患者讲解治疗、麻醉方式与围术期注意事项, 加深患者对病情的了解程度, 舒缓内心紧张情绪。同时, 医护人员应采取成功治疗案例讲解方法帮助患者树立治疗信心, 战胜病魔, 促进病情早日康复。

除术前心理疏导及健康知识宣讲之外, 医护人员应帮助患者进行充分术前准备, 配血、备皮, 协助主治医生带领患者进行术前检查, 详细向患者讲解检查目的及重要性, 叮嘱患者术前应补充高营养、高热量、高蛋白、易吸收的饮食, 确保大便通畅, 避免排便用力导致颅内压增高情况发生。此外, 术前应指导患者进行深呼吸训练, 使其掌握有效咳嗽方法, 且术前 12h 应禁食禁水。

1.2.2 术中护理

手术过程中, 医护人员应配合患者主治医生完成手术治疗, 为手术的顺利进展提供保障, 手术过程中, 医护人员应将手术室温度调成适宜温湿度, 使患者体感舒适。

1.2.3 术后护理

因患者进行全身麻醉手术, 术后麻醉药效未全部清除, 因此, 医护人员应将患者调至平卧位, 将其头部偏向一侧, 使患者呼吸道及口腔分泌物顺利排出。在患者麻醉药效消失, 生命体征稳定且意识清醒之后, 医护人员指导患者呈现健侧卧位, 将床头抬高至 30°, 从而为颅内静脉回流产生促进作用, 并使脑水肿情况得到缓解。

全麻患者应在手术结束后, 及时将气管插管拔除, 促进呼吸道分泌物的排出, 针对存在恶心呕吐症状的患者, 医护人员应将其头部偏向一侧, 以便清除患者口腔、鼻腔分泌物, 避免呛咳情况发生导致患者颅内压增高。此外, 医护人员应帮助患者轻扣背部促进痰液排除, 针对痰液粘稠的患者而言, 应采用雾化吸入法稀释痰液, 情况必要时, 进行气管切开术, 避免患者出现脑部组织水肿、缺氧等情况发生。

除上述护理注意事项之外, 医护人员应对患者进行引流管护理。将患者头部引流管妥善固定, 避免引流管扭曲、受压, 此外, 应详细记录患者引流液性状、颜色及引流量, 掌握患者颅内压变化情况, 对引流管位置进行有效固定。

1.3 观察指标

医护人员采用 SF-36 对患者护理前后生存质量进行调查, 调查结果共分为社会功能、生理职能、躯体疼痛、活力、总体健康状况、精神健康、情感职能及生理机能 8 个部分, 每个项目满分为 100 分, 各项所得分数与患者生活质量呈正比关系。

1.4 统计方法

此次研究数据采用 SPSS19.0 进行分析处理, $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, % 表示计数资料, 分别采用 t、 χ^2 检验, 在 $P < 0.05$ 时, 数据差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 患者护理前后生活质量评分对比

与护理前进行对比, 患者生活质量有了显著的改善, 数据之间的差异存在统计学说法, $P < 0.05$ 。数据详情如表 1

表 1: 患者护理前后生活质量评分对比

时间 / 项目	总体健康状况	社会功能	生理职能	躯体疼痛	活力	精神健康	情感职能	生理机能
护理前	72.1±2.3	52.6±3.1	70.2±4.1	63.5±4.2	60.7±4.1	62.5±4.1	68.5±4.5	70.4±4.2
护理后	86.3±2.8	70.5±1.8	84.7±2.9	75.9±2.2	79.6±1.1	78.6±4.2	82.5±4.2	81.4
t	7.497	5.495	7.497	6.797	8.664	2.474	6.279	3.497
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

颅骨骨瘤手术存在较大难度, 对医护人员技术操作及专业

素养有着极高的要求。科室医护人员在对患者进行护理时, (下转第 75 页)

肺原发性黑色素瘤 1 例

胡华鑫

阳光融合医院 山东潍坊 261000

【中图分类号】R734.2

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2021) 01-075-01

黑色素瘤是来源于黑色素细胞的高度恶性肿瘤, 90% 发病于皮肤及其临近黏膜, 其他多见于消化道黏膜、眼色素膜、脑膜脉络丛^[1]。原发于肺的黑色素瘤可能起源于残留的成黑色素细胞, 相当罕见, 仅占肺部肿瘤的 0.01%。本文通过报道 1 例行胸腔镜肺叶切除术经病理免疫组化确诊为肺原发性黑色素瘤病例, 复习国内外文献总结其相关特点, 提高对肺原发性黑色素瘤的认识, 用于对此类疾病早期诊断及治疗。

患者男性, 49 岁, 因“咳嗽、咳痰 10 余天”入院。曾在当地医院行胸部 CT 检查发现右肺上叶多个软组织密度灶, 最大直径约 3cm, 边缘不规则, 其内密度尚均匀, 并融合成团, 无明显毛刺。支气管镜检查见右肺上叶支气管尖端开口处周围粘膜粗糙, 可见不规则隆起, 部分亚段呈外压性改变, 刷检未查到癌细胞。CT 定位下肺穿刺取活检, 病理为低分化梭形细胞肿瘤, 结合组织学形态及免疫组化染色考虑癌肉瘤可能性大。患者 PET-CT 检查未见其它肿瘤病灶, 考虑原发于肺。相关心、肺功能检查可耐受手术治疗, 在全麻下行胸腔镜右肺上叶切除术+纵隔淋巴结清扫术, 病理免疫组化诊断为肺恶性黑色素瘤, 并肺门淋巴结 (2/7) 查见转移肿瘤, 免疫组化结果: S-100 (+)、HMB45 (散+)、Vimentin (+)、CK (-)、Ki (约 50%+)。

讨论: 肺原发黑色素瘤非常罕见, 发病原因尚不明确, 可能与良性黑色素细胞迁移或黏膜下支气管腺的黑色素细胞化生有关, 或由下呼吸道中多能干细胞分化而来^[2]。影像学特点与肺癌相似, CT 常表现为孤立性结节或团块, 支气管镜检查常见病变侵犯支气管管腔, 早期易转移侵犯纵隔和肺门淋巴结。与原发黑色素瘤不同, 转移性肺黑色素瘤常表现为多个结节或团块, 少见侵及支气管管腔, 并很少发生纵隔肺门淋巴结转移。部分黑色素瘤病例无明显的黑色素沉着现象, 通过免疫组化方法可进行鉴别诊断, 大多数病例都是通过术后病理免疫组化方法明确诊断。

目前认为肺原发黑色素瘤的治疗与非小细胞肺癌相似, 采取包括手术、放、化疗在内的多种综合治疗方法。治疗首选手术切除, 手术切除是患者长期生存的关键。即使原发病灶不明确, 肺内发现单一病灶, 手术切除肺转移灶亦是首选治

疗方法, 仍可使患者受益, 研究表明 5 年生存率可达 25%^[3]。如肺黑色素瘤已诊断明确, 建议术前全面检查, 可行 PET-CT 检查, 排除其他部位转移情况, 如无其他转移病灶, 则手术切除并清扫淋巴结, 相关报道研究显示近半数患者出现淋巴结转移情况^[4], 淋巴结转移往往提示预后不良, 淋巴结清扫可使患者获益, 故手术方式首选肺叶切除+淋巴结清扫术。术后建议辅以化疗、放疗和个体化综合治疗。内科化疗首选达卡巴嗪 (DTIC), 其余药物有福莫斯汀、铂类和紫杉醇等。肺黑色素瘤对放、化疗不敏感, 但有报道显示化疗联合用药可提高其治疗效果。替莫唑胺的临床应用使部分患者受益, 预防和治疗脑转移有效率较高, 可有效延长患者生存期。在生物治疗方面, α -干扰素曾一度被推荐, 但对其应用剂量存在较大争议; 另外白细胞介素-2 高剂量应用可使晚期黑色素瘤患者受益。随着靶向药物的研究, 有索拉非尼、贝伐单抗、抗 Bcl-2 单抗、CTLA-4 单抗、CCI-779 等药物联合达卡巴嗪治疗黑色素瘤研究的报道^[5], 但疗效尚不明确。

肺原发性黑色素瘤预后差, 在短期内病情可迅速发展, 确诊后生存期多在 1 年以内, 即使手术切除后的病例也大多在 2 年内复发或转移死亡, 恶性程度极高。本病例术后未进行放、化疗治疗, 仍在密切随访中。现关于本病的报道少见, 目前还没有关于该病的指南性治疗报道。

参考文献

- [1] Ost D, Joseph C, Sogoloff H, et al. Primary pulmonary melanoma: case report and literature review [J]. Mayo Clin Proc, 1999, 74: 62-66.
- [2] 张毅, 魏翔, 潘铁成, 等. 原发性肺恶性黑色素瘤的外科诊治 [J]. 临床肺科杂志, 2009, 14(12): 1633-1644.
- [3] Kunkel OF, Torrey E. Report of a case primary melanotic sarcoma of lung presenting difficulties in differentiating from tuberculosis [J]. NY State J Med, 1916, 16: 198-201.
- [4] 仝丽, 史亮, 蔡毅然. 肺原发黑色素瘤 1 例报告并文献复习 [J]. 北京医学 2014, 36 (6): 454-457.
- [5] 黄建达, 应骏, 赵伟和, 等. 原发性肺恶性黑色素瘤 1 例报告并文献复习 [J]. 浙江医学, 2010, 32(12): 1840-1841.

(上接第 74 页)

不光要默契配合主治医师完成手术操作, 在围术期, 应以患者实际情况为依据对其进行针对性护理。根据本文研究结果可知: 术后经过高质量护理之后, 患者各项生活质量评分得到了显著提升。由此可知, 给予颅骨骨瘤切除术患者高质量围术期护理, 能够对其生活质量的提升产生积极影响, 促进患者病情早日康复, 该护理方式方法应推广应用。

参考文献

- [1] 李样, 王秋香, 白素静, 等. 全程护理干预对恶性骨肿瘤保肢术患者身心康复的影响分析 [J]. 养生保健指南, 2019, 000(051): 119.

[2] 陈霞, 王兆民, 方斌, 等. 左肩巨大软组织肉瘤患者行左侧肩胛骨病损切除术的围术期管理和多学科团队协作诊疗一例 [J]. 上海医学, 2020, v.43(01): 55-57.

[3] 殷江敏, 韩娥娥, 吴齐飞. 1 例胸骨软骨肉瘤患者行 3D 打印钛合金胸壁重建术的围手术期护理 [J]. 中国临床护理, 2018(1): 91-93.

[4] 李丹, 王倩, 张伟玲, 等. 股骨七段骨肿瘤围手术期 DVT 的预防及护理 [J]. 糖尿病天地, 2018, 15(007): 258, 261.

[5] 王英莲. 膝周骨肉瘤患者行定制型全膝关节假体置换术的围术期护理 [J]. 基层医学论坛, 2018, 022(015): 2138-2139.