

嗜铬细胞瘤患者围手术期的观察与护理

刘莹¹, 李艳²

(1. 南华大学附属第一医院胸外科, 湖南 衡阳 421001; 2. 南华大学附属第一医院泌尿外科)

摘要: 探讨嗜铬细胞瘤患者围手术期的观察与护理, 对本院 16 例嗜铬细胞瘤患者的围手术期护理及观察方法进行回顾性总结。完善术前特殊检查, 充分做好患者的血压控制与扩容等术前准备和心理护理, 纠正心律失常等循环系统症状, 术后加强监测, 评估患者可能出现的并发症, 注重腹腔镜术后注意点, 能提高嗜铬细胞瘤患者手术成功率, 降低手术死亡率。

关键词: 嗜铬细胞瘤; 腹腔镜; 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B

嗜铬细胞瘤是起源于肾上腺髓质、交感神经节、副交感神经节的嗜铬细胞的肿瘤, 约占高血压患者的 0.1%~0.6%^[1], 可发生于任何年龄, 多见于 40~50 岁, 患者性别间无明显差异。高血压是最常见的临床症状, 发生率为 80%~90%^[2]。其可释放儿茶酚胺入血, 还可引起多器官功能及代谢紊乱的一种少见而凶险的功能性肿瘤, 可导致高血压危象、急性心衰、休克和心肌梗死等, 随时可能危及生命安全。手术治疗是最有效的治疗方法, 但存在较大的危险性。现将本院收治的 16 例嗜铬细胞瘤患者护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 16 例患者于 2009 年 1 月~2011 年 12 月在本院住院, 均根据《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 2011 版》^[1] 诊断明确。其中男 10 例, 女 6 例; 年龄 20~56 岁, 平均 38 岁。本组患者肿瘤部位: 左侧肾上腺 8 例, 右侧肾上腺 5 例, 双侧 3 例。5 例术前心电图大致正常, 11 例表现出心电图的改变, 如窦性心动过速、心律失常、传导阻滞、心肌缺血性等。伴不同程度头痛、心悸、多汗“三联症”者 13 例, 视力进行性下降, 视物模糊者 3 例。

1.2 方法

术前均行血、尿生化及尿香草杏仁酸检查, 影像

学 B 超、CT、MRI 检查, 根据病情使用 α 受体阻滞剂、 β -受体阻断剂、护心、扩容等。全部行手术治疗, 采用全身麻醉, 腹腔镜下经腹膜后行嗜铬细胞瘤切除术者 13 例, 腹腔镜下经腹腔行嗜铬细胞瘤切除术者 3 例。术后根据疾病特点进行护理, 持续心电监护, 加强病情观察, 防止并发症的发生。

1.3 术前护理

90% 的嗜铬细胞瘤是良性肿瘤, 手术效果好, 但由于麻醉和手术中血压容易波动, 肿瘤血运丰富, 肿瘤临近大血管容易引起大量出血, 做好术前准备是手术成功的关键。

1.3.1 心理护理 患者对疾病恐惧、害怕手术及知识缺乏, 加上瘤体分泌大量的肾上腺素和去甲肾上腺素, 患者情绪波动较大, 血压不稳, 轻微刺激即可导致血压波动, 使血压进一步升高, 增加出血等并发症的风险^[3]。医务护理人员根据患者的心理特点制定个性化护理措施, 针对存在的问题进行疏导。其次, 为患者做术前宣教, 向患者讲述疾病的发生、发展机制和临床症状特点, 术前充分准备的重要性, 腹腔镜手术的过程、优点、术后的注意事项、可能出现的反应及预后, 让患者能有效地配合与预知可能出现的情况, 树立战胜疾病的信心。

1.3.2 积极控制血压, 纠正心律失常等循环系统症状 因肾上腺嗜铬细胞瘤的瘤体分泌大量的儿茶酚胺, 使血管处于收缩状态而出现特有的血容量不足性高血压、窦性心动过速、心律失常、传导阻滞、心肌缺血性改变等病理生理特点, 严重者心肌梗死及左心衰随时可危及生命。因此术前充分扩容, 降血压、纠正心律失常等准备十分重要。遵医嘱使用 α -受体阻断剂或 β -受

体阻断剂,必要时护心。盐酸哌唑嗪:从 1 mg/天开始,逐渐增量,分次口服,本药为选择性 α_1 受体阻滞药,能拮抗 α_1 受体激动药引起的血管收缩和血压升高;口服吸收良好,服后 0.5 ~ 2 h 起效,1 ~ 3 h 达血药浓度峰值,作用可持续 10 h,降压作用与血药浓度不平行。本药可引起尿香草杏仁酸排泄增加达 17%,长期治疗时尿去甲肾上腺素代谢产物排泄增加可达 42%,所以用药前要完善相关尿香草杏仁酸的检查。用药后观察有无过敏反应,以便及时改药。主要不良反应是在服首剂后 0.5 ~ 2 h 容易出现直立性低血压,甚至晕厥,运动可使反应加重。所以做好用药知识的宣教工作,建立心电监护,监测心律及心率情况,嘱患者服药后卧床休息,不做快速起立动作,以免发生直立性低血压反应。再者盐酸哌唑嗪与 β -肾上腺素受体阻断药(如普萘洛尔)或利尿剂合用,降压作用加强而水钠潴留可能减轻,合用时密切观察血压,为医生调整剂量提供依据。严格遵医嘱每 12 h 或每 8 h 执行,不因任何二次给药间隔时间不一致导致血压的波动很大。但要注意的是在使用 β -受体阻断药前,应先使用 α -受体阻断剂,否则可引起血压进一步升高,心率若低于 90 次/分,则不需要使用 β -肾上腺素受体阻断药(如心得安)。术前药物准备充分的标准为:血压稳定在 16/10.7 kPa (120/80 mmHg) 左右,心率控制在 80 ~ 90 次/min,无阵发性血压升高、心悸、多汗等现象^[1]。禁用阿托品,防止加重心律失常。术前 10 ~ 14 天遵医嘱静滴低分子右旋糖苷、平衡液等,每天补充液量达 2 000 mL 以上,以扩充血容量。本组 8 例患者有心律失常、传导阻滞、心肌缺血性变化者,通过使用降压药、 β -受体阻断剂及护心处理,均能缓慢控制症状,顺利接受手术。有学者^[3]认为嗜铬细胞瘤患者尤其是已有心肌损害者,手术风险更大,但手术医生操作熟练,拥有比较完善的麻醉和手术设备,尤其是术前充分的准备,是平稳顺利完成腹腔镜下嗜铬细胞瘤切除的要点,并具有创伤小,出血少,恢复快,伤口美观,住院时间短等许多优点。

1.3.3 完善术前特殊检查与准备 24 h 尿儿茶酚胺及尿 3-甲氧基-4-羟基苦杏仁酸检查用于嗜铬细胞瘤的定性诊断,检查前向病人说明检查目的,注意避免食用对尿液检查结果有影响的食物及药物,如盐酸哌唑嗪、阿司匹林、异丙肾上腺素、硝普钠、硝酸甘油、维生素 B 族、香蕉、咖啡等^[4],服用前留 24 h 尿作检查。肯定儿茶酚胺增多后再行嗜铬细胞瘤的定位诊断:CT 或 MRI 扫描。此类患者采血次数多、采血量较大、有卧、立位要求的特点,采血前讲解化验检查的必要性,取得患者

的配合,避免不良情绪对化验指标的影响^[5]。术前必须再次复查心电图以判断心肌有无损害及程度,能否适应手术;预防腹压增高,如提重物、大声咳嗽、用力排便等,防刺激瘤体导致血压增高;避免灌肠,因为有诱发高血压发作的危险;备齐急救药物。

1.4 术后护理

1.4.1 生命体征的监护 密切注意生命体征的监护,特别是血压的变化,最好采取有创血压的监测,有利于动态观察血压的情况,使血压维持在低于未控制前 20% ~ 30% 的稳定状态。术后做到:(1) 深静脉置管保持静脉管道通畅,一条静脉通路用微量泵精确控制去甲肾上腺素的用量,根据血压调整去甲肾上腺素的泵入速度,使血压维持在所需要的水平,以使患者能够顺利渡过此阶段。另一条静脉通路用以补充血容量,监测血容量及心功能。(2) 每 30 min 至 2 h 监测中心静脉压,使中心静脉压维持在 4 ~ 12 cm H₂O,以此来判断补液的速度和量。(3) 准确记录 24 h 尿量,为补液提供参考。(4) 遵医嘱检测各项生化指标,防止水电解质紊乱的发生。本组患者出现 2 例持续性低血压,患者术后第 1 天出现血压下降,为 100 ~ 120/50 ~ 70 mmHg (术前血压为 160 ~ 200/90 ~ 110 mmHg),经微量泵精确控制去甲肾上腺素后效果不佳,给予低分子右旋糖苷、平衡液 1 000 mL 扩容后血压上升至 150/100 mmHg。

1.4.2 评估患者手术后可能出现的并发症 低血糖反应:肿瘤切除后,受抑制的胰岛素大量释放,继而引起低血糖反应。临床上患者除有头晕、心悸、全身乏力等低血糖症状外,还表现出持续性低血压。而低血糖所致的低血压,对药物及血容量的补充不敏感。术后应监测血糖,警惕低血糖性低血压。出血:术后 24 h 内观察伤口处有无渗血,尤其注意腹膜后引流液的颜色、量和性状。一般 24 h 内腹膜后引流液不超过 50 mL 的暗红色血性液,以后逐渐减少,术后 72 h 方可拔除引流管。如引流液每小时超过 100 mL 以上并呈鲜红色,同时伴有血压降低、中心静脉压降低、脉搏加快、面色苍白等症状说明有内出血的发生,应及时报告医生并输血、输液、给予止血药,做好第二次手术的准备。肾上腺危象:是嗜铬细胞瘤较为危险的并发症。对双侧肾上腺嗜铬细胞瘤摘除术后,肾上腺皮质可能有不同程度的缺血、损伤导致肾上腺功能不足而发生肾上腺皮质危象。患者术后 24 h 常表现为血压下降、四肢酸痛、腹痛,甚至嗜睡。术后 24 ~ 48 h 内绝对卧床,不能随意搬动

及改变患者体位,直到心率、血压平稳后方可在床上活动,观察无不适后,可于次日下午下床在床旁活动再逐渐过渡到病房内活动。患者术后 72 h 应密切观察病情变化,如出现恶心、呕吐、腹泻、周身酸痛、休克等症状,遵医嘱给予 5% GS 250 mL 加入氢化可的松 200 mg 静脉滴注,吸氧,连续应用 3 天,患者症状减轻至完全消失。本组患者无 1 例发生肾上腺危象。下肢静脉血栓形成:因患者术后卧床 3~4 天,于术后麻醉清醒后即开始进行双下肢的被动运动跖屈背伸,指导活动小关节,并作上下肢等长收缩,术后适当抬高下肢,应观察患者双下肢有无水肿、疼痛,如心率、血压平稳无不适后下床活动。

1.4.3 腹腔镜下手术后注意事项 (1)皮下气肿及肩背部疼痛:气腹建立后 CO_2 吸收引起,本组 3 例患者术后肩背部出现皮下气肿,捻发感,未作特殊处理,于 2~3 天症状逐渐消失。(2)疼痛的处理:本组患者术后 10 例使用静脉镇痛泵,2 例遵医嘱给予镇痛药物,患者术后疼痛刺激可引起血压波动,术后使用镇痛泵持续镇痛,可减轻患者的不适,提高患者舒适度,能促进患者早日下床活动。(3)因腹腔镜下行嗜铬细胞瘤切除术具有创伤小、应激反应轻、术后康复快等优点,但手术时间较长、特殊体位、人工气腹的影响,在术中对呼吸、循环等生理功能的影响远远大于开腹手术^[6],给术中麻醉管理及术后患者管理带来了一定困难,所以手术结束麻醉复苏后避免过早拔除气管导管,维持一定时间的机械过度通气,排出体内过多的 CO_2 ,维持中心静脉压稳定。

1.5 健康教育

(1)定期复查:术后 1 周复查儿茶酚胺和尿香草杏仁酸,出现高血压的患者随时复查,无症状的患者每年查 1 次,连续 5 年。(2)监测血压:少数患者术后血压仍高,其原因可能是长时期高血压使血管壁弹性减弱所致,如血压不稳定应及时到医院就诊。(3)术后 3 个月内避免从事重体力劳动,保持良好的精神状态和生活习惯。

2 结 果

本组 16 例患者,手术过程比较平稳,无剧烈血压波动,失血少,术中术后均未输血,手术时间 60~160 min,平均 100 min,术后 10 例使用静脉镇痛泵。均痊愈出院,无一例发生肾上腺危象。住院时间为 18~29 天,随访时间 10~12 个月,所有患者临床症

状均消失,经 CT 或 MRI 检查无肿瘤复发,各项生化指标均正常。

3 讨 论

嗜铬细胞瘤因其分泌大量的儿茶酚胺引起阵发或持续性的高血压以及一系列代谢紊乱症候群,病情凶险,手术风险大。(1)术前心理护理,使病人对疾病有充分的了解,消除顾虑和恐惧心理。(2)术前准备充分是手术成功的关键。术前准备充分的标准:血钾正常,血压平稳于 100~140/80~90 mmHg、夜尿减少。(3)术中与麻醉科、手术室多学科的充分合作,密切观察血压、心率、心律、 SpO_2 、 PaCO_2 等情况,防止频发室性早搏的发生。注意调整降压药及升压药的给药时机及滴速,使血压及血容量保持稳定。肿瘤组织切除前 30 s 应停止一切降压措施,并充分扩容,以防止儿茶酚胺骤降引起的低血压。术中应连续监测血压、心率、心电图、 SpO_2 的监测,以防室性早搏及室性心动过速的发生。(4)术后密切观察和正确评估病情和生命体征并做好记录,尤其要注意血压、中心静脉压、心率及尿量等的监测。(5)术后注意防止肾上腺危象和低血糖性低血压的发生。

总之,腹腔镜肾上腺手术近年来在临床已被广泛应用,具有术后损伤小,恢复快、出血少,痛苦轻等诸多优点,被绝大多数患者选择,但充分做好嗜铬细胞瘤的围手术期的观察与护理仍不容忽视,是手术治疗成功的关键,可以有效地降低手术的风险,提高治愈率。

参考文献:

- [1] 那彦群,叶章群,孙光. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 2011 版[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:364-372.
- [2] Zelinka T, Eisenhofer G, Pacak K. Pheochromocytoma as a catecholamine producing tumor: implications for clinical practice[J]. Stress, 2007, 10(2):195-203.
- [3] 段有军,李解方. 后腹腔镜肾上腺肿瘤切除术 15 例[J]. 南华大学学报:医学版,2010,38(4):507-511.
- [4] 石玉玲,陈蓓. 尿儿茶酚胺代谢物在嗜铬细胞瘤早期诊断中的临床意义[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2008, 24(9):913-914.
- [5] 张秋平,杨士杰,李领娣. 后腹腔镜肾上腺肿瘤切除术围手术期的护理[J]. 河北医药,2012,34(2):306-307.
- [6] 王虹,沈书斌,宋铁鹰,等. 后腹腔镜手术体位及气腹对循环和呼吸的影响[J]. 河北医药,2011,33(1):94-95.

(此文编辑:蒋湘莲)