

显微外科技技术整复腭裂患者的护理

玉 铭 吴 滨 王伯钧

(广西柳州医学高等专科学校第一附属医院口腔颌面外科, 柳州市 545002)

【关键词】 腭裂整复术; 显微外科技技术; 护理

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2010)06-0638-02

当今, 微创理念和显微外科技技术已越来越多地应用到各类手术。在腭裂的整复方面, 尽管对理想的腭裂手术方式仍存在有争议, 但术中尽可能地减少局部损伤, 并对腭部肌肉精细的解剖重建, 以达到恢复良好的腭部解剖生理功能和语音效果, 这一直是学者和临床医生所追求的目标^[1]。我科于2008年12月至2010年6月采用显微外科方法进行腭裂整复手术82例, 取得良好效果。腭裂显微外科技技术的运用, 对护理工作提出了更细致的要求, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者共82例, 均为一期腭裂手术患者, 男43例, 女39例; 年龄2.5~6.0岁, 其中完全性腭裂52例, 不完全性腭裂30例。采用3.0X便携式手术放大镜, 显微手术器械和带注射针头的改装电刀, 更精细地解剖、分离、对位、缝合, 减少术中组织的损伤和出血。本组82例中, 完全腭裂52例均双侧加作松弛切口; 不完全腭裂30例中有19例未作松弛切口, 11例加作松弛切口。无1例发生术后出血, 伤口愈合佳, 一期愈合率100%。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 术前宣教和指导 ①向每位患儿及家属发放《唇腭裂防治知识手册》, 并详细讲解腭裂相关知识; ②保持个人卫生, 剪指甲、勤洗澡、更衣等; ③注意饮食卫生、合理, 避免腹泻; ④保持口腔清洁卫生, 每餐后开水漱口; ⑤注意防寒保暖, 避免感冒发烧。

2.1.2 心理护理 ①先天性腭裂多合并唇裂畸形, 患儿吐字不清, 常有自卑心理和不合群心态, 护理人员要关心、同情患者, 用热情的态度和熟练的技术获得患儿及家属的信赖; ②有的患儿家属对术后期望值极高, 处于急切、兴奋状态, 护理人员应与其沟通, 及时疏导不良心理, 调整患儿及家属心理状态, 使其保持一种安稳的情绪迎接手术; ③列举手术成功的经验, 并耐心讲解配合手术对手术取得成功的重要意义, 用爱心感动患儿及家属, 做好看病的心理护理工作, 鼓励其树立坚定信心, 持之以恒^[2], 使患儿及家属心理达到最佳状态, 更好地配合手术治疗。

2.1.3 术前准备 ①完善各项术前检查, 全面评估患儿健康状况及体重、营养发育状况; ②术前3d用含漱剂, 保持口腔清洁; ③术前1d做好各种皮试, 必要时遵医嘱备血; ④术区准备: 术前1d清洁面部、唇部、鼻孔、口周备皮。

2.2 术后护理

2.2.1 麻醉护理 全麻未清醒者按全麻术后护理, 予平卧侧头位, 心电监护, 氧气吸入, 注意清理口咽及呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅。

2.2.2 术口护理 应用显微技术整复腭裂术后, 尽管手术较一般手术损伤小, 但术口护理要求更为细致: ①密切观察术口情况, 如有频繁的吞咽动作, 或有面色苍白、脉弱、体冷出汗等休克前症状, 应立即报告医生积极采取处理措施, 如术口有少许渗血, 可予明胶海绵压迫止血; ②清理口内分泌物动作必须轻柔, 吸引器负压调至正常值最低范围, 尽量勿触及术口。

2.2.3 饮食护理 术后饮食护理极其重要, 术后加强饮食护理是保证创口愈合的关键: ①全麻清醒后6h可进食流质, 注意温度不能太烫, 以温凉为宜; ②术后2周内给予流质饮食, 并注意保证营养均衡, 可予牛奶、鸡汤、骨头汤、果汁等, 督促家属切勿让患儿吃有渣食物和硬食物, 以免不利于创口愈合或创口裂开; ③进食时禁用吸管吸吮, 选用汤匙进食; ④第3~4周予半流质饮食, 第5周改用软食或普食; ⑤不能进食的患儿, 可适当补充液体。总之, 由于要求流质饮食时间较长, 往往很多患儿及家属不能配合, 护理人员要耐心做好饮食的宣教指导, 让患儿及家属知道饮食要求的重要性, 并严格按照要求配合。

2.2.4 口腔护理 保持口腔清洁是减少术口感染和促进创口愈合的重要因素: ①每次进食后都要用开水漱口, 并要求含漱口口水应尽量大口些, 保证腭咽后壁术口能清洁到位, 防止食物黏附于创口, 引起伤口感染; ②每日口腔冲洗2~3次: 护理人员用50mL一次性注射器, 将针头改良, 使其变钝并光滑, 弯曲45度角, 吸取生理盐水后成“Z”字冲洗腭部, 动作轻柔, 勿触及创口, 并注意清洁两侧颊部^[3]; ③对较大且配合的患儿, 可予氯己定含漱, 每日数次。

2.2.5 患儿管理 本组病例年龄2.5~6岁, 患儿年幼不懂事, 哭闹、吸指、抓挠创口等均会造成创口出血甚至裂开, 必须加强家属及患儿的管理: ①进食时要有人监护, 避免汤匙等触及创口; ②对哭闹、有吸指习惯的患儿, 可用玩具等分散其注意力; ③要求家属严密监护患儿, 尽量不让其有独处的机会; ④小儿机体免疫力低, 体温调节易受外界环境因素影响, 要特别注意气温变化, 并注意保暖, 预防上呼吸道感染, 防止因咳嗽而影响创口愈合。

2.2.6 出院指导 术后1个月复查, 指导患儿家属用拇指按摩患儿腭部, 由硬腭后缘向悬雍垂方向轻轻按摩, 加快软化瘢痕组织和有助于增加软腭的长度; 指导患儿练习发“啊”音及高声唱歌并练习吹水泡、吹纸条、吹口琴、笛子等; 术后3个月练习念拼音字母, 先发单音、元音, 后发辅音。须严格要求患儿

并多加鼓励,循序渐进、持之以恒是语音训练的关键^[4]。同时,通过不断对患儿家属的心理支持,更加完善唇腭裂患儿的序列治疗。

3 讨论

显微外科技术是指借助手术显微镜或放大镜,用精细的手术器械和缝合材料,对较细小的组织进行精细手术操作的一种外科技术;其含义不仅仅是选择小切口,更为重要的是它所采用的各种操作对组织和器官损伤最小,对局部功能影响最小,全身或局部炎性反应最轻。随着显微外科的发展及应用,临床各科的治疗效果有了很大提高^[5]。把微创理念和显微外科技术引入腭裂整复手术将是今后的发展方向^[1],同时也对护理提出了更细致的要求。本组82例运用显微外科技术整复腭裂术后创口,切口无感染、大出血、裂孔等并发症,均为一期愈合,无复裂,治愈率100%。通过加强术前宣教、心理护

理,加强术后麻醉护理、术口护理、饮食护理、口腔护理、小儿管理等,使患儿及家属配合手术治疗,提高了手术成功率,减少了并发症的发生。

参 考 文 献

- [1] 吴滨,王伯钧,韦进,等.显微外科技术在腭裂整复中的应用[J].中华显微外科杂志,2010,33(2):76-77
- [2] 廖林英,欧阳冰.433名“微笑列车”唇腭裂修复患儿看病对护理需求的调查分析[J].广西医学,2009,31(6):901-902
- [3] 玉铭.小儿腭裂整复术开放松弛切口的护理[J].华夏医学,2008,21(2):361
- [4] 高玉菡,张振环.腭裂修复术患儿术后的护理[J].吉林医学,2006,27(10):1221
- [5] 朱家恺,庞水发.把我国显微外科推向21世纪新里程[J].中华显微外科杂志,2000,23(1):5-7

(收稿日期:2010-08-27 修回日期:2010-11-15)

改良微创锥颅术治疗高血压脑出血的护理

叶钦清

(广西钦州市第二人民医院神经内科,钦州市 535000)

【关键词】 微创锥颅术;脑出血;高血压;护理

【中图分类号】 R 473.5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2010)06-0639-02

高血压脑出血是神经内科常见急危重症之一,发病率为60~80/10万,病死率、致残极高,急性期的病死率为30%~40%^[1]。改良微创锥颅血肿穿刺引流术是治疗高血压脑出血的有效方法,其创伤小,费用低,简单易行,不易感染,效果确切。2007年6月至2009年5月我科用此方法治疗高血压脑出血75例,治疗效果满意,现将护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者75例,其中男性51例,女性24例,均经头颅CT平扫显示脑出血,出血量在15~110 mL,年龄28~78岁,平均62岁。既往均有高血压病史,其中基底节区出血51例,脑叶出血8例,外囊出血6例,破入脑室10例,全部病例均有手术适应证。

1.2 治疗方法 选择最佳穿刺时间,即脑出血后发生继续出血常在24 h内。尹延河等^[2]研究有60.6%继续出血发生在起病24 h内,且6 h内最多。穿刺适宜的时间从出血24 h 6 h左右为最佳。根据CT定位在血肿侧头皮上画出血肿投影,避开头皮下动脉及重要脑功能区,确定穿刺点,常规备皮消毒,铺巾,2%利多卡因局麻,麻醉充分后开始锥颅,锥颅成功后把特制的硅胶引流管置于血肿中心部位,用20 mL无菌注射器接引流管缓慢抽吸已液化的部分血肿,然后给血肿腔注入尿激酶1万~2万U,夹闭引流管,接引流管及闭式引流袋于床旁,头皮缝合固定引流管,包扎穿刺口,1~2 h后开放夹闭的引流管观察引流情况。24 h后复查头颅CT一次,视血肿

情况必要时调整引流管深度,每天冲洗1~2次,3~5 d后血肿清除80%或无引流物引出时拔出引流管。

1.3 结果 完全恢复日常生活26例,部分恢复日常生活37例,卧床不起但保持意识7例,植物状态1例;4例死亡,其中3例因再出血并发脑疝抢救无效死亡,1例因应激性溃疡并发上消化道大出血致循环衰竭死亡。

2 护 理

2.1 术前准备 ①术前向病人及家属说明手术的目的、重要性及手术可能发生的意外,使之消除顾虑,积极配合,以利于手术顺利完成。②为了防止或减少穿刺治疗中再发出血,应根据病人具体情况控制血压,术前给予20%甘露醇125~250 mL,减轻脑水肿,降低颅内压,以减少术中呕吐引起窒息。③给予床边心电监护,持续吸氧,备好吸痰管及急救药品,严密观察术中病情变化。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察 密切观察意识、瞳孔、血压、脉搏和呼吸的变化,判断有无颅内再出血、脑水肿及脑疝的发生,术后若病人昏迷转浅、瞳孔等大等圆、对光反射灵敏、头痛减轻、血压、呼吸平稳,提示病情好转;反之出现瞳孔进行性扩大或瞳孔不等大,对光反射迟钝或消失、意识障碍程度加深、伴有血压升高、脉搏呼吸减慢等提示病情恶化,提示发生再出血,应立即报告医生及时处理。本组有4例在术后出现烦躁,意识障碍程度加深,瞳孔对光反射消失,血压升高,紧急复查CT,提示出血量增