

并多加鼓励,循序渐进、持之以恒是语音训练的关键<sup>[4]</sup>。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<sup>[5]</sup>。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<sup>[1]</sup>,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%<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>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

多,给予积极降颅压、脱水等对症支持治疗,1例病情得到控制,2例因并发脑疝抢救无效死亡,1例家属签字自动放弃治疗。

2.2.2 引流管护理及引流液观察 妥善固定引流管,保持引流管通畅,引流袋应固定于穿刺点上 10~15 cm,过高不利于引流,且管内液体返流入颅内引起颅内感染,过低会产生“拔罐”效应,使血肿腔负压增大引起再出血<sup>[3]</sup>。液态和半固态血肿的抽吸量,以不超过血肿量的 30% 为宜,血肿余下部分可通过以“等量交换”冲洗及引流方法排出,避免颅内压快速下降引起再出血,提高手术的安全性<sup>[4]</sup>。密切观察引流液的量及颜色变化,并做好记录。术初引流液通常为暗红色的陈旧性血液,以后颜色逐渐变淡,若血肿与脑室相通,引流液可混有脑脊液。若引流出鲜红色血液且量较多时,提示有活动性出血,应报告医生及时处理。如出现引流不畅,检查是否为引流管受压、扭曲或血凝块堵塞引起。如为血凝块堵塞,可轻轻挤压引流管,仍未解除者,可用无菌注射器轻轻向外抽吸,并适当调整穿刺针以利引流。本组 5 例术后出现引流不畅,经采取上述方法均可保持引流通畅。翻身及搬运病人时注意勿过度牵拉引流管,昏迷病人注意约束健侧肢体,防止自拔引流管。

2.2.3 呼吸道管理 注意保持呼吸道通畅,昏迷者取平卧位,头偏向一侧位,防止误吸,并做到定时翻身、拍背,及时吸出呼吸道分泌物,观察痰液的性状、颜色,如发现痰液增多,且有体温发热,应考虑有呼吸道感染,可做痰培养选择敏感抗生素。本组有 28 例合并肺部感染,经综合治疗控制了感染。

2.2.4 基础护理 常规做好各项基础护理工作,如眼睛护理、口腔护理、皮肤护理等,注意保持大小便通畅,防止用力过度导致血压升高诱发再出血。

参 考 文 献

[1] 谭 翱.不同手术方法治疗高血压脑出血的疗效分析 [J]. 广西医学, 2008, 30(2): 185-187

[2] 尹延河,朱俊岭,高龙飞,等.脑出血后继续出血的临床研究 [J]. 临床神经病学杂志, 2003, 12(6): 359

[3] 杜品静,赵文清.颅内血肿微创清除术 [J]. 微创医学, 2008, 3(1): 76-77

[4] 梁奕添.微创血肿清除术治疗高血压脑出血 45 例 [J]. 广西医学, 2010, 32(4): 445-446

(收稿日期: 2010-09-09 修回日期: 2010-10-27)

## 6例小儿漏斗胸 Nuss手术围术期的护理

马小玲 罗玉华\* 黄红燕 韦 琦 陈志琼

(广西医科大学第一附属医院胸心外科,南宁市 530021)

【关键词】 漏斗胸; Nuss手术; 护理

【中图分类号】 R 473.72 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2010)06-0640-02

前胸壁胸骨中下部与其两侧肋骨异常向后弯曲凹陷呈漏斗样畸形,称之为漏斗胸<sup>[1]</sup>。我院胸心外科自 2010年 7月以来共收治小儿漏斗胸行 Nuss手术 6例,取得了良好的效果,现将护理体会报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 6例漏斗胸患者,男 4例,女 2例,年龄 4~11岁,平均 6岁,术前均行胸部 X线、CT 及 ECG 等检查,测量 Haller 指数,评估心肺受压、畸形程度、胸骨扭曲及肋骨软化等情况。确诊后在电视胸腔镜下行 Nuss手术矫治,手术顺利,术后住院 4~5 d 均无并发症发生,痊愈出院。

1.2 手术方法(Nuss手术) 在全麻下患儿取双上肢外展平卧位,在左右腋前、腋中线之间与漏斗最低点,两侧最高点连线各做一个 2 cm 切口,于右侧切口下一肋做一个 1 cm 切口置入胸腔镜,直视下借用导引条把合金钢板放在胸骨凹陷的最低处,借用翻转器行胸骨抬举术,并固定二侧钢板<sup>[2]</sup>。

1.3 结果 本组 6例患儿均在气管内插管静脉麻醉下成功行 Nuss术,术后均回 CCU 监护,拔气管插管后返回病房,术后平均 4~5 d 痊愈出院,住院期间未出现钢板移位,无肺部等并发症发生。

症发生。

### 2 护 理

#### 2.1 术前护理

2.1.1 患儿心理护理 根据患儿的不同年龄和心理特点进行心理疏导。学龄前期的患儿由于对事物的反应能力差,语言表达不全面,对穿白色工作服的医务人员会产生恐惧感。护士应多和他们接触,多使用非语言式沟通如抚摸、微笑、表扬等,必要时可与他们一起玩游戏和给他们讲故事等,拉近彼此间的沟通距离,消除他们对医护人员的恐惧感;学龄期的患儿因为胸廓外形异常,心理难免会产生不同程度的自卑感。护士应多与之交流,与他们聊相同疾病手术成功的事例,必要时可通过成功患儿的现身说法等途径,消除他们的紧张及焦虑的情绪,坚定他们战胜疾病的信心。

2.1.2 家属心理护理 告知手术的方法、过程,介绍 Nuss 手术的优点,使 them 能认识 Nuss 手术与胸骨翻转术的区别,给他们观看 Nuss 术后恢复、美观胸部的图片,消除家属对手术安全及治疗效果的忧虑,以乐观积极态度配合治疗,帮助患儿进行术后早期康复活动。

2.1.2 术前呼吸功能训练 漏斗胸患儿运动耐受量低,肺活

\* 通讯作者