

1971 年她在《Nursing: The Concept of practiae》一书中详细阐述了自理模式及 3 个相关理论结构, 广泛应用于护理教育、科研和临床实践^[5]。护理的最终目标是促进、维持和恢复个体的自理能力, 克服和预防自理缺陷的发展。Orem 的自我护理模式既适用于不同的护理对象, 也适用于同一护理对象的不同阶段, 护士可以根据患者的自理能力和治疗性自理需求灵活采用 3 种护理系统, 选择最佳的护理方法帮助患者^[6]。下肢动脉硬化闭塞症是一种慢性疾病, 介入治疗后患者的症状虽有很大改善, 但仍需坚持服用抗凝药和肢体锻炼, 从表 1 可见, 两组患者在合理饮食方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 观察组患者在坚持服药、科学锻炼、戒除烟酒方面明显优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), Orem 自理模式对于提高 ASO 患者的自理能力效果明显。

3.2 Orem 自理模式能提高患者的生活质量, 减少对他人的依赖 WHO 指出, 21 世纪个体、家庭和社会对满足健康需求的影响举足轻重, 自我护理将成为发展趋势^[7]。对观察组患者实施 Orem 自理模式的目的是让患者懂得自理能力的重要性, 掌握相关专业知识和运用于日常生活中, 每天坚持步行锻炼, 正确掌握 Buerger 运动方法^[8]以促进侧支循环的建立, 坚持每天正确服用抗凝药、降脂药及血管扩张药, 严格控制血压, 延缓动脉硬化的进程^[9], 定期到血管专科门诊复诊。Orem 自理模式是理论与实践相结合的自我护理方式, 使患者减少对他人依赖, 有助于患者回归家庭和社会, 提高生活质量, 极大程度上维护了患者的自尊^[10]。在表 2 中观察组患者的 ADL 评分明显高于对照组, 表明观察组患者日常生活能力优于对照组, 生活质量明显提高。

综上所述, Orem 自理模式充分体现了以患者为中心的护理思想, 能充分调动和激发患者的主动参与意识, 减少对他人依赖, 恢复自信和正常的社会功能, 从而有效地提高了生活质量^[11-12]。

参考文献:

[1] 黄晓晖, 郑碧环. Orem 在下肢动脉硬化闭塞症患者介入·临床护理·

术后护理中的应用[J]. 当代护士, 2011(6): 28-29.

- [2] 段洁, 吴爱须, 张丽芳, 等. 下肢动脉硬化闭塞症合并糖尿病患者介入治疗护理[J]. 河北医药, 2010, 32(10): 2924-2925.
- [3] 章稼. 康复功能评定[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 141.
- [4] 应少聪, 周向东, 周丽华, 等. 运动训练联合心理激励对慢性阻塞性肺疾病患者生活质量的影响[J]. 南方医科大学学报, 2013, 33(9): 1312-1315.
- [5] 张小丽, 汪凤兰, 陈颖, 等. Orem 自护理论指导系统干预方法对急性卒中患者生活质量的影响[J]. 现代预防医学, 2011, 38(9): 1718-1719.
- [6] 张立琴, 杨新月. 奥瑞姆自理模式在我国护理实践中的应用[J]. 中国护理管理, 2007, 7(7): 40-43.
- [7] 饶春燕. 奥瑞姆自理理论在心血管介入治疗护理中的应用[J]. 医药前沿, 2012(3): 114-115.
- [8] 方云云, 王红魏, 俊玲, 等. 下肢动脉硬化闭塞症 PTA 治疗的围手术期护理[J]. 光明中医, 2012, 27(3): 567-568.
- [9] 刘美莲, 陈耀强, 叶凤珍, 等. 护理干预对妊娠高血压综合征患者生活质量影响的研究[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(3): 281-283.
- [10] 张岩, 尚少梅, 赵军. 下肢动脉硬化闭塞症患者生活质量与应对方式的相关性[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(9): 624-626.
- [11] 林朝芹, 关风光. Oerm 自理理论在社区老年人护理中的应用现状[J]. 全科护理, 2011, 9(2): 343-345.
- [12] 郭琴, 杨昌凤. 全髋关节置换术后并发症的观察及干预护理[J]. 激光杂志, 2011, 32(4): 83.

(收稿日期: 2013-09-13 修回日期: 2013-11-09)

儿童微创人工耳蜗植入术的手术护理*

周颖, 周静, 李琦[△]

(南京医科大学附属南京儿童医院耳鼻咽喉科, 南京 210008)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.05.051

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)05-0636-03

儿童重度-极重度感音神经性耳聋(sensorineural hearing loss)是导致听力语言残疾的主要原因, 人工耳蜗植入是一种可以帮助听力残疾人群恢复听力和语言交流能力的电子生物装置^[1]。迄今为止, 国内外的人工耳蜗手术植入经验表明, 人工耳蜗植入治疗可以获得满意的听觉言语康复效果^[2]。微创、保留残余听力的人工耳蜗植入术采用新型的 2.5~3.0 cm 小

切口取代传统的 4~6 cm 大切口, 应用皮肤、皮下切口位置错离技术和小术腔技术, 圆窗膜进路插入电极取代传统的鼓岬打孔法, 较传统手术有较多的优势。随着微创小儿人工耳蜗植入的迅速增加, 也给手术护理提出更高的要求。本组 30 例患儿全部于全麻下行微创人工耳蜗植入术, 经过精心的手术护理, 顺利开机和语言康复, 现将结果报道如下。

* 基金项目: 江苏省科教兴卫重点医学人才项目(RC2011028)。 作者简介: 周颖(1977-), 主管护师, 本科, 主要从事小儿耳鼻咽喉科整体护理、心理护理。 [△] 通讯作者, Tel: 18951769528; E-mail: liqi71520@sina.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 7 月至 2012 年 12 月,本科共为 30 例重度-极重度感音神经性耳聋患儿实施人工耳蜗植入,其中男 19 例,女 11 例,年龄 8 个月至 6 岁 1 个月,平均(16.5±12.2)个月。均为生后听力筛查未通过,进一步诊断性听力学检查诊断为双侧重度-极重度感音神经性耳聋,无严重的耳蜗畸形,听神经功能良好,智力发育良好。病因:遗传及孕期原因 8 例(遗传性聋 6 例,孕期病毒感染 2 例),产程原因 2 例(早产 1 例,宫内窒息 1 例),后天致聋 7 例(大前庭水管综合征 6 例,药物中毒 1 例),原因不明 13 例。

1.2 植入电子耳蜗类型 采用奥地利 Flex soft 系列电极。

1.3 手术方法 距乳头尖上方 5 mm,距耳后沟 5~10 mm 纵行切开皮肤 2.5~3.0 cm,开放乳突腔—开放面部神经隐窝—挑开圆窗膜—固定植入体—植入电极—电极测试—缝合切口—神经反应遥测检测电极。手术平均时间(69.0±10.5)min,术中出血(31.2±12.4)mL。

1.4 护理方法

1.4.1 术前护理

1.4.1.1 术前检查 包括听力学检查、颞骨 CT 扫描和 MRI、血常规、血生化、凝血功能、心电图、胸片检查等。

1.4.1.2 术前护理培训 手术医生讲述有关电子耳蜗的性能,工作原理,微创人工耳蜗植入术的手术要点。微创人工耳蜗植入切口小,术前不需备皮,可以明显减轻对于患儿的心理影响,此手术方法可以最大程度减少患儿的手术体验。

1.4.1.3 心理护理 术前要作好患者及家属的心理疏导工作。多数患者家属迫切希望通过手术使患者获得正常的听力,但是人工耳蜗并不能完全替代生物体耳蜗,术后听功能的恢复需要通过长期系统地训练和学习。所以要告知患者及家属手术后听觉言语训练的长期性和必要性,以取得配合。

婴幼儿的心理护理和年龄较大的儿童有很大的不同,重度-极重度感音神经性耳聋患儿只能通过视觉和触觉来感知,手术前护士应给家长及患儿心理上的信心。首先应做好与患儿家长的沟通,掌握患儿日常行为习惯和异常行为习惯,了解患儿习惯动作所代表的需求及所表达的情绪变化。患儿大声啼哭时将其轻轻抱起,用手慢慢的拍他,使患儿产生一种安全感。为患儿做静脉穿刺前把患儿的小手放在你的手上,治疗完毕及时给予表扬、鼓励性的手势,伸出大拇指或拍拍手,使患儿增强自信心,产生对你的信任感。患儿虽有听语障碍,但却具有敏锐的观察力,因此护士一定面带微笑,态度和蔼,多巡视患儿,做一些力所能及的游戏,为患儿创造轻松愉快的康复环境,消除其恐惧心理,使患儿产生对你的亲切感,促进患儿的康复。

聋儿家长的心理负担更重,对手术的成功与否影响很大,要耐心细致解答他们提出的每一个问题。要向其强调微创手术相对传统手术切口小、创伤小、恢复快、痛苦少,残余听力能够最大限度地保留,耳蜗内结构最大限度的保留,可以为再植入或今后更为先进的治疗方法提供空间。

1.4.1.4 胃肠道准备 为防止在麻醉中呕吐物误吸窒息,术前应该禁水 4 h,禁食 6 h,并于术前 30 min 遵医嘱按患儿千克体重肌肉注射阿托品和苯巴比妥,阿托品减少唾液或胃液的分泌,苯巴比妥起到安定患儿情绪,减轻恐惧心理的作用。

1.4.1.5 感染及出血的预防 为防止术中出血及术后感染在

术前 1 d 按医嘱静脉滴注止血药,术前 1~2 h 静脉滴注抗生素。术前可以不用备皮,用肥皂水清洗局部头发,再用乙醇擦洗 2 次。

1.4.1.6 做好查对制度 术前接患儿时责任护士、麻醉师、家长三方再次核对患儿的信息,对手术部位确定无误后,责任护士和麻醉师共同在患者手术交接单上签字,患儿术后回病室时需再次核对并签字。

1.4.2 术中手术配合

1.4.2.1 器械准备 专科护士准备耳科常规手术器械,人工耳蜗植入模型等,术中用药盐酸肾上腺素,地塞米松用于内耳减轻水肿,透明质酸钠滴于圆窗处防止外淋巴液流出^[3]。

1.4.2.2 巡回护士配合 术晨巡回护士核对术前准备完成情况,协助麻醉师实施麻醉。患者去枕术耳向上头侧位,同时注意使用头圈勿使手术对侧耳受压,双眼睑涂金霉素眼膏保护眼角膜。巡回护士协助洗手护士按无菌操作套好灭菌显微镜套,连接好电凝、电钻、吸引管,并调节好各仪器的参数,注意电凝参数随止血部位的不同会有调整。术毕绷带加压包扎,预防头部皮瓣水肿形成,减轻术后水肿。麻醉苏醒过程中,巡回护士在旁守护,严防术侧受压,头部过于激烈运动,待自主呼吸恢复,生命体征稳定,与麻醉师一同护送患者至复苏室并与护士做好交班。

1.4.2.3 洗手护士的术中配合 (1)手术台上药物的配备。按医嘱配制肾上腺素盐水(0.9%NaCl 注射液 10 mL 联合肾上腺素 2 滴),在术耳切口处皮下注射,以减少切口出血。标记手术台上药物,以防混淆造成错误。(2)熟悉手术程序及精细手术器械使用、保养。筛区入路部分开放乳突(3.5 mm 切割钻头),乳突皮质保留一骨檐(扁桃体吸引器头),开放鼓室入口,打开上鼓室,见砧骨短突,磨薄外耳道后壁(耳科吸引器头),自面隐窝入路进入(1.8 mm 金刚砂钻头)。3-0 可吸收缝线用于固定耳蜗接收器、4-0 可吸收缝线与 4-0 滑线用于皮下缝合。术毕整理器械时,显微器械、特殊器械和普通器械应分开清洗,以免碰撞损坏器械。

1.4.3 术后护理

1.4.3.1 安全的护理 全麻未清醒前,置患儿去枕平卧,头偏向健侧,给予心电监护密切观察患儿生命体征的变化并保持患儿呼吸道通畅,给予氧气吸入,备好抢救物品或药品。微创手术采用独特的小术腔和电极固定技术,术后 4~5 h 后就可以适当活动,避免头部剧烈运动,

中耳鼓室通过咽鼓管和鼻咽部相通,告知患儿家长术后鼻腔流出少量鲜血是正常现象。术后加压可以避免局部血肿形成,局部应加压包扎 3~4 d,如渗出不多可不予更换。微创手术术后疼痛轻微,但是细致周到的生活护理,满足患儿的要求,创造患儿喜欢的环境、气氛、活动等转移患儿注意力。

1.4.3.2 环境与饮食 术后保持室内适宜的温度与湿度,加强室内通风,加强营养,以防感冒引起咽鼓管阻塞,同时感冒打喷嚏增加切口张力而影响手术效果和手术切口的愈合。给予流质或半流质。术后应多饮水,保持大便通畅,防止因为伤口的压力增高、渗出增多而影响伤口的愈合。

1.4.3.3 创面的护理 注意观察加压包扎的压力是否合适,如过紧或过松应请示医生及时调整。每日观察切口敷料的渗液渗血情况,切口有无红肿血肿形成,皮肤有无坏死,如有异常

及时通知医生并配合处理。

1.4.3.4 并发症的预防及处理 感染:为防止术后感染术后应遵医嘱静脉滴注抗生素 3~4 d,严密观察切口的变化。面神经的损伤,是由于手术时损伤面神经所致,术后应观察患儿是否有口角歪斜,患侧眼睑不能闭合,患侧前额皮肤不能皱起,如出现应及时告知医师。耳蜗植入术后面肌抽搐:可能为电流通过硬化的骨壁传导所致面神经受刺激,可通过调机关闭相应的电极可能得到解决。眩晕:询问观察有无视物旋转、恶心、呕吐、耳鸣眼震等症状,注意区分眩晕的性质,观察眩晕时间及伴发症状。告知患者及家属术后眩晕是正常反应,短期内会缓慢恢复。

1.4.4 出院指导

1.4.4.1 开机调试 对于选择术后出院开机调试的,术后 1 周可以开机调试,术后调试主要是通过外部语言信号处理装置,利用相关软件为患者选择合适的言语编码策略,设定最利于患者康复的参数。一般视情况开机后的第 1 个月内每周调机 1 次,以后每半个月或 1 个月调机 1 次,待听力稳定后调试时间的间隔逐渐延长,最终 1 年调机 1 次,由医院或植入中心完成。

1.4.4.2 康复训练 术后语言康复训练是人工耳蜗植入的一个不可或缺的一环^[4]。告知家长对人工耳蜗植入结果要有正确的期待值,人工耳蜗的儿童听觉言语康复,不是一朝一夕能够实现的,医护人员、家长、学校老师必须相互配合,运用正确的方法,坚持持久的训练才能达到康复的目标,家庭条件允许的可到专门的语言康复中心接受系统的康复训练^[5]。

1.4.4.3 注意事项 由于磁力可作用于电子耳蜗的磁性部分,因此患儿应避免到强磁场及高压电场中去,不能做核磁共振检查,指导患者在日后接听移动电话时应用耳机接听,平日应穿全棉质衣服,注意维护和保养内植部分,避免潮湿和淋雨,注意及时更换电池,使用中如遇问题应及时来院或与人工耳蜗公司联系并处理。

2 结 果

本组 30 例均为顺利植入全部电极,手术过程顺利,无较大并发症出现,2 例患儿(8、12 个月)术后出现皮瓣肿胀。术后常规应用可通过血脑屏障抗生素 3~4 d 预防感染,皮内连续缝合伤口,术后 5 d 拆线出院。术后 1 周开机和调试显示所有电极均能正常工作。

3 讨 论

本组 30 例患儿都是双侧重度-极重度聋,必须行人工耳蜗植入才能使他们获得说话的能力和机会而回归主流社会。但是家长和患儿对这样的手术都存在严重的恐惧焦虑的心理,对手术效果信心不足,直接影响患儿围术期情绪及术后恢复状况。心理护理不仅是保证手术成功的重要因素,同时也是提高术后言语康复减轻聋儿及家长负性心理影响的重要手段^[6]。通过术前与家长进行详细的思想沟通,向家长说明采用微创人工耳蜗手术的优势,加之人性化的心理护理,充分的术前准备,有效增加了医患信任度。

微创人工耳蜗手术切口小,于只需做 2.5~3.0 cm 的切口即可完成手术(常规手术方式的切口长度 4~6 cm),符合舒适护理的美学要求^[7]。小切口大大减少了出血、缝合针数及切口的肿胀,术后瘢痕极少。因为切口反应小,外地患者和家长可以选择出院即开机的流程,减少患者往返麻烦,减轻了患儿的经济负担。

微创手术并发症少给术后护理带来了便利。有文献^[8]报道,262 例人工耳蜗植入术后出现 4 例并发症,包括 1 例脑脊液耳漏,2 例面神经麻痹,1 例鼓膜穿孔。轻微的并发症包括眩晕呕吐、切口感染、皮下血肿、一过性面瘫等^[9]。本组患儿无一例发生较重并发症。良好地手术配合和术后观察护理对于并发症的发现,家长恐慌的消除都有帮助。

本组患儿通过精心的手术护理,特别是耐心细致的心理护理使手术得到家长及患儿的充分配合,手术效果都非常满意。通过对本组病例患儿的护理充分体会到先进的手术技术和精心的手术护理是手术成功的关键。

参考文献:

- [1] Hang AX, Kim GG, Zdanski CJ. Cochlear implantation in unique pediatric populations[J]. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2012, 20(6):507-517.
- [2] Mangus B, Rivas A, Tsai BS, et al. Surgical techniques in cochlear implants[J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2012, 45(1):69-80.
- [3] 袁美宁, 宋跃帅, 张秋玲, 等. CT 引导下人工耳蜗植入术的手术配合[J]. *中华现代护理杂志*, 2013, 19(2):145-148.
- [4] 金伟, 宁丽丽, 刘燕京, 等. 人工耳蜗植入围术期的心理护理探讨[J]. *中华耳科学杂志*, 2013, 11(1):118-120.
- [5] 韩德民. 儿童人工耳蜗植入的术前评估和术后康复[J]. *中国听力语言康复科学杂志*, 2005(3):6-8.
- [6] 徐悦, 孙振. 舒适护理在低龄电子耳蜗植入术患儿中的应用[J]. *护理实践与研究*, 2013, 10(1):68-69.
- [7] Ganek H, McConkey Robbins A, Niparko JK. Language outcomes after cochlear implantation[J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2012, 45(1):173-185.
- [8] Hou JH, Zhao SP, Ning F, et al. Postoperative complications in patients with cochlear implants and impacts of nursing intervention[J]. *Acta Otolaryngol*, 2010, 130(6):687-695.
- [9] Tarkan O, Tuncer U, Ozdemir S, et al. Surgical and medical management for complications in 475 consecutive pediatric cochlear implantations[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2013, 77(4):473-479.

(收稿日期:2013-09-18 修回日期:2013-11-12)