

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.01.039

鼻内镜下 U 型通气硅胶管扩张护理儿童先天性后鼻孔闭锁 4 例*

周颖, 李琦[△]

(南京医科大学附属南京儿童医院耳鼻喉-头颈外科 210008)

[中图分类号] R473.72

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)01-0138-02

先天性后鼻孔闭锁(CCA)是一较为少见的疾病,其发病率为 1/5 000~1/7 000^[1]。男女发病率报道不一,女性较男性多,男女之比约为 1:2,单侧较双侧多见,右侧比左侧略多(60%)^[2-3]。闭锁类型分为骨性、膜性、混合性等 3 型,混合性更常见,约占 70%^[2]。胚胎期发育异常是 CCA 的主要病因,CCA 30%~50% 可以合并其他部位畸形,最常见是心脏畸形^[4-5]。CCA 单侧多无症状,双侧出生后即有严重呼吸困难和发绀。Carl Emmet(1854 年)首倡手术矫正,近年来,鼻内镜技术的广泛应用,先天性后鼻孔闭锁手术年龄趋向低龄化,婴幼儿期手术的优点是早期建立经口呼吸,不影响面部的发育,有利于小儿健康成长。然而,CCA 术后为防止再闭锁需要放置扩张子,不恰当的扩张会给患儿增加痛苦,也增加了术后再闭锁的可能性,围术期的护理尤为重要。本研究报道了本院耳鼻喉科应用 U 型通气硅胶管扩张治疗儿童先天性后鼻孔闭锁成形术护理经验。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 4 月 30 日至 2014 年 4 月 2 日本院耳鼻喉科共收治 4 例 CCA。例 1,女,5 岁,诉出生后开始出现双侧鼻塞、流涕,有时为脓涕,无鼻出血,无喷嚏,当时未予特别重视,后症状持续不缓解,当地医院拟诊“肺炎”予抗炎等对症治疗后症状无明显好转,6 个月时查鼻部 CT 显示:双侧骨性后鼻孔闭锁,因为家庭和当地医院条件所限一直未手术治疗。入院查体:腭骨高拱,上切牙突出,双侧鼻腔可见脓性分泌物,鼻内镜检查后鼻孔完全闭锁。例 2,男,8 个月,诉出生后开始出现右侧鼻塞、流涕,有时为脓涕,无鼻出血,无喷嚏,来本院就诊,查鼻部 CT 显示:右侧混合型后鼻孔闭。例 3,男,1 岁 8 个月,诉出生后即出现鼻腔通气障碍,呼吸困难,张口呼吸,不能自行擤鼻涕,8 个月时在当地医院查 CT 示:双侧混合型后鼻孔闭锁。此患儿并发脑瘫。例 4,女,1 岁 5 个月,诉出生后开始出现左侧鼻塞、流涕,有时为脓涕,无鼻出血,无喷嚏,且症状持续加重。入院行 CT 检查示:左侧骨性后鼻孔闭锁。

1.2 方法 4 例患儿均在全麻下经鼻内镜下行鼻后孔闭锁成形术。术毕根据年龄将 3.5~6.5 mm 不同直径的硅胶管对折沿中央纵行剪开约 1/2 管径,置入双侧鼻腔内扩张,使剪开孔朝向鼻咽部,孔的对侧嵌于鼻中隔后缘,既便于双侧鼻腔通气,又可使硅胶管不易脱落。硅胶管侧缘剪孔,修剪管长,使之略长于前鼻孔,丝线固定硅胶管于鼻小柱处,以防管滑脱。

2 结果

本组 4 例患儿,手术顺利,术后恢复良好,未发生严重并发症,均带扩张管出院。根据病情嘱家长 4~6 个月后来院拔管。

其中 2 例随访 6 个月、1 例随访 1 年半、1 例随访 3 年。本组 4 例患儿新成形鼻后孔通气良好,鼻咽部通畅,无鼻后孔再狭窄或闭锁发生。

3 讨论

围术期的护理,尤其是术后鼻腔扩张管的护理,对于防止再狭窄至关重要。

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 CCA 患儿比普通人群承受着更大的心理压力,随着年龄增长,CCA 对其心理健康的影响更趋明显。本组病例其中 1 例 5 岁患儿,由于面颅骨的发育变形,性格极其内向自卑。4 例患儿入院后显得很胆怯,不善与人主动沟通、不愿与病房的同伴玩耍,其中 3 例年龄较小的婴幼儿看到医护人员即哇哇大哭,不配合专科检查,因此术前的心理咨询十分重要。对稍大年龄患儿主动热情沟通,耐心倾听他们的倾诉、了解其心理状态,针对心理问题,请专业的心理咨询师做心理辅导。对较小年龄患儿根据其心理特点给他们喜欢的玩具、爱吃的零食,多拥抱他们。CCA 多为低龄,且有术后再闭锁的特点,家长对手术的恐惧、焦虑心理更为严重,所以家长的心理支持也尤为重要。向家长介绍手术医生,结合成功病例向家长和患儿说明手术的安全性和可能的预后,减轻患儿的疑虑。

3.1.2 术前准备 因患儿都多有脓鼻涕,入院后即遵医嘱用生理盐水清洗鼻腔,保持鼻腔清洁,减少分泌物及异味,2~3 次/天。同时进行术前常规准备。

3.2 术后护理

3.2.1 严密观察病情 术后心电监护 24~48 h,严密观察鼻腔渗血情况。前鼻孔出血易观察,若有出血可采取填塞止血措施。后鼻孔出血主要是通过观察患者是否有频繁吞咽动作而判断,若有后鼻孔出血要告知医生及时处理。

3.2.2 扩张管护理 (1)保持扩张管的通畅是术后护理的关键,术后 24~72 h,由于扩张子的刺激,鼻腔分泌物较多,要注意及时清理。选择合适的吸痰管吸除鼻腔和扩张管的分泌物,用生理盐水将吸痰管的前端湿润,缓缓插入扩张管内,长度需超过扩张管 0.3~0.5 mm^[6],边吸引、边提拉、边旋转,时间不超过 15 s,如果分泌物过多可多吸引几次。用活性银离子喷剂向扩张管内喷 1~2 喷,每日 3~4 次,起到杀菌作用。用 0.5% 复方呋喃西林地塞米松滴鼻剂滴鼻,维持鼻腔的通气并减少因炎症刺激而引起的肉芽增生^[7]。用湿纱布单层覆盖口鼻,嘱患者多饮水,防止干燥。术后早期,因低龄患儿的语言表达能力不强,对留置于低龄患儿鼻中的扩张管要给予特别重视。如发现患儿张口呼吸,则表示扩张管不通畅。护士应及时给予负压

* 基金项目:江苏省科教兴卫重点医学人才基金(RC2011028);江苏省“333 高层次人才培养工程”基金(2015);江苏省六大人才高峰基金(2015-wsw-063);江苏省省级重点研发专项基金(BE2015608)。 作者简介:周颖(1977-),主管护师,本科,主要从事小儿耳鼻喉科整体护理、心理护理方面研究。△ 通信作者,E-mail:liqi71520@sina.com。

吸引,保持扩张管通畅^[8-9]。(2)防止扩张管移位和脱出:术后需密切观察扩张管固定情况,由于 U 型通气硅胶管卡在鼻中隔后缘,一般不易脱出,对于低龄患儿需要家属配合护理人员做好监督防范工作,防止患儿自行拔除扩张管。前鼻孔处注意定期涂抹金霉素眼膏,防止缝线摩擦损伤鼻小柱。

3.2.3 加强口腔护理 由于患者后鼻孔闭锁,已形成长期以口呼吸的习惯,术后一时还难以改为以鼻呼吸为主,患儿常常还张口呼吸,常有口干、咽干、口臭等症状。所以术后给患者每日口腔护理 2~3 次;并嘱患儿坚持餐后漱口,以保持口腔清洁。为防止口腔感染,大龄儿童遵医嘱用活性银离子漱口液每日漱口 3~4 次。并鼓励患儿多喝水和尽量锻炼用鼻呼吸。

3.2.4 出院指导 向患儿及家属说明保持扩张管固定和通畅是手术获得成功的最重要保障,及时吸除鼻腔和扩张管内的分泌物,冲洗扩张管内腔是保持扩张管通畅的重要手段。教会患儿或家属正确的鼻腔滴药、抽取鼻腔分泌物及鼻腔冲洗的方法。出院后用生理盐水冲洗鼻腔,每天 2~3 次。扩张管闭塞或者脱出时要及时复诊。

3.3 经验总结 随着鼻内镜技术的发展,目前经鼻内镜后鼻孔手术已经成为首选^[10-13]。该手术进路方便、视野暴露充分,操作明视化,手术损伤小,术后恢复快且并发症少,适合各年龄组患者,尤其适合婴幼儿患者。由于 CCA 多为低龄,且有术后再闭锁的特点,家长对手术的恐惧、焦虑心理尤为严重,而且术后硅胶通气管必须留置 3 个月以上,术前的心理护理不仅是保证手术成功的重要因素,同时也可以增加家长信心,保证术后鼻腔扩张管的长期放置,提高手术成功率。通过有效的心理护理和术前沟通,小儿父母对于术后鼻腔长期带管有了充分的理解和心理准备,有效增加了医患信任度。U 型通气硅胶管扩张的优点是小儿可以经鼻通气,耐管好,可以很快适应。术后扩张管的护理是手术成功的关键,术后 24~72 h,鼻腔分泌物明显增多,加之鼻腔渗血流入通气管,易形成血痂,造成通气管堵塞,应该及时滴药和清理,从而保证术后鼻腔通气,避免经口呼吸,提高耐受性,减轻痛苦,提高生活质量。

CCA 术后均需带管 4~6 个月,留置硅胶管期间坚持滴药和消毒是防止肉芽形成和再次闭锁的关键。定期复查冲洗鼻腔置管,鼻腔及置管内每日点生理盐水数次,保证管腔通畅。脓性分泌物较多时使用 0.5% 复方呋喃西林地塞米松滴鼻剂滴鼻和活性银离子喷剂喷鼻。本研究手术经验表明,CCA 围术期的护理可以保证手术的成功和患儿的安全。

参考文献

- [1] Samadi DS, Shah UK, Handler SD. Choanal atresia; a
• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.01.040

twenty-year review of medical comorbidities and surgical outcomes[J]. *Laryngoscope*, 2003, 113(2):254-258.

- [2] Josephson GD, Vickery CL, Giles WC, et al. Transnasal endoscopic repair of congenital choanal atresia; long-term results[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1998, 124(5):537-540.
- [3] Poswillo D. The pathogenesis of the Treacher Colling syndrome[J]. *Br J Oral Surg*, 1975, 13(1):1-26.
- [4] Stankiewicz JA. The endoscopic repair of choanal atresia [J]. *Otolaryng Head Neck*, 1990, 103(6):931-937.
- [5] Van DT, Francois M, narcy P. transnaal endoscopic treatment of choanal atresia without prolonged gting [J]. *Arch Ototary Head Neck Surg*, 2002, 128(8):936-940.
- [6] 刘华英,陈英. 新生儿后鼻孔闭锁成形术后带扩张管出院的家庭护理指导[J]. *中华护理杂志*, 2003, 38(7):581.
- [7] 柯朝阳,刘明,张伟. 先天性后鼻孔闭锁的手术治疗[J]. *罕少疾病杂志*, 2004, 11(6):21-23.
- [8] 黄选兆. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:99.
- [9] Wolf A, Lang-Loidolt D, Koele W, et al. Are stents beneficial in endoscopic choanal atresia repair of newborns and children? Case series of 11 patients[J]. *Clin Otolaryngol*, 2016, 41(6):821-825.
- [10] Dedo HH. Transnasal mucosal flap rotation technique for repair of posterior choanal atresia[J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001, 124(6):674-682.
- [11] Teissier N, Kagueidou F, Couloigner V, et al. Predictive factors for success after transnasal endoscopic treatment of choanal atresia[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2008, 134(1):57-61.
- [12] Zuckerman JD, Zapata S, Sobol SE. Single-stage choanal atresia repair in the neonate[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2008, 134(10):1090-1093.
- [13] Durmaz A, Tosun F, Yldrm N, et al. Transnasal endoscopic repair of choanal atresia; results of 13 cases and meta-analysis [J]. *J Craniofac Surg*, 2008, 19(5):1270-1274.

(收稿日期:2016-07-12 修回日期:2016-10-06)

脑卒中住院患者 BMI 与压疮发生率的相关性研究

王洪敏¹, 张勇乾², 代桂宁¹, 王培芝^{1△}, 李英芝¹

(河北医科大学第一医院:1. 神经内一科;2. 肿瘤科, 河北石家庄 050000)

[中图分类号] R473.74

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)01-0139-03

压疮是由于局部组织长期受压使位于骨突起部的皮肤和皮下的组织局部损伤,导致组织缺血缺氧,出现的皮肤及皮下

组织破溃及坏死。压疮可能在住院期间发生,也可能为入院时存在,在住院期间显著恶化。压疮会延长住院时间、增加住院