



一例唐氏综合征伴先天性寰枢椎脱位患儿的围手术期护理

付超楠 周宏玉* (上海长征医院 上海 200003)

摘要: 总结了一例唐氏综合征伴寰枢椎脱位患儿行颈前路松解+颈后路寰枢椎复位取髂骨植骨融合内固定术的围手术期护理, 主要包括心理护理, 颅骨牵引护理, 术前用物准备、呼吸道准备、胃肠道及皮肤准备、卧位训练, 术后密切观察病情变化、做好体位护理、引流管护理、留置导尿护理、放感染护理、饮食指导、疼痛护理、功能锻炼、出院指导等护理措施。认为加强该患儿的围手术期护理, 可以提高手术成功率, 减轻患者痛苦, 促进患儿康复, 提高患儿的生活水平。

关键词: 唐氏综合征 寰枢椎脱位 围手术期 护理

中图分类号: R473.72 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 06-249-01

唐氏综合^[1] (DS) 也叫先天愚型, 即 21- 三体综合征。该综合征是一种以智力低下为主要表现的常染色体遗传性疾病^[2], 具有特殊面容、四肢短小、肌张力低、畸形及精神发育迟滞等多种表现。先天性寰枢椎脱位是指先天畸形造成的寰椎与枢椎 (第一和第二颈椎) 骨关节面失去正常的对和关系, 发生关节功能障碍和神经压迫的病理改变。除可造成高位截瘫外, 还可致中枢性呼吸功能障碍, 危及患儿生命。本科于 2017 年 1 月 10 日收治 1 例该患者在全麻下行颈前路松解+颈后路寰枢椎复位取髂骨植骨融合内固定术, 手术成功后返回病房。现将治疗护理情况汇报如下。

1 一般资料

患儿, 男, 11 岁, 颈项部疼痛 3 年余, 摔伤致右侧肢体活动障碍 1 天。患者于 3 年前无明显诱因出现颈项部疼痛, 以低头后明显, 曾在当地医院就诊, 行相关检查后诊断考虑先天性寰枢椎脱位, 建议手术治疗, 患者及家属拒绝。患者来我院就诊后建议颈托保护保守治疗, 患者佩戴颈托后症状稍有缓解, 未进一步诊治。患者于 1 天前在学校不慎摔倒, 无昏迷, 被同学扶起后右侧肢体活动障碍。患者被急送入当地医院就诊, 行头颅 CT 平扫未见明显异常, 颈椎 MRI 平扫提示: 上颈椎畸形, 游离齿状突, 寰枢椎脱位, 颈 1、2 水平脊髓受压明显。为进一步诊治, 今来我院就诊。患儿出生 4 个月检查发现唐氏综合征。查体: 左侧肢体肌力为 IV 级, 右侧肢体肌力为 II 级。于 2017 年 1 月 11 日行颅骨牵引术, 2017 年 1 月 17 日在全麻下行颈前路松解+颈后路寰枢椎复位取髂骨植骨融合内固定术。

2 护理

2.1 心理护理

由于患儿是一名唐氏综合征患者, 在沟通交流上有一定的阻碍, 不能完全配合医生及护士的操作, 加之患者病情比较复杂, 手术风险大, 手术费用高, 患者家属容易产生恐惧、紧张、焦虑等情绪。为了缓解患者家属的情绪, 术前责任护士与患者家属进行交流沟通, 向他们讲解手术的相关知识, 并介绍相关疾病的成功案例, 增强家属的信心。同时关心患儿, 通过讲故事、多媒体演示、玩游戏等潜移默化中教会患儿正确面对疾病及术后可能出现的问题, 取得患儿及家属的信任。

2.2 颅骨牵引的护理

患儿术前行颅骨牵引术, 牵引重量为 2kg, 持续牵引进行复位治疗。牵引成功后, 应保持患儿身体在同一直线上, 颈部垫软枕, 使颈部后仰。护士每班检查牵引位置是否正确, 患儿肢体功能是否正常, 针眼处用安尔碘消毒 2/ 日, 观察针眼处皮肤有无红肿、分泌物或结痂, 观察枕后部皮肤情况, 观察患儿体温情况, 定时询问患儿主诉。

2.3 术前护理

2.3.1 术前用物准备: 术前备好颈托、石膏床、尿垫、尿壶、一次性吸管、一次性水杯。

2.3.2 呼吸道准备: 由于手术部位较高, 手术后对呼吸功能有一定程度的影响。术前教会病人深呼吸及有效的咳嗽咳痰。指导病人吹气球, 加强肺功能的训练。

2.3.3 胃肠道及皮肤准备: 术前晚 20:00 禁食, 22:00 禁水, 用甘油灌肠剂 110ml 纳肛以排空肠道, 术前行抗菌沐浴液消毒手术部位。

2.3.4 卧位训练: 为防止术后排尿及排便困难, 术前指导患儿在床上练习大小便。

2.4 术后护理

2.4.1 病情观察: 患儿返回病房后, 遵医嘱给予吸氧、心电监护, 给予一级护理, 禁食。每小时巡视患者一次, 观察患者的意识、瞳孔、生命体征、四肢活动以及引流管情况。尤其注意患儿呼吸情况, 24 小时有专人看护。如有异常, 立即报告医生。

2.4.2 体位护理: 术后给予患儿颈部垫颈椎术后专用枕托, 两侧用沙袋固定, 术后 6 小时给予患者轴线翻身, 背后垫三角枕。

2.4.3 引流管护理: 保持负压引流管在位通畅, 妥善固定引流管, 避免牵拉、反折、挤压引流管。定时观察引流液的色、质、量, 患儿的伤口引流液逐渐减少, 引流液颜色逐渐变淡, 术后第一天引流出暗红色血性液 40ml, 术后第二天引流出暗红色血性液 25ml, 术后第三天引流出 10ml, 并于第三天拔除负压引流球。

2.4.4 留置导尿的护理: 遵医嘱给予会阴护理 2/ 日, 嘱患儿多饮水, 每日饮水量 > 1500ml。保持尿管在位通畅, 并妥善固定, 观察小便的色、质、量等, 术后第 1 天进行夹管训练, 术后第 2 天拔除尿管, 自解小便。

2.4.5 防感染护理: 术后应用西力欣 1.5g 每日两次预防感染。保持床单位清洁、干燥, 保持伤口清洁、干燥, 定期换药, 如有渗血及时更换。

2.4.6 饮食指导: 术后禁食、禁饮, 排气后可进食流质, 逐渐过渡到普食。多进食高蛋白、高维生素饮食, 禁止食用活血类食物, 如: 人参、西洋参、桂圆、红枣等。卧床期间禁食产气类食物, 如: 纯牛奶、豆浆、甜食等, 防止术后胀气的发生。

2.4.7 疼痛护理: 患儿术后的 NRS 疼痛评分为 3 分, 术后使用特耐静推 2/ 日及多瑞吉外用多模式镇痛。指导家属与患儿进行聊天, 给患儿听音乐等方法分散患儿的注意力, 以减轻患儿的疼痛感。

2.4.8 功能锻炼: 为患儿制定可行的锻炼计划, 并向患儿家属做好解释工作, 取得家属及患儿的配合。指导患儿进行握拳训练、扩胸运动、对指运动、直腿抬高运动, 每日 3 组, 每组 30 次。术后第四天, 患儿在支具保护下进行下床活动, 下床前先扶患儿坐起, 无头晕等不适后, 扶患儿站立, 再慢慢行走。

2.4.9 出院指导: 经过治疗及护理, 患儿于术后第 9 天出院。出院后加强营养, 全休 2 个月, 避免剧烈运动; 2 个月门诊复查, 不适随诊; 对症口服营养神经药物治疗; 继续加强功能锻炼; 支具保护下活动; 养成良好的生活及学习习惯。

3 小结

该患儿是一名唐氏综合征患者, 术前及术后的护理至关重要。术前完善各项相关检查, 颅骨牵引进行复位, 做好呼吸道准备、皮肤准备、用物准备; 术后加强功能锻炼、加强营养、镇痛及营养神经等药物治疗, 为患儿的康复起到关键作用。有效的术前及术后护理可以提高手术的成功率, 减少并发症的发生, 使患儿获得更好的治疗效果。

参考文献

[1] Cicchetti D, Beeghly M. Children with down syndrome: a developmental perspective[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1990: 3-6.

[2] 诸福棠. 实用儿科学[M]. 第 8 版, 北京: 人民卫生出版社, 2013: 12.

* 通讯作者: 周宏玉