

鼻中隔偏曲手术注意事项及术中并发症的预防

梁小军, 杨桦, 邓安春(第三军医大学新桥医院耳鼻咽喉科, 重庆 400037)

【摘要】 目的 探讨老年人及少年儿童鼻中隔手术适应证。方法 通过回顾性分析鼻内镜下鼻中隔偏曲手术注意事项, 探讨老年人及少年儿童鼻中隔手术并发症的预防。结果 少年儿童和老年患者经鼻内镜行鼻中隔偏曲矫正术, 术后并发症可以有效避免。结论 患者的年龄问题不应该成为临床医师行鼻中隔偏曲手术的障碍。

【关键词】 鼻中隔/畸形; 鼻中隔/外科学; 手术中并发症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.06.063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)06-0753-02

鼻中隔偏曲是耳鼻喉科常见病、多发病, 随着鼻内镜技术的发展, 应用鼻内镜行鼻中隔偏曲手术显示出明显的优越性^[1]。但在临床工作中, 经常会遇到一些少年儿童或者老年患者患有明显的鼻中隔偏曲以及中甲气化、下鼻甲肥大等鼻腔框架结构不良, 表现为严重鼻塞、间歇性或持续性的流涕、张口呼吸甚至头痛或者严重的鼻出血等症状, 即使经过系统的药物治疗仍无显著改善, 影响了患者的睡眠和学习。从病情的严重程度上看, 已具有手术指征, 但因为患者的年龄问题, 使临床医师迟迟不能下决心手术。本文浅析鼻中隔偏曲手术的注意事项及术中并发症的预防, 为临床医师选择手术治疗鼻中隔偏曲提供必要的参考。

1 少年儿童鼻中隔偏曲手术要注意的事项

近年来的教科书中, 已经不把 18 岁以下列为鼻中隔手术的禁忌证了, 所以不会把年龄作为适应证掌握不当的因素, 但要注意手术方法选择^[2], 而 10 岁以下患者, 要从严掌握手术指征, 一般不做鼻中隔矫正手术。少年患者(11~17 岁)以鼻塞或头痛为主要症状, 伴或不伴有流涕, 经门诊系统的药物治疗(酌情选用局部激素、黏液促排剂、抗生素及抗变态反应药物等)3 个月以上无效, 鼻内镜检查和鼻窦 CT 提示有明显鼻中隔偏曲, 或有明显的嵴突或棘突, 考虑鼻中隔矫正手术。但应注意以下几点: (1) 对年龄较小(11~14 岁)的少年患者, 应全部保留软骨部分, 在鼻内镜下做常规切口, 自骨与软骨交界处剥开后分离对侧黏骨膜, 切除鼻中隔嵴突和骨性偏曲部分, 然后再对软骨部分进行修正。(2) 年龄较大(15~17 岁)的少年患者, 因其鼻中隔基本发育完成, 可将软骨前段大部分保留, 经鼻内镜分离对侧黏软骨膜及黏骨膜, 切除鼻中隔软骨后部一小部分、嵴突和骨性偏曲部分, 对软骨部做划痕减张后放回使之平复。(3) 对儿童患者鼻中隔骨质的取舍, 应掌握局部切除、成形为主的原则, 重点去除嵴突或棘突, 对鼻中隔软骨于鼻底嵴脱位处可条状切除后复位。避免大块切除后影响其鼻中隔的发育或支撑力, 从而导致鼻外形的改变。

2 老年鼻中隔偏曲手术要注意的事项

很多鼻中隔偏曲的老年患者愿意接受手术治疗, 但由于个体的老化, 手术风险比年轻人高得多^[3], 这就需要医生做好围术期的准备, 尤其注意以下几点: (1) 对伴有内科疾病的老年患者, 均请相关科室会诊, 共同制订治疗方案。一般要求将血压控制在 140/90 mm Hg 以下, 空腹血糖控制在 6.7~10.0 mmol/L。(2) 慢性支气管炎、肺气肿感染期患者, 先抗感染治疗, 待感染控制后, 肺功能基本正常的前提下再考虑手术治疗。(3) 所有老年患者均建议采用全身麻醉。即使局麻术中也建议进行心电监护, 密切观察生命体征。(4) 局麻患者降压药、降糖药可按常规使用, 对全麻患者, 术晨用少量的水送服降压药, 对糖尿病患者则根据血糖情况决定用药。

3 手术切口、手术方法选择的注意事项

手术设备配备: 德国易克斯(Explorent)内窥镜(00, 300)、鼻中隔手术器械及电视监视系统、双极电凝等。根据鼻中隔偏曲的类型选择手术切口及方法。(1) 鼻中隔棘突或嵴突: 鼻内镜下在骨嵴或棘突的前方作切口, 分离偏曲侧的黏软骨膜和骨膜, 保持对侧的黏软骨膜与软骨的连接, 凿除棘突或嵴突, 尽可能切除偏曲的软骨和骨, 再将黏软骨膜复位。(2) 鼻中隔软骨引起的偏曲: 在内镜下选择常规切口, 分离黏软骨膜, 取出偏曲的鼻中隔软骨划痕减张后放回, 使鼻中隔平直。(3) 骨性鼻中隔偏曲者: 常规鼻中隔矫正术切口, 分离左侧黏软骨膜和黏膜骨膜, 沿软骨与筛骨垂直板交界处轻压鼻中隔软骨, 离断鼻中隔软骨与筛骨垂直板的连接, 再分离对侧黏骨膜, 切除偏曲的筛骨垂直板和犁骨。(4) 软骨和骨部联合型鼻中隔偏曲: 常规切口, 剥离切口侧并分离黏软骨膜及黏骨膜, 分离超过要切除的软骨和骨的后方, 在切口后 2 mm 处切开鼻中隔软骨, 分离对侧。切除鼻中隔软骨, 再用咬切钳咬除偏曲的筛骨垂直板和犁骨, 凿除偏曲的上颌骨和腭骨鼻嵴, 将黏膜复位。(5) 软骨与鼻小柱联合型鼻中隔偏曲: 手术切口要前移, 至少要超过鼻内孔(鼻阈), 分离皮下至鼻小柱软骨, 保留部分鼻小柱软骨, 切除偏曲鼻中隔软骨和部分鼻小柱。(6) 鼻中隔术后再次鼻中隔矫正: 一般在鼻内镜下找到残留鼻中隔的边缘, 沿边缘的后方作切口, 常规分离后矫正残留的偏曲鼻中隔。

4 术中并发症的预防

鼻中隔偏曲矫正术常见的并发症是鼻中隔水肿和鼻中隔穿孔, 经鼻内镜行鼻中隔偏曲手术可大大减少这类并发症, 但应注意以下几点: (1) 鼻中隔水肿预防。术中尽量在黏软骨膜和黏骨膜下分离, 减少术中出血, 如果损伤腭大动脉分支出血, 用咬骨钳将骨壁夹紧止血或者用双极电凝彻底止血^[4]。(2) 鼻中隔穿孔的预防。术中一侧鼻中隔黏膜穿孔, 一般不需特殊处理; 发生两侧都穿孔, 如果穿孔小, 可将黏膜对位缝合, 如果穿孔大, 可在穿孔的前方或后方做一黏膜松解切口, 使黏膜前移或后移, 覆盖穿孔, 再缝合穿孔缘, 必要时将鼻中隔软骨放回, 夹在穿孔的双侧鼻中隔黏骨膜中间, 使穿孔的鼻中隔黏骨膜快速愈合。(3) 脑脊液鼻漏的预防。术中在切除筛骨垂直板和高位鼻中隔软骨时一定要用鼻中隔咬切钳, 否则, 使用暴力可能导致脑脊液鼻漏。手术中鼻梁塌陷与鼻中隔煽动的预防: 术中只切除鼻中隔偏曲部分即可, 不必切除鼻中隔软骨、筛骨垂直板或犁骨的绝大部分即可预防这类并发症的发生。

综上所述, 经鼻内镜行鼻中隔偏曲矫正术, 只要注意少年儿童和老年患者的特点, 做好相关的术前准备, 同时选择恰当的手术切口及手术方法, 并在术中做好并发症的预防, 患者的年龄问题就不应该成为临床医师行鼻中隔偏曲手术的障碍。

参考文献

[1] 赵龙武. 鼻内镜下鼻中隔偏曲矫正手术治疗[J]. 医学信息:内·外科版, 2009, 22(10): 936-937.

[2] 李娜. 关于少年患者鼻中隔手术问题的看法与体会[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2009, 23(5): 1-3.

[3] 赵荣, 刘栖如. 老年人鼻内镜下鼻中隔手术 192 例[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(23): 3135.

[4] 孔维佳. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 84.

(收稿日期: 2010-05-31)

剖宫产围术期的护理

王祯祥(重庆市綦江县中心血库 401431)

【摘要】 目的 探讨剖宫产患者围术期的护理方法。**方法** 分析该院 2007 年 8 月至 2009 年 12 月 200 例剖宫产患者的术前、术中、术后护理, 总结其护理体会及要点。**结果** 所有产妇经过精心护理, 剖宫产后无并发症, 手术均顺利完成, 母乳喂养也基本达到 100%。**结论** 孕产妇术前作充分准备, 术中、术后及时观察护理, 对母婴安全及产妇术后的康复均能起到很好的促进作用。

【关键词】 剖宫产; 围术期; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 06. 064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)06-0754-02

剖宫产是解除孕妇及胎儿危急状态的一种有效方法, 是在麻醉情况下切开腹腔及子宫腔, 取出胎儿及其附属物, 然后将子宫壁及腹壁各层组织缝合的手术, 手术切口很大, 创面广, 又和阴道相连, 有较多的并发症和后遗症, 其常见的并发症有发热、子宫出血、尿潴留、肠粘连、羊水栓塞, 还有可能导致猝死, 远期后遗症有慢性输卵管炎及由此炎症导致的宫外孕。近年来, 随着麻醉和手术技术的进步, 剖宫产的手术指征被逐渐扩大, 围产医学的研究和发展以及社会诸多方面对产妇术前、术中及术后的护理提出了越来越高的要求^[1]。由于大多数产妇对手术都存在着不同的焦虑、恐惧心理, 因此对剖宫产术前、术中、术后实施全面、及时的护理, 对手术的安全性及减少并发症的发生都起到重要的作用。现将本院 2007 年 8 月至 2009 年 12 月 200 例剖宫产产妇的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院自 2007 年 8 月至 2009 年 12 月行剖宫产术 200 例, 年龄 21~40 岁, 平均年龄 27 岁初产妇 192 例, 经产妇 8 例。其中因胎儿因素手术: 如羊水污染或过少、双胎、脐带颈绕、胎膜早破、异常胎方位、巨大儿等难产 140 例, 占 70%; 因头盆因素手术: 如骨盆狭窄、异常产程、盆腔肿瘤、生殖器畸形 20 例, 占 10%; 因社会因素手术: 如畏惧疼痛、不愿试产、选择出生日期等要求手术 40 例, 占 20%。

1.2 手术方式 手术方法: 全部产妇均在持续硬膜外麻醉下采用下腹部横切口子宫下段剖宫产, 取出胎儿后各层切口缝合均采用可吸收线, 不用拆线, 切口愈合后疤痕纤细美观。

1.3 护理结果 200 例行剖宫产产妇, 经过细致观察和精心护理, 分娩的新生儿 204 例均存活, 产妇伤口 I 期愈合, 无一例护理并发症发生, 术后母乳喂养基本达到 100%, 母婴健康出院。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 剖宫产孕妇除具有常人的各种需要, 也具备了患者的心理变化: 主观感觉异常, 情绪变化, 依赖性增强, 期望过高, 自我意识消极化, 否认的心理活动^[2]。手术是一种严重的心理刺激, 产妇处于应激状态, 因此在手术前护士要详细了解患者的生活情况和病史, 以和蔼可亲的语言主动自我介绍, 向产妇及家属说明剖宫产的目的、用途、必要性、做法、安全

程度、手术效果、麻醉方法, 并且讲解手术后可能出现的并发症。增加产妇的安全感, 使产妇放心。建立良好的护患关系, 是心理护理顺利实施的前提^[3]。针对孕产妇的各种心理问题进行必要的解释, 如手术原因、对母子的安全性等。用通俗易懂的语言向孕妇及家属介绍手术的大致过程及术前、术后的一般知识。

2.1.2 手术前一般护理 认真做好术前各项准备是保证手术能够顺利进行及防止术后并发症的重要环节。如是择期手术, 孕妇沐浴后备皮, 范围包括会阴部和腹部, 特别要注意脐窝部护理, 严格按照无菌技术进行术前留置导尿管。术前常规禁食 12 h, 禁水 4 h。如急诊剖宫产手术患者应立即做好术前准备, 停止进食, 应通知巡回护士及麻醉医师作好相应的准备。观察血压、宫缩以及胎心音的变化, 安慰孕妇不要紧张及喊叫, 术前做必要的药敏试验, 如果是普鲁卡因阳性应告知麻醉医师, 术前遵医嘱给予镇静剂以抑制唾液的分泌, 防止术中并发症的发生, 入手术室前常规测胎心音, 一旦发现异常应及时汇报医生。

2.2 术中护理

2.2.1 术中心理护理 要与患者建立良好的护患关系。护患关系是建立在相互尊重、信任与合作基础上的平等关系, 给患者安全感, 消除其恐惧心理, 患者进入手术室后, 护士应仔细核对患者, 护理人员应作好自我介绍, 并介绍手术室的环境, 说明麻醉方式, 使孕产妇对麻醉有初步的认识。尽量减少手术室的各种机器噪声, 护士操作应轻、快、准、稳, 边操作边解释, 手术开始可适当与孕产妇交谈与手术无关的话题, 分散其注意力。

2.2.2 胎儿娩出处理好后, 把胎儿抱给产妇看, 并与身体相贴, 告知胎儿的性别、出生的准确时间以及胎儿的重量, 若为双胞胎应标记好大小。

2.2.3 预防出血性休克 剖宫产术中出血率明显高于经阴道分娩, 特别是妊娠高血压综合征患者容易继发宫缩不良而发生术中大出血, 所以每例手术均应做好输血准备。术前输液时即选用输血器, 及时了解血压的变化, 观察出血量, 适时进行输血, 胎儿取出后立即用宫缩素, 促进子宫收缩, 减少失血量。

2.2.4 新生儿窒息的预防与护理 对有胎儿宫内窘迫的产妇进入手术室后, 立即面罩吸氧, 在上肢建立静脉通道, 从而改善胎儿血氧供应, 新生儿娩出前应备好用氧、抢救台、复苏器材及其他抢救药品等, 麻醉后产妇取仰卧位, 手术床左倾 20°~30°, 程度、手术效果、麻醉方法, 并且讲解手术后可能出现的并发症。