

· 专科护理 ·

儿童先天性多指畸形行手术治疗的护理

周爱琴, 王凤利, 刘亚臣, 秦建华

(浙江省杭州整形医院, 浙江杭州 310014)

摘要 总结 23 例儿童先天性多指畸形行手术治疗的护理。护理重点为做好心理护理, 重视术前、术后的饮食护理, 加强全麻术后护理、疼痛护理和患肢护理, 同时做好康复指导。23 例患儿多指畸形均矫形成功, 切口愈合良好, Carroll 手功能评分与术前比较改善明显。随访 >1 年, 22 例患儿拇指对掌功能恢复良好, 1 例患儿因右拇指大鱼际肌止点损伤, 术后拇指对掌功能受限, 再次行功能重建术后对掌功能恢复良好。

关键词 多指畸形; 儿童; 手术; 护理 doi: 10.3969/j.issn.1671-9875.2017.04.010

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2017)04-0333-02

多指畸形是临床较为常见的一种儿童先天性畸形, 我国平均发生率为 9.45/10 000^[1], 其发病特点是男性高于女性, 右手多于左手, 双手发病率占 10% 左右^[2]。研究认为^[3], 多指畸形的发病因素为遗传因素和环境因素, 以遗传因素较多见, 环境因素如病毒、药物、放射线、创伤等, 也会导致畸形的发生。如不及时矫形会影响患儿手的功能和外观, 甚至影响儿童的发育及身心健康。由于多指畸形临床表现多样, 目前临床对其治疗的手术方案选择和护理要求均较高。2011 年 5 月至 2013 年 10 月, 本院手外科收治多指畸形患儿 23 例, 经手术治疗和护理, 疗效较好。现将护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 23 例, 均经临床专科检查及 X 线检查确诊多指畸形, 其中男 14 例、女 9 例; 年龄 3 个月 ~11 岁, 平均年龄 (3.2 ± 1.3) 岁; 右手畸形 14 例、左手畸形 8 例、双手畸形 1 例; 依据 Wassel 分型^[4]: 末节分叉型(型) 1 例, 末节成对型(型) 2 例, 近节分叉型(型) 3 例, 近节成对型(型) 11 例, 掌骨分叉型(型) 0 例, 掌骨成对型(型) 6 例, 三指节拇指型(型) 0 例; Carroll 手功能评分^[5](89 ± 1.8) 分。

1.2 治疗方法 所有患儿完善术前检查, 排除手术禁忌证, 在全麻或臂丛神经阻滞麻醉下手

术。设计切口(“Z”字、锯齿状、弧形等), 按设计切口切开皮肤, 显微镜下分离皮下组织, 注意保护功能指血管神经束, 切除复指, 修复关节囊、肌腱止点及韧带, 必要时关节作克氏针内固定, 缝合切口, 如有皮肤缺损行皮片或皮瓣移植, 无菌包扎。术后给予抗生素预防感染、换药等对症治疗。

1.3 结果 本组患儿手术时间 (55 ± 12) min, 术后住院时间 3 ~ 9 d, 平均住院时间 5 d。切口均愈合良好, 术后 Carroll 手功能评分 (96 ± 1.6) 分。所有患儿随访 > 1 年, 22 例患儿拇指对掌功能良好, 1 例患儿因右拇指大鱼际肌止点损伤, 术后拇指对掌功能受限, 再次行功能重建术后对掌功能恢复良好。

2 护 理

2.1 心理护理 患儿年幼不能进行有效的医患沟通, 护士首先做好患儿家长的心理准备工作, 向家长详细介绍手术方案及可能出现的并发症, 说明手术的安全性, 消除家长对手术的顾虑, 以取得家长的信任, 配合护理工作, 鼓励家长陪护及照顾患儿, 固定护理人员对患儿连续的、全面的护理, 与患儿接触时微笑说话、抚摸患儿, 允许患儿留下心爱的玩具、物品等, 协助患肢动作训练。本组患儿术后均有不同程度的烦躁焦虑、哭吵不安、拒绝治疗等情况, 经个体化心理护理后, 心理状况良好。

2.2 饮食护理 由于患儿麻醉及术中可能出现恶心、呕吐, 引起窒息, 向患儿家长交代术前禁饮食的目的、时间, 术前禁饮水 6 h, 禁固体食物 8 h。

作者简介: 周爱琴(1979-), 女, 本科, 主管护师。

收稿日期: 2016-11-21

术后患儿麻醉完全清醒,无恶心呕吐,送回病房 4 h 后,可少量分次进食糖水;术后 6 h 均予正常饮食,但避免进食海鲜、火腿、鸽子类易引起瘢痕增生的食物。本组患儿均按医嘱执行饮食计划。

2.3 全麻术后护理 因儿童在解剖、生理、心理等方面均与成人有差异,如肺泡、心肌结构发育均不完善,耐受麻醉差等,术后患儿易发生呕吐、误吸、呼吸道梗阻、通气及换气困难、窒息、循环系统功能异常。患儿由手术室返回病房后,立即将患儿头偏向一侧,去枕平卧位,及时清除口腔分泌物,保持呼吸道通畅;予心电监测仪监测呼吸、脉搏、脉搏氧饱和度等,观察患儿呼吸频率和幅度,必要时遵医嘱予氧气吸入;患儿全麻复苏期间可出现多语、幻觉、哭闹不停、躁动不安,不利心电监测仪监测生命体征,随时可出现窒息和损伤等意外情况^[6],予准备好气管切开包、拉舌器、吸引器等抢救物品,护理人员高度警惕,密切观察,根据患儿的表情、面色、口唇、呼吸、体温、躁动和哭闹程度来判断病情,及时采取正确有效的护理措施。本组患儿经上述措施,均安全度过全麻复苏期间。

2.4 疼痛护理 麻醉清醒后,术后疼痛如不及时妥当处理,除导致恶心、呕吐、烦躁,延迟患儿康复外,还可影响患儿以后与疼痛相关的行为、观点和智力发育等健康心智的成长^[7]。儿童由于缺乏完善认知和表达能力,增加了护理人员对患儿的疼痛评估难度。为此,术后应用东安大略儿童医院疼痛评分(CHEOPS)标准评估,如哭闹、面部表情、疼痛的口头表达、紧张程度、对疼痛点的反应及腿部活动等,6项总分 ≥ 6 分则进行疼痛干预,通过分散患儿注意力来减轻疼痛感受,争取患儿家长配合,必要时给予药物治疗^[8]。本组23例患儿CHEOPS评分均 < 6 分,未作特殊处理。

2.5 患肢护理 术后给予医用上肢垫抬高患肢 $15 \sim 20^\circ$,有利静脉回流,消除水肿,必要时对肿胀区作局部按摩;密切观察切口辅料渗血、渗液情况,如出血明显,立即报告医生予换药处理;定时观察患肢末梢血液循环情况,如皮肤温度、颜色、毛细血管反应、肿胀程度等;避免较小患儿吃手指或用患指抓物品,必要时患肢套上医用网套

或用支具进行保护。本组患儿患肢切口均无感染,切口愈合佳。

2.6 康复指导 患儿康复治疗需发挥医护人员、家长的积极性。针对患儿生理特点及手术方式,术后 3 d 由医护人员在家长的配合下对患儿患肢被动运动,因患儿不能较好配合康复,对关节活动幅度、运动速度和持续时间可酌情设定。一般活动幅度从无痛的活动范围开始,逐步扩大 2~3 次/d,15~20 min/次。拆线后鼓励患儿主动运动,较小患儿予以颜色鲜艳的玩具,让患儿用患手做一些力所能及的活动,如抓、握、捏、拍等;较大患儿尽量按其兴趣爱好设计以游戏、娱乐形式的主动康复运动,如橡皮筋网练习、作业疗法、弹性支具辅助治疗。本组患儿经康复治疗,手功能较术前明显改善。

3 小 结

先天性多指畸形需要手术治疗。各年龄段患儿对疾病认识、住院反应有所不同,护士应根据患儿年龄制定不同的护理目标和措施。对年龄较小患儿,做好患儿家长工作,争取得到家长信任,配合医护人员对患儿治疗和护理;做好患儿的心理护理、术后全麻复苏期护理、疼痛护理和康复训练,护理过程护士不仅要细心,有爱心及较强的责任心,而且要有较高的综合护理水平,能根据患儿的表情、面色、口唇、呼吸、体温、躁动和哭闹程度等来判断病情,及时采取准确、有效的护理措施,避免并发症的发生,帮助患儿安全度过围手术期,促进患儿康复。

参考文献:

- [1] 谭雄,易朝锋,李瑾,等.小儿先天性多指畸形的治疗和疗效分析[J].医学信息,2014,27(3):141-142.
- [2] 王亚军,李胜,余永桂.先天性多指畸形 X 线表现与临床分型对照分析[J].放射学实践,2013,28(1):79-82.
- [3] 史静敏.多、并指(趾)畸形的遗传学分析[D].天津:天津医科大学,2016.
- [4] 徐蕴岚,陈博昌.儿童复拇畸形 Wassel 型的新分型及治疗体会[J].中国矫形外科杂志,2009,17(9):710-711.
- [5] Brown PW.Body and soul[J].J Hand Ther,1996,9(3):201-202.
- [6] 卢桢楠,许冬妮,周嘉嘉,等.小儿全身麻醉苏醒期躁动的危险因素分析[J].中山大学学报(医学科学版),2013,34(2):240-243.
- [7] 王静,刘春蕾,杨健,等.儿童术后疼痛评估软件的设计与应用[J].护理学杂志(综合版),2010,25(19):33-34.
- [8] 陆华,冯升.儿童疼痛评估的研究进展[J].上海护理,2011,11(5):72-75.