

漏斗胸 Nuss 术矫治 29 例围术期护理

李秀贞,汪国文,葛树阳,姚琳,解萍,黄慧

[摘要]目的:探讨漏斗胸 Nuss 术矫治患者围术期的护理措施。方法:对 29 例漏斗胸患者围术期给予心理护理、呼吸道准备、加强营养,术后严密观察生命体征并进行呼吸道管理、疼痛和腹胀的护理及出院宣教。结果:1 例患者术后 8 天并发钢板移位,其余 28 例均顺利出院。术后 2 个月出现钢板移位 1 例,其余患者矫形均达到预期效果。结论:漏斗胸患者应加强术前术后护理,尤其加强出院宣教,从而预防钢板移位的并发症。

[关键词] 漏斗胸; Nuss 手术; 围术期护理

[中国图书资料分类法分类号] R 561 [文献标识码] A

The perioperative care of Nuss correction in pectus excavatum patients

LI Xiu-zhen, WANG Guo-wen, GE Shu-yang, YAO Lin, XIE Ping, HUANG Hui

(Department of Cardiothoracic Surgery, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

[Abstract] Objective: To investigate the nursing methods for funnel chest patients who were underwent the Nuss surgery procedure.

Methods: Twenty-nine patients with funnel chest were given psychological perioperative nursing, respiratory tract preparation, nutritional support, close observation after operation, respiratory management, abdominal distention and pain management and nursing discharge missions. Results: Plate shifting was occurred in one patient earlier after operation, and the other twenty-eight patients were recovered well. Plate shifting was occurred in one patient after two months, the rest of orthopedic patients were achieved the desired effect.

Conclusions: Preoperative and postoperative care should be strengthened for patients with pectus excavatum, in particular, hospital mission is essential to prevent the complication of plate shifting.

[Key words] pectus excavatum; Nuss procedure; perioperative care

漏斗胸是指胸骨连同肋骨向内向后凹陷呈舟状或漏斗状,常有家族倾向或伴有先天性心脏病^[1],是婴儿期最常见的前胸壁畸形^[2]。在出生婴儿中的发病率大概为 1/1 000,男女比为(3~4):1^[3]。漏斗胸传统外科治疗手术方式有胸骨抬举术和胸骨翻转术,这 2 种手术皮肤切口大、创伤大,切除或损伤肋软骨以及肋骨生长板^[4],有可能导致漏斗胸复发和扁平胸^[5]。微创漏斗胸矫治术(Nuss 术^[6])是一种新的漏斗胸矫治术式,相对于传统术式具有明显优势。Nuss 术患者围术期护理尤其是出院宣教是患者顺利恢复及减少院外并发症的重要保障。2008 年 10 月至 2010 年 11 月,我院收治漏斗胸患者 29 例,均采用 Nuss 术,现将其围术期护理体会作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 29 例,男 23 例,女 6 例;年龄

4~20 岁。漏斗胸内陷深度平均 4.5 cm。

1.2 术前护理

1.2.1 心理护理 漏斗胸患者术前常出现焦虑、紧张、恐惧等不良心理反应^[4]。本组有 2 例年龄较大的患者对手术效果有所担心;年龄较小的患者家属担心患者能否耐受手术以及术后患儿因疼痛哭闹影响预后。针对不同患者及家属心理状况,耐心做好心理护理,告知家属 Nuss 术优点,术后患者胸廓外形在很大程度上能够得以改善,并以成功患儿为例,鼓励患者及其家属树立战胜疾病的信心。

1.2.2 术前准备 (1) 呼吸道准备:患者入院后即指导其掌握有效咳嗽方法。(2) 指导患者术前学会腹式呼吸^[7]。(3) 术前饮食与营养:漏斗胸患者常体形消瘦、营养状况欠佳。入院后根据其营养状况给予合理饮食,指导进食高蛋白、高热量丰富维生素易消化饮食。(4) 术前常规准备:协助患者完善术前各项检查,指导患者练习床上大小便,术前 1 天协助患者沐浴,做好术前准备工作并和手术室人员交班。

1.3 术后护理

1.3.1 严密监测生命体征 术后患者清醒后回监

[收稿日期] 2011-02-25

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院,胸心外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 李秀贞(1974-),女,主管护师。

护室,立即监测心电、血压、氧饱和度(SpO_2),15~30 min 记录心率、心律、血压、指氧饱和度1次,平稳后改1~2 h 记录1次,根据情况吸氧,注意观察呼吸频率和幅度的变化及胸廓外形。

1.3.2 保持呼吸道通畅 患者回监护室后去枕平卧位,避免呕吐引起误吸。术后早期鼓励患者咳嗽、咳痰,常规雾化吸入3天。本组无肺部感染及肺不张发生。

1.3.3 气胸的观察及胸引管的护理 气胸为 Nuss 术后常见的并发症,术后 $SpO_2 < 95%$ 应查找相关原因并作出相应处理。本组有6例并发气胸,其中2例少量气胸经穿刺抽气,4例放置胸腔闭式引流管,均治愈。

1.3.4 疼痛的护理 Nuss 术后患者多主诉疼痛明显,做好心理护理,采用非药物手段减轻疼痛,必要时采用药物镇痛。Nuss 术患者随年龄增加术后疼痛加剧,针对大龄患者术后预防性应用镇痛泵减轻患者疼痛。

1.3.5 饮食护理 患者术后清醒6h后即可少量饮水,进食少量流质,术后第1天逐渐过渡到正常饮食,并注意观察有无腹胀、恶心等症状。本组有11例术后出现腹胀,9例未予特殊处理,2例给予腹部按摩、热敷并给开塞露纳肛排便后,腹胀逐渐缓解。

1.3.6 术后体位与活动 Nuss 术后正确体位及活动护理对预防矫形钢板移位和塌陷,保证手术效果具有重要临床意义。患者术后回监护室,去枕平卧位,未完全清醒的患者,头偏向一侧;完全清醒6h后,生命体征平稳可取低坡卧位,坡度 $< 30^\circ$,严禁翻身侧卧更不能俯卧位,防止钢板移位;术后绝对卧床1周限制上肢过度活动;扶患者坐起或站立时不可牵拉上肢,应扶患者颈背部及臀部。坐位或站立时应保持挺胸直腰,不做含胸、拧腰等动作,更不能翻滚。在医护人员指导下逐渐增加活动量以患者不累为度。

1.3.7 出院指导 (1) 活动指导: Nuss 术后钢板在患者体内放置2~4年^[8],出院后钢板是否移位是手术成败的关键,指导出院后4~6周内坐位或站立时应保持挺胸直腰,不做含胸、拧腰等动作,更不能翻滚,避免弯腰,不要做对抗性动作(如打篮球、踢足球)、剧烈运动、搬运重物等,避免过度加压于胸部,

注意防止前胸部防撞击和外伤,外出活动家属要看好患儿避免摔倒,睡眠时尽量选择硬板床、保持平卧姿势。(2) 饮食指导: 指导患者进食高蛋白、高热量、丰富维生素易消化饮食,并多进食含钙高的食物如牛奶、骨头汤等,可间断给鱼肝油和钙片^[9],多晒太阳。(3) 特殊情况指导: 不能进行胸部及上腹部的MRI;如需心脏除颤时要告诉医护人员曾经做过Nuss术,医护人员会将电极板置于前后位除颤;若出现钢板戳出、胸闷、胸痛等情况及时就诊^[10]。(4) 定期复查: 术后1~3个月应进行X线片检查了解钢板位置,如有移位及时处理,以后半年检查1次,2~4年后行钢板取出术。

2 结果

29例手术顺利,手术时间25~140 min;术中出血量5~30 ml。除1例18岁术后8天出现钢板旋转移位,其余患者经精心治疗护理后均顺利出院。随访1个月至2年,1例20岁患者于术后2个月出现钢板移位,重新手术后恢复良好,其余患者矫形达到预期效果。

3 讨论

漏斗胸是一种较常见的严重影响患儿身心健康的先天性胸廓畸形,其不仅影响美观,同时可以引起心肺受压。手术是治疗畸形的唯一方法,Nuss手术是目前矫正漏斗胸的最好方法^[11]。其改良术式也已用于鸡胸畸形的矫治^[12]。

Nuss手术切口小,不广泛剥离肌肉,不用切断胸肋骨,创伤小,手术时间短,术中几乎无出血,并发症少,且塑形美观。另外,Nuss术患儿痛苦较传统手术小、活动早、恢复快,减少了护理工作量,可让护士有更多时间和患者及家属沟通交流^[13]。目前认为6~12岁是Nuss手术矫正漏斗胸的最佳年龄,但国外有报道^[14]其最大年龄组已超过20岁,国内手术年龄已扩展到3~15岁甚至成人^[15]。

漏斗胸患儿及其家长都承受一定的社会压力,针对这种情况做好患儿和家属的心理护理十分必要。术前、术后加强营养,进食高蛋白食物,增强机体抵抗力,促进切口愈合。加强出院指导防止钢板移位是手术成功的重要环节,也是减少手术并发症、达到预期效果的关键。

[参 考 文 献]

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 343.
- [2] de Campos JR, Das-Neves-Pereira JC, Lopes KM, et al. Technical modifications in stabilisers and in bar removal in the Nuss procedure[J]. Eur J Cardiothorac Surg 2009, 36(2): 410-412.
- [3] Krasopoulos G, Dusmet M, Ladas G, et al. Nuss procedure improves the quality of life in young male adults with pectus excavatum deformity [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2006, 29(1): 1-5.
- [4] 吴学东. Ravitch 手术及其主要并发症研究进展[J]. 中华小儿外科杂志 2003, 24(1): 79-80.
- [5] 刘平波, 王敬华, 曾德斌, 等. 微创手术矫治漏斗胸 125 例[J]. 临床小儿外科杂志 2008, 6(7): 22-23.
- [6] Nuss D, Kelly RE Jr, Croitoru DP, et al. A 10-year review of minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum[J]. J Pediatr Surg, 1998, 33(4): 545-552.
- [7] 李卫燕, 吴玉娥. 小儿漏斗胸 Nuss 术后的康复护理[J]. 杭州师范学院学报: 医学版 2006(2): 96-97.
- [8] 杨峥, 戴天阳. Nuss 手术治疗漏斗胸的研究进展[J]. 重庆医学 2010(1): 117-119.
- [9] 陈新华. 漏斗胸 Nuss 矫形术 15 例围术期护理[J]. 临床医药 2009, 13(9): 1139-1140.
- [10] 张莉, 谷穗, 张影. 小儿漏斗胸 Nuss 手术的康复护理[J]. 吉林医学 2010, 31(1): 123.
- [11] 段贤伦, 曾骥. 微创 Nuss 手术治疗小儿漏斗胸[J]. 临床小儿外科杂志 2008, 7(1): 77-78.
- [12] Poullis M. Modified Nuss repair for pectus carinatum[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2010, 11(3): 221-222.
- [13] 关雅欣, 韩凤英, 崔瑜. Nuss 手术治疗小儿漏斗胸的护理体会[J]. 吉林医学 2007, 28(12): 1367-1368.
- [14] Kim do H, Hwang JJ, Lee MK, et al. Analysis of the Nuss procedure for pectus excavatum in different age groups[J]. Ann Thorac Surg 2005, 80(3): 1073-1077.
- [15] 曾骥, 段贤伦, 张娜, 等. 大年龄组漏斗胸的微创 Nuss 手术[J]. 中华胸心血管外科杂志 2007, 23(3): 193-195.

(本文编辑 刘璐)

(上接第 890 页) 医生只能将分娩过程中由于脐带绕颈可能出现的问题告知孕妇及家属。面对脐带绕颈、孕妇年龄偏大、羊水混浊或偏少、胎盘老化、胎儿双顶径较大等不利因素时,一方面,孕妇及家属过分相信剖宫产的安全性,另一方面,产科医疗纠纷日益增多,有资料^[14]显示,发生医疗纠纷最多的是外科和产科,而更有人形容产科的职业风险犹如在高空踩钢丝。产科医生迫于压力而放宽了剖宫产指征。

通过对孕妇实施有效的健康教育而降低剖宫产率是一项长期而艰巨的工作。对无医学指征需剖宫产的孕妇在门诊或入院后给予全程个体化健康教育,在一定程度上可以降低剖宫产率,尤其是社会因素剖宫产。

[参 考 文 献]

- [1] Callister LC. Cesarean birth rates: global trends[J]. Am J Matern Child Nurs 2008, 33(2): 129.
- [2] 黄醒华. 对剖宫产术的思考[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(7): 385-388.
- [3] Leung GM, Lam TH, Thach TQ, et al. Rates of cesarean births in HongKong: 1987-1999[J]. Birth 2001, 28(3): 166-172.
- [4] Mishra US, Ramanathan M. Delivery-related complications and determinants of cesarean section rates in India[J]. Health Policy Plan 2002, 17(1): 90-98.
- [5] 曾国琼, 黄智勇, 高坚欣. 社会因素影响剖宫产的原因分析与干预措施[J]. 中国妇幼保健 2007, 22(4): 418-420.
- [6] 余江萍. 581 例剖宫产原因分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志, 2006, 2(5): 292.
- [7] World Health Organization. Appropriate technology for birth[J]. Lancet, 1985, 326(8): 436-437.
- [8] Gerrish K. Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society[J]. J Adv Nurs 2000, 32(1): 91-99.
- [9] 郭丽岳, 白炳清, 龙鲸. 孕产妇心理状况与分娩方式的关系[J]. 中国实用妇科与产科杂志 2001, 17(5): 281-282.
- [10] 胡映芳, 孙建娣. 孕期干预对社会因素剖宫产影响的研究[J]. 中国实用护理杂志 2009, 25(2): 35-36.
- [11] 郭红燕, 周美梅, 李诗兰, 等. 孕妇要求的不合理剖宫产的影响因素分析[J]. 中华医学杂志 2000, 80(9): 675-677.
- [12] 陈改霞. 产前宣教对孕妇分娩方式选择的影响[J]. 临床研究 2007, 10(3): 284-285.
- [13] 谭卫强. 剖宫产率升高的原因分析及对策[J]. 中国妇幼保健 2007, 22(2): 171-173.
- [14] 周珍真, 范玉兰. 产科待产中医疗纠纷及医疗事故的防范[J]. 实用妇产科杂志 2006, 22(4): 241-243.

(本文编辑 章新生)