低温等离子治疗儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征围手术期护理

吴宝凤,何秀珍,杨桂珠 (解放军第92医院五官科,福建南平 353000)

[关键词] 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征;低温等离子;儿童;护理
[中图分类号] R725.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0349-01

阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)是一种睡眠障碍性疾病。病人睡眠时上气道塌陷阻塞引起呼吸暂停和通气不足,伴有打鼾、睡眠结构紊乱、频繁发生血氧饱和度下降、白天嗜睡等病症。儿童阻塞性睡眠呼吸暂停的发病率为1%~3%[1],多因耳鼻咽喉部慢性病变所引起,扁桃体及腺样体肥大是儿童鼾症最常见原因。长期反复发作影响身体发育,应及时手术治疗。我科自2008年10月至2009年3月运用低温等离子手术治疗45例儿童OSAS,获得良好的效果,现将围手术期护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患儿45例,男35例,女10例,年龄3.8~8岁,8例合并腺样体肥大、扁桃体肥大、分泌性中耳炎,32例合并腺样体肥大和扁桃体肥大,5例合并腺样体肥大和分泌性中耳炎,病程4月~5年。本组所有儿童夜间睡眠均有张口呼吸,睡眠打鼾,其中伴有憋气11例。术前检查:双侧扁桃体均为Ⅱ~Ⅲ度,CT片证实腺样体占据鼻咽部2/3以上。

1.2 治疗方法

全部患儿经口腔气管插管静脉复合麻醉。取仰卧头高位,开口器暴露口咽部,麻醉插管置于口角一侧,以不妨碍另一侧手术为宜,双侧鼻腔肾上腺素棉片预先收缩,采用美国Arthrocare公司低温等离子射频消融系统Reflex70刀头。能量设置为7,钳夹扁桃体,沿扁桃体包膜进行切割,遇有出血立即脚踏凝血键止血,随切割的进行始终牵拉扁桃体使其包膜暴露于术野直至完整切除。确认咽鼓管咽口后,内镜直视下采取自下而上,自咽鼓管后唇缘向鼻咽中线,刀头方向指向腺样体,逐渐切除腺样体,创面仍用凝血剂止血。

2 护理

2.1 术前护理

术前应与患儿交谈,取得信任,并运用鼓励和表扬的语言,使患儿能消除恐惧心理,主动接受治疗。说明术前2 d用朵贝尔溶液漱口,以清洁口腔;注意保暖,预防感冒;术前做好各项检查。因儿童配合较差,因此手术必须在全麻下进行,术前10 h禁食,4 h禁水,术前晚用呋麻滴鼻液滴鼻,以减轻上呼吸道阻塞症状,保证良好睡眠。术前30 min常规给予阿托品和苯巴比妥钠,减少肾上腺素腺体分泌,以消除患儿紧张情绪。

2.2 术后护理

2.2.1 全麻术后护理 儿童全麻未清醒前专人守护,气管插管未拔前及时吸出管内分泌物。清醒拔管后,及时吸出口腔内的唾液、血液,防止误吸或窒息。术后取平卧位,头偏向一侧,以便口腔分泌物流出,6 h后血压平稳采取半卧位,密切观察生命体征变化和喉结活动情况。如发现患儿常作吞咽动作或生命体征改变时即有伤口出血可能,应及时报告医生,协助医生检查处理。手术当天嘱患儿不漱口,少说话,不要剧烈咳嗽,痰及分泌物要轻轻吐出,勿吞下,以便观察伤口有无出血现象。

2.2.2 呼吸的观察 OSAS患者,由于夜间睡眠时的呼吸暂停,血液中的CO_2浓度相对较高,呼吸中枢长期处于高浓度CO_2刺激下,其对CO_2的敏感性降低,一旦上呼吸道阻塞病变解除,血液中的CO_2浓度突然降低,此时可产生呼吸中枢麻痹而导致呼吸骤停[2]。所以术后儿童睡眠时应严密观察呼吸频率、深浅及血氧饱和度的变化,观察鼾声情况,如有呼吸不畅,应立即叫醒患儿或改变体位并垫高肩部。术后床旁必备氧气、吸痰器、气管插管及急救药品。

2.2.3 饮食护理 低温等离子创伤小,出血少,全麻完全清醒后6 h可进低盐冷流质饮食,术后第2天进半流质,逐渐过渡到软食、普通饮食。一周内避免吃硬食及刺激性食物,鼓励患儿多说话、多进食、多漱口、多伸舌,以促进局部血液循环,防止感染和创面疤痕形成,促进伤口愈合。本组患儿中45例术后第3天能进半流食,无出血等并发症发生。

3 讨论

低温等离子手术治疗儿童鼾症是一种较为有效的方法。具有创伤小、出血少、疼痛轻、并发症少、愈合好、恢复快等优点,本组45例患儿术后给予密切观察和护理,无出血、窒息等并发症发生,顺利康复。术前做好心理护理和各项准备工作,术后严密观察生命体征,尤其做好呼吸的观察及护理是获得手术成功的保证[3]。

[参考文献]

[1] 赵鹏军. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停并发症的研究进展[J]. 国外医学·儿科学分册,2001,28(4):194.
[2] 卜国铉,杨占泉,董 震. 鼾症和阻塞性睡眠呼吸暂停综合征[J]. 中华耳鼻喉科杂志,1995,30(3):175.
[3] 陈丽勤,郑雪莲,冯德珍. 低温等离子治疗鼻出血的围手术期护理体会[J]. 局解手术学杂志,2008,17(4):257.

[收稿日期] 2009-07-04 [修回日期] 2009-08-18

(编辑:朱志立)