维普资讯 http://www.cqvip.com

要经常给予病人按摩关节周围的肌肉，使之增强血液循环，减轻不适及劳累感。并且要经常检查固定右前臂的石膏绷带是否松动，以防皮管拉脱或扭转而导致皮管坏死。

（三）鼻成形术后护理及病情观察：鼻成形术后要定时观察鼻尖部皮肤的色泽，温度，弹性，如果温度降低，色泽紫红、弹性差，则提示静脉回流障碍，应及时报告医生做相应的处理。为保持鼻腔清洁，要及时吸出鼻腔内的分泌物，每日用 1∶10 庆大霉素滴鼻，每日 3 次，以防鼻根部缝合处感染。

（四）其它有关的护理：1. 供皮区的护理，注意观察供皮区敷料有无渗出，松解及脱落，如果有上述情况，要及时更换敷料。2. 饮食护理。病人手术次数多，手术切口多，创伤大，因此，术后必须供给充足的营养才能确保再造鼻的成活及创口的愈合。应予以易消化、营养价值高的饮食。3. 出院护理：做好出院指导，嘱病人出院后加强营养，增强体质。皮管移植所形成的器官感觉恢复较慢，一般先从蒂部开始逐渐向中间恢复，大约 4～6 周后器官有知觉，1 年后感觉可大部或全部恢复。通常是先恢复痛觉，最后才是冷热感觉，所以，一定要嘱病人出院后一定要注意鼻部保暖，切勿受外力及冷热损伤，定期来复诊。

（收稿日期：1995—04—15）

脊膜膨出围手术期的护理

河北省儿童医院　李朝华

（河北石家庄，邮政编码 050031）

脑脊膜膨出发生于先天性脊椎裂和颅裂畸形患儿，分为脊椎裂并脊膜膨出和脊椎裂并脊髓脊膜膨出，可发生于脊椎轴线上的任何部位。颈部、胸部、腰部、腰骶部。单纯脊膜膨出包块内只有脑脊液，呈囊性。脊髓脊膜膨出包块内有脊神经组织。我院自 1989 年以来，收治此类病症患儿 87 名，行脊膜膨出切除、硬脊膜修补术 81 例。由于脊膜膨出患儿可合并脑脊液生成和循环障碍，膨出的脊髓神经组织随生长牵拉可致脊髓神经损伤，以及手术的剥离、切除等，术后可能出现的并发症增多，需特别细致的观察护理，以尽可能佳的恢复各种功能。现将我们对脊膜膨出患儿的护理体会介绍如下，供同道参考。

术前准备

一、观察膨出部肿块、下肢运动情况，有无大小便失禁等，测量头围。已有两下肢严重瘫痪，大小便失禁和伴有脑积水者，不适宜手术。

二、侧卧位，保护膨出部位及皮肤清洁干燥，皮肤不受磨擦及压迫。膨出物囊壁菲薄者注意保护勿使破溃，并争取及早行手术治疗。已破溃者视病情或尽早手术或感染控制后即行手术。皮肤糜烂或有湿疹者，对症处理。可用烤灯保持干燥或涂药，至治愈方可行手术。

三、术前备皮需非常认真仔细。有的脊膜膨出囊壁菲薄，有的膨出物蒂细囊大，有的根基部多毛，加之患儿年幼不懂事，时而哭闹扭动，很不好备，更需耐心细致，一丝不苟，左手握一纱布，绷紧皮肤，右手持保险刀，动作轻柔一下下剃净。可将囊壁轻压下一侧，一部分一部分的刮，注意将凹陷处剃干净，切勿划伤皮肤。

四、备皮时一般取俯卧位，可于身下相应部位垫高。一方面更好暴露备皮区，一方面防止患儿俯卧时头部向一侧过度扭转引起呼吸抑制。备皮时随时注意患儿的呼吸、面色等情况，特别是高位膨出如颈部及枕部脑脊膜膨出患儿。临床曾见备皮时俯卧位头转向一侧患儿突然出现面色苍白、呼吸浅慢现象。

五、保持较好营养状况，避免受凉感冒。

六、膨出物大，基底部宽者，术中出血多做好输血准备。其它处理同小儿外科术前准备。

术后护理

一、患儿麻醉清醒前侧卧，注意保持呼吸道通畅。清醒后俯卧位或侧卧位，臀部略抬高。切口处置小沙袋压迫 24～48 小时，以促进伤口愈合，防

维普资讯 http://www.cqvip.com

脑脊液漏。至 7～9 天拆线后再坐起或抱起。

二、注意保护伤口处敷料清洁不被污染。颈部敷料注意勿被溢奶或呕吐物浸污，喂奶时及喂奶后侧卧，口边垫以小毛巾，浸湿后及时更换。腰骶部及骶尾部脊膜膨出。采用塑料薄膜保护法。方法：剪一略大于切口敷料之塑料薄膜，预先以新洁尔灭液浸泡消毒后晾干，用 2cm 宽胶布呈“ ”形粘于敷料外，开口朝上，以防尿便污染伤口敷料造成感染。随时清洁肛门及周围皮肤。

三、根据医嘱适当应用镇静剂，减少患儿哭闹，以利切口愈合。

四、术后观察要点：1、注意观察伤口有无渗血，特别注意有无脊液漏现象。如发现敷料被淡红色或无色液浸湿，应立即通知医生进行检查，必要时再行修补。2、密切观察肢体活动情况，有的患儿因囊肿压迫牵拉术前肢体活动感觉障碍，术后可明显恢复或逐渐恢复。有脊髓脊膜膨出患儿，可因术中剥离或切除囊肿时的损伤，术后下肢功能无恢复或减弱、消失，特别是腰骶部膨出者，注意有无下肢软瘫及大、小便失禁。3、术后每日测量头围，并与术前比较。观察前囟张力和有无呕吐、头痛、烦燥不安等颅内压增高表现，警惕急，慢性脑积水的发生。4、注意观察意识、精神状况及饮食、哺乳情况，注意生命体征变化和囟门紧张度，如有发热、头痛、呕吐、哭声尖叫颈有抵护等异常变化，立即报告医生，警惕脑膜炎征象。术后应用足量有效护生素。

五、做好基础护理。切口疑有感染，可用红外线烤灯照射 20～30 分钟，每日 2 次，以促进局部血液循环，保持干燥，利于切口愈合。

（收稿日期：1995—05—05）

脓胸行胸腔闭式引流术的护理体会

河北省儿童医院胸外科　赵鞍鸣

（河北石家庄，邮政编码 050031）

胸腔闭式引流术是临床常用的一种治疗方法，被运用于血胸，气胸和脓胸治疗中以及胸部手术后的引流，以排除积气，脓液和渗液，恢复和保持胸腔的负压，促进病变的愈合。

我病区自 1993～1994 年间，共收治了 55 名各种原因导致脓胸而实行胸腔闭式引流的患者，其中年龄最小的仅 1 $\frac{3}{12}$ 岁，最大约 67 岁，小儿 47 例、成人 8 例，经过积极的治疗和合理的闭式引流无一例出现感染，55 例患者皆痊愈出现，通过对这些患者的治疗和护理，我们对胸腔闭式引流的作用和意义有了进一步的理解，异在护理上取得了一定的体会。

一、确保引流管的通畅

急性脓胸行胸腔闭式引流是很重要的治疗措施，为使胸腔内脓液迅速排出体外，为保证引流管的通畅，我们主要从两方面加以注意，一是选择适宜长度的引流管，不致因过长而发生引流管曲折，也不致引流管过短而产生牵拉。在放置引流管的同时，并嘱咐患者或患儿家属在病人体位改变时，不得牵拉和挤压引流管，二是认真观察水封并中玻璃管内的波动情况，并定时用手挤捏引流管，以防止其纤维素成粘稠的脓汁阻塞引流管，必要时用生理盐水成甲硝唑溶液冲洗引流管，以保证引流管的通畅。

二、保持引流管的屈封

闭式引流是靠水封并中的液体使胸腔与外界空气隔绝，因而水封并及引流管的密封与否就成为引流成功与否的前题，因此我们规定，每次使用引流装置前，必须认真检查整个装置的密封情况，每次交换时，都要认真观察水封并和并塞，引流管和接口处有无漏气现象，观察水封并内玻璃管是否在液面以下，每次更换水封并时，都要用两把止血钳夹止胸导管近端及引流管，以防气体进入胸腔，并嘱病人及家属，在患者活动时，切勿牵拉引流管，以防引流管滑脱成水封并破损，一旦出现上述现象，应立即将引流管近端折叠捏紧，再找医护人员重新安装。

三、严格无菌操作，胸腔闭式引流时，引流管直接与胸腔相通，它不仅排出脓液，并可能成为上