

17例人工电子耳蜗植入术患儿围手术期护理

袁 芳

(济宁医学院附属济宁市第一人民医院, 山东 济宁 272011)

摘要 目的 探讨电子耳蜗植入术围手术期的护理方法。**方法** 通过对17例重度感音神经性耳聋患者进行心理护理,术前减轻患者的紧张情绪,术后做好各种护理;包括手术切口愈合情况、可能并发症的预防、患者饮食,术后语言康复训练等方面进行心理护理。**结果** 17例患儿术后创口均愈合好,患儿心理状态良好,无手术并发症的发生。**结论** 做好人工电子耳蜗植入术围手术期护理对于提高手术成功率,减少并发症,缩短患儿的在院日期有重要意义。

关键词 人工电子耳蜗;围手术期护理;心理护理;护理质量

中图分类号:R764.93;R473.6 **文献标志码**:B **文章编号**:1000-9760(2013)04-130-03

人工耳蜗即电子耳蜗可以通过特殊的声一点能转换电子装置帮助中度及全聋患者产生听觉,电子耳蜗植入术最适宜年龄最好在1~6岁间语前聋的重度聋患者或语后聋患者^[1]。我科自2010年3月份以来成功实施了17例患儿人工电子耳蜗植入术,患者手术效果良好,特别是各级护士密切观察病情,及时根据具体情况制定相应的护理措施并予以实施,患者疗效满意,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 观察对象

收集2010年3月至2012年8月份至本院就诊患者共17例,其中男15例,女2例;年龄3~15岁,平均年龄7岁,均为先天性重度聋。纳入标准:双耳重度或极重度感音神经性耳聋,助听器及其他助听装置无法改善听力的患者,术前行听力学耳科影像学评估,有手术适应症;无手术禁忌症;家庭全力支持;正确认识人工耳蜗,且有适当的期望值以及一套完整的听力语言康复计划。

1.2 方法与结果

17例患者均在全身静脉麻醉下行电子耳蜗植入术,手术顺利,植入电极,术后常规患耳包扎1周左右,7~9d拆线。

2 术前护理

2.1 健康教育

向家属做好住院健康宣教,介绍主治医师、护士长以及责任护士。与患者及家属沟通并了解患者的一般情况,对患者的病情进行初步的评估,了

解患者耳聋出现的时间、原因、程度、残余听力情况,以及患者识字程度及与人沟通的能力。多数患者家属对手术的能否成功、手术的效果存在很多顾虑,担心手术治疗后不能达到预期效果。责任护士一定要做到耐心和蔼的与患者家属交流,以增强患者对治疗的信心。因为本类患者长期的言语交流障碍,导致了患者智力开发迟滞等问题,从而给患者及家属带来了无限的痛苦与烦恼。因此大多迫切要求手术,而且往往存在较高的手术期望值,而过高的手术期望值却是造成手术收效不满意的直接原因。此时针对对手术期望值过高而产生的焦虑心理进行疏导,有效的术前护理可以最大限度地降低患者及其家属的焦虑程度,同时与其建立一种相互信任关系。植入电子耳蜗装置术后重建新的语言环境也是很重要的,只有建立好新的语言环境才能达到预期的目的,因此要求患者家属要做好长期治疗的心理准备,告知患者术后言语训练的重要性及长期性,获得患者家属的配合。

2.2 心理护理

患者多年龄尚幼,因其自幼听力较差,多存在不同程度的交流障碍,对此,责任护士应首先通过自我介绍,并多于患儿沟通以消除其对医护人员产生的恐惧感;其次通过与患者家长的交流了解患儿的性格特点及生活习惯,以便于更好地和患儿交流。此时要注意,应以朋友的态度与患者进行交流。重度及极重度耳聋的患者因为不能正常与他人沟通交流,因此也失去了很多同龄孩子所有的乐趣,因此此类患者的心理往往比较敏感,特别是语前聋的患儿,性格孤僻、偏执。不少患者或多或少

的存在着自卑、消极、孤僻的心理,且性格往往倔强,如若对手术严重恐惧,将很难配合治疗和护理。因此在与他们交流时,应该表现在充分尊重他们的前提下以朋友的身份进行,切记注意语气,不可充满怜悯,要耐心、细致以取得他们的信任。此时的交流,可以应用通过手语、口型、书面文字等与患者沟通,如术后刀口疼痛就指一下刀口、皱一下眉头等等。行之有效的沟通,对于患者围手术期的护理非常重要。术前通过应用手语或口型、书面文字等方式进行交流,充分取得他们的信任,使患者能以良好的心理状态接受手术和治疗护理。

2.3 术后不适反应

术后可能出现局部疼痛、渗血、头部水肿、眩晕、恶心、头痛等不适反应,一旦术后出现不适应及时告知医务人员。

2.4 术前准备

手术前禁饮食时间大于 6h,及时与患者沟通,减轻患者术前恐惧感,以保证充足的睡眠。于手术当日清晨做好皮肤准备,同时对病房进行合理的清洁,患者返病房前做好患者病房的消毒工作。

2.5 知识准备

术前充分了解患者的病情,与主管医生探讨手术后可能发生的情况,如损伤面神经,淋巴管瘘的形成,迷路炎,以及切口感染、出血、伤口不愈合、排异反应、电极失败等并发症。要学会观察,及时发现及时处理,做到护理患者心中有数。

3 术后护理

3.1 一般护理

手术当日取平卧位或取健侧平卧位,术后 6h 后可取半卧位。嘱咐患者术后应卧床休息 3~5d,避免头部剧烈活动,要注意保持头部平稳,特别是咀嚼、咳嗽、翻身应特别注意缓慢进行,防止植入的内部装置移位。饮食上建议给予易消化高营养流质饮食,以减少咀嚼运动,要注意加强维生素、蛋白质及纤维素的摄入,特别是 2 岁以下儿童要加强果汁(水果)的摄入^[4]。本组 17 例患者未出现电极脱落或移位者。

手术后头部绷带加压包扎,时间一般为 2d 左右。与患者及其家属说明加压包扎是为了预防和减少术腔渗血所造成的血肿而导致切口不愈合,加压包扎非常重要。术后 7d 拆线,耳内 10~14d 换药,取出纱条。17 例患者术后切口均可达甲级愈合。

3.2 并发症的观察

3.2.1 颅内并发症的观察

电子耳蜗植入术是将电子耳蜗插于耳蜗鼓阶内,可触及外淋巴液,因此对于 CT 不能检查出来的内耳畸形患者,术中、术后均可能会出现淋巴瘘;但是鼓阶外淋巴液借蜗小管与蛛网膜相通,术后可通过降颅压、抗感染等治疗用以减少淋巴瘘的发生,同时还可以预防颅内感染的发生。引起感染的主要原因可能是术中损伤或对电子耳蜗的排异反应。可以通过严密监测患者体温的变化及应用足量抗生素来预防感染的发生。此外,更重要的是还要密切观察患者的基本生命体征、意识和瞳孔情况,检查有否颈项强直,主动询问患者是否感到头痛、恶心等不适反应,观察患者是否出现颅内并发症。还应注意患者是否在改变体位时出现鼻流清水或耳流清水等症状,观察患者是否并发脑脊液鼻漏或者耳漏的发生。但是,一些因迷路炎也可产生的眩晕、恶心、呕吐症状,中耳积液也可致耳胀感。因此护士应密切观察病情变化,发现异常立即通知值班医生并进行必要的处理。

3.2.2 面神经功能观察

要严密观察患者是否出现面瘫,要仔细观察患者是否出现眼睑闭合不全,是否伴有口角歪斜,有无鼻唇沟变浅等,一旦发现异常及时汇报主管医生。还应注意患者是否并发脑脊液鼻漏或者耳漏的发生。

本 17 例患者未出现上述并发症。闵双凤^[5]报道 1 例患者术后因干眼痛而不愿睁眼,局部用药后症状缓解,可能是术中钻头在面神经上产热引起的面神经损伤,对症治疗后病情好转。

3.3 防止电极脱落固定

电极是手术成功的关键。因此,术后患者需绝对卧床 4d。护理人员应给患者以舒适的侧卧位(手术对侧);保持病室安静,细致周到地做好生活护理;叮嘱患者不要做剧烈的头部运动和下颌骨活动,以进流食、半流食为宜。通过精心护理,17 例患者未出现电极移位或脱落。

3.4 术后切口护理

要保持外耳道的清洁,干燥,可用挤干的消毒酒精棉球放在外耳道口,每天更换。嘱患者拆线后在洗头或淋浴时应将棉球堵塞外耳道口,防止污水进入术耳而继发感染。

3.5 术后密切观察病情变化及头皮肿胀情况

发现有异常及时报告医生。本组病例有 2 例术后发生头皮水肿,及时报告医生并予以处理,7d

后恢复正常。

4 手术后联系语训中心进行语训

应保护好电子耳蜗的外装置及证明卡,避免剧烈运动和撞击,避免头剧烈活动,防止内置部件移位,3~6个月内尽量不要做飞机。

预防呼吸道感染,注意保暖,加强锻炼,增强机体抵抗力,一年内不可进行游泳,跳水等运动。告知患者家属术后2~3周开始戴外部装置,对于体外部件,注意防潮、防静电、防粗暴,同时还要注意远离高压电、强磁场,避免行MRI、CT等检查。

人工电子耳蜗植入术是一项新技术,对促进耳聋患者康复起到积极作用。细致的围手术期护理对保证手术安全、减少并发症的发生有重要意义,因此要不短的分析总结,不断地积累经验,减少围手术期并发症的产生,确保手术的成功。本组17例患者:术前住院平均2d,术后住院平均7d,有5

例患者诉头晕明显,1例头痛明显,无呕吐,给予对症治疗后好转。两例患者术侧绷带包扎区明显头皮软组织肿胀,给予绷带适当减压后好转,余无明显并发症发生,全部安全出院。

参考文献:

- [1] 田勇泉.耳鼻咽喉-头颈外科学[M].7版.人民卫生出版社,2008:309-310.
- [2] 温兰英,胡丽莹,黄建国.大前庭水管综合征患者人工耳蜗植入术的护理[J].现代护士,2012,3(3):77-79.
- [3] 周利辉.先天性耳聋伴颅内异常病人人工耳蜗植入术的护理[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(2):143-144.
- [4] 肖本泓,张文萍,李平.28例人工耳蜗植入术患儿的护理[J].天津护理,2009,17(2):76-77.
- [5] 闵双凤.人工耳蜗植入术患儿围手术期护理[J].郑州大学学报(医学版),2004,39(3):546.

(收稿日期 2013-03-01)

(上接第126页)维及血管化间质建立,最终EMS得以发生和发展。在这个过程中,CD44v6为MMP-9定位于细胞表面提供了受体,同时可以通过与MMP-9结合而激活肿瘤坏死因子- β (TGF- β),导致新生的血管生成^[13]。血管生成过程中的内皮细胞循环及血管结构形成均需要MMP-9对ECM的降解和重建,协同促进了EMs的发生发展。随着新药如MMPs抑制剂和VEGF抑制剂的问世以及在恶性肿瘤中的应用,为EMS的治疗提供了新的研究方向。

参考文献:

- [1] O Down MJ,Philipp EE. The history of obstetrics and gynecology[M]. New York: The Part henon Publishing Group, 2000:523-525.
- [2] Takehara M, Veda M, Yamashita Y, et al. Vascular endothelial growth factor A and C gene expression in endometriosis[J]. Hum pathol, 2004, 35(11): 1369-1375.
- [3] Kim SH, Choi YM, Choung SH, et al. Vascular endothelial growth factor gene +405C/G polymorphism advanced stage endometriosis[J]. Hum Reprod, 2005, 20(10): 2904-2908.
- [4] Pepper MS, Ferrara N, Orci L, et al. Potent synergism between vascular endothelial growth factor and basic fibroblast growth factor in the induction of angiogenesis in vitro[J]. Biochem Biophys Res Commun, 1992, 189(2): 824-831.
- [5] Fujii EY, Nakayama M, Nakagawa A. Concentrations of receptor for advanced glycation end products, VEGF and CML

in plasma, follicular fluid, and peritoneal fluid in women with and without endometriosis[J]. Reprod Sci, 2008, 15(10): 1066-1074.

- [6] 辛晓燕,李洁,严瑞兰,等.血管生成因子在子宫内层异位症中的作用[J].现代妇产科进展,2001,10(3):187-189.
- [7] Szamatowicz J, Laudanski, Tomaszewska I, et al. Matrix-metalloproteinase-9 and tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1: a possible role in the pathogenesis of endometriosis[J]. Hum Reprod, 2002, 17(2): 284-288.
- [8] 沈蓉,田永杰. MMP-9、TIMP-1在子宫内层异位症患者子宫内层中的表达及意义[J].山东医药,2006,46(17):20-22.
- [9] Nap AW, Griffion AW, Dunselmang A, et al. Anti-angiogenesis therapy for endometriosis[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2004, 89(3): 1089-1095.
- [10] Evers JL, Willebrand D. The basement membrane in endometriosis[J]. Fertil Steril, 1987, 47(3): 505-507.
- [11] 邱晓红,李荷莲.基质金属蛋白酶MMP-2、MMP-9及其抑制因子TIMP-1、TIMP-2在子宫内层异位症中的表达及意义[J].中国实用妇科与产科杂志,2004,20(3):158-160.
- [12] Lu XE, Ning WX, Dong MY, et al. Vascular endothelial growth factor and matrix metalloproteinase-2 expedite formation of endometriosis in the early stage ICR mouse model[J]. Fertil Steril, 2006, 8: 1175-1181.
- [13] Yu Q, Stamenkovic I. Cell surface-localized matrix metalloproteinase-9 proteolytically activates TGF- β and promotes tumor invasion and angiogenesis[J]. Genes Dev, 2000, 14(2): 163-176.

(收稿日期 2013-03-11)