

儿科护理与操作技术

梁菁靖 编

非外借



科学出版社

儿科护理与操作技术

梁菁靖 编

科学出版社

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书结合儿科护理理论,针对儿科常见病、多发病,讲解儿科护理操作。根据儿科护理操作标准,结合儿科护理临床实际,按照疾病分类,讲解儿科护理操作。本书共12章,第1~6章为儿外科疾病护理操作技术,第7~12章为儿内科疾病护理操作技术。全书注重护理学专业特色,既包括深入浅出的理论知识,又与护理临床实际相结合。注重儿童心理、情感发育问题的干预和护理,强调人文知识向专业知识的渗透,体现了以儿童及其家庭为中心的护理理念和整体护理观。

本书适用于国内护理院校的学生,以及各级医院的护理人员。

图书在版编目(CIP)数据

儿科护理与操作技术 / 梁菁靖编. —北京:科学出版社,2018.8

ISBN 978-7-03-057996-6

I. ①儿… II. ①梁… III. ①儿科学-护理学-教材 IV. ①R473.72

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第130342号

责任编辑:朱 华 / 责任校对:郭瑞芝

责任印制:张欣秀 / 封面设计:陈 敬

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京凌奇印刷有限责任公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018年8月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2018年8月第一次印刷 印张:15

字数:350 000

POD定价:128.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

儿童身心健康关系到国家和世界的未来,由于儿科患者年龄小,自我表达能力差,认知能力不足,自身抵抗力也比较薄弱,更容易受到病毒的感染和入侵,疾病种类繁多且复杂,需要得到的更多的保护和更多护理。以上特点对儿科护理的技术含量要求更高,对护士的耐心程度要求也更高。熟悉儿童生长发育规律,掌握儿童疾病诊断、预防、治疗和护理的各项措施,对促进和保障儿童的健康成长,十分重要。

本书结合儿科护理理论,针对儿科常见病、多发病,讲解儿科护理操作。本书参考了大量的国内外儿科护理操作标准,结合儿科护理的实际情况,按照疾病特点,提供给患儿符合其生长发育特点的照护。本书补充更新了一些儿科专科操作及最新的儿科护理操作技术。

本书共 12 章,第 1~6 章为儿外科疾病护理操作技术,第 7~12 章为儿内科疾病护理操作技术。全书注重护理学专业特色,既包括深入浅出的理论知识,又与护理临床实际相结合。注重儿童心理、情感发育问题的干预和护理,强调人文知识向专业知识的渗透,体现了以儿童及其家庭为中心的护理理念和整体护理观。本书适用于国内护理院校的学生,以及各级医院的护理人员。

本书虽经过多次修改及审校,但限于编者水平,书中如有疏漏和不当之处,恳请各院校师生、临床护理工作批评、指正,以期再版修订时改正。

作 者

2018 年 3 月

目 录

上篇 儿外科疾病护理操作技术

第一章 头部和颈部疾病的护理..... (1)	第五节 异位输尿管口 (83)
第一节 唇裂与腭裂..... (1)	第六节 膀胱外翻 (86)
第二节 甲状舌管囊肿或瘻..... (6)	第七节 肾母细胞瘤 (90)
第二章 胸部疾病的护理 (10)	第五章 运动系统疾病的护理 (97)
第一节 先天性膈疝和膈膨升 (10)	第一节 小儿骨折总论 (97)
第二节 食管闭锁与气管食管瘻 ... (13)	第二节 锁骨骨折..... (102)
第三章 腹部疾病的护理 (17)	第三节 肱骨髁上骨折..... (103)
第一节 先天性肥厚性幽门狭窄 ... (17)	第四节 股骨干骨折..... (105)
第二节 急性阑尾炎 (21)	第五节 先天性斜颈..... (107)
第三节 急性腹膜炎 (25)	第六节 发育性髋关节脱位..... (111)
第四节 胆管闭锁 (29)	第七节 先天性马蹄内翻足..... (116)
第五节 小儿门静脉高压症 (33)	第八节 臀肌挛缩症..... (121)
第六节 小儿肠套叠 (40)	第九节 急性血源性骨髓炎..... (125)
第七节 肠梗阻 (45)	第十节 骨肿瘤..... (130)
第八节 先天性巨结肠 (49)	第六章 急症儿童的护理..... (137)
第九节 肛门闭锁 (54)	第一节 急症的处理原则..... (137)
第十节 腹股沟疝 (58)	第二节 急性中毒..... (138)
第十一节 腹部肿瘤 (62)	第三节 出血..... (144)
第四章 泌尿生殖系统疾病的护理 ... (67)	第四节 惊厥..... (148)
第一节 隐睾 (67)	第五节 心跳、呼吸骤停 (153)
第二节 包茎和嵌顿包茎 (70)	第六节 小儿烧伤..... (157)
第三节 尿道下裂 (74)	第七节 急腹症..... (164)
第四节 先天性肾积水 (78)	第八节 一般创伤..... (168)

下篇 儿内科疾病护理操作技术

第七章 消化系统疾病的护理..... (172)	第一节 小儿呼吸系统解剖生理特点 (181)
第一节 口炎..... (172)	第二节 急性上呼吸道感染..... (182)
第二节 小儿腹泻病..... (174)	第三节 急性感染性喉炎..... (184)
第三节 急性坏死性肠炎..... (179)	第四节 急性支气管炎..... (185)
第八章 呼吸系统疾病的护理..... (181)	

第五节 肺炎····· (186)	第十一章 泌尿系统疾病的护理····· (213)
第六节 支气管哮喘····· (190)	第一节 概述····· (213)
第九章 循环系统疾病的护理····· (193)	第二节 急性肾小球肾炎····· (213)
第一节 先天性心脏病····· (193)	第三节 原发性肾病综合征····· (216)
第二节 病毒性心肌炎····· (199)	第四节 泌路感染····· (218)
第三节 心内膜弹力纤维增生症 ····· (200)	第十二章 神经系统疾病的护理····· (221)
第四节 血管迷走性晕厥····· (201)	第一节 概述····· (221)
第十章 造血系统疾病的护理····· (204)	第二节 细菌性脑脊髓膜炎····· (221)
第一节 小儿造血和血液特点····· (204)	第三节 中枢神经系统病毒感染 ····· (224)
第二节 营养性缺铁性贫血····· (205)	第四节 急性感染性多发性神经根 神经炎····· (225)
第三节 营养性巨幼细胞贫血····· (206)	第五节 小儿癫痫····· (227)
第四节 原发性血小板减少性紫癜 ····· (208)	第六节 脑性瘫痪····· (230)
第五节 血友病····· (209)	参考文献····· (234)
第六节 急性白血病····· (210)	

上篇 儿外科疾病护理操作技术

第一章 头部和颈部疾病的护理

第一节 唇裂与腭裂

唇裂和腭裂是口腔颌面部外科常见的先天性畸形,其发生率约为 1:1000。正常的胎儿,在第 5 周以后开始由一些胚胎突起逐渐互相融合形成面部,如未能正常发育,便可发生畸形。其中包括唇裂和腭裂。

一、病 因

(一) 遗传因素

亲属中有类似畸形者,发病率较高。

(二) 胎儿的环境因素

1. 妊娠疾病 母体妊娠期间因病毒性感染、外伤,以及营养和维生素 A、维生素 B、维生素 C、维生素 E 等的缺乏可导致胎儿畸形。

2. 放射线的影响 接受放疗的患者生畸形儿的概率较高。

3. 内分泌失调 孕妇长期紧张或强烈的惊恐、悲伤状态而出现应激反应,造成内分泌失调,导致胎儿畸形。

4. 药物致畸 许多药物通过胎盘进入胚胎而影响其发育,如链霉素、肾上腺皮质激素、苯巴比妥等都有致畸作用。

二、病理及发病机制

(一) 胚突融合学说

由于胚胎期间唇、腭的正常发育过程受到某些因素的作用而阻碍了胚胎突起的正常发育及融合过程时,就会产生各种相应的畸形。例如,2 个下颌突未能如期融合,则发生下唇裂或下颌裂;上颌突与球状突未如期融合则发生唇裂,一侧未融合为单侧唇裂,两侧者为双侧唇裂;上颌突与下颌突未融合则为面横裂;2 个球状突未融合则为上唇正中裂;上颌突与侧鼻突融合障碍则为面斜裂;中腭突与侧腭突融合障碍则发生完全腭裂,一侧未融合为单侧腭裂,两侧者为双侧腭裂;如第 9 周才出现阻碍 2 个侧腭突融合的因素,则发生不全腭裂;到第 12 周时才出现障碍就会发生软腭裂、腭垂裂。

(二) 中胚层团渗入学说

先由外胚层及内胚层组织融合成两层膜状结构,再由中胚层组织渗入其间形成肌肉、神经、血管、骨和软骨等,以强化膜状结构。如其没有渗入或渗入不足,薄弱的膜状结构不

能随周围组织的迅速发育同步生长,在最薄弱的部位受牵拉而发生不同程度的断裂,即形成不完全或完全唇裂、腭裂或隐裂。

三、临床表现

唇裂与腭裂主要表现为面部畸形。单纯唇裂除造成面部畸形外,对患儿吸吮和发音功能影响较小。同时伴有腭裂者,因口腔与鼻腔相通,吸吮时不能在口腔内形成所需要的负压,致使患儿吸吮困难,吞咽时乳汁从鼻腔溢出。由于鼻腔相通,鼻咽黏膜经常受寒冷刺激,易发生上呼吸道感染。如炎症扩散,可引起中耳炎。

根据胚胎发育过程,临床一般将唇裂和腭裂分为以下类型。

唇裂通常为上唇裂,分为单侧唇裂(完全、不完全)、双侧唇裂(完全、不完全和混合裂)和正中裂(伴或不伴鼻正中裂)。按裂隙程度分为三度:一度唇裂为唇红部裂开;二度唇裂的裂隙超过唇红,但鼻孔底部尚完整;三度唇裂是由唇红到鼻孔底部完全裂开,有时还伴有牙槽突裂及腭裂。

腭裂分为单侧腭裂和双侧腭裂。根据裂隙的程度也分为三度:一度腭裂为软腭及腭垂裂开;二度腭裂是软腭和部分硬腭裂开,但牙槽突完整;三度腭裂的裂隙自腭垂直抵牙槽突,有时牙槽突的两部分跳离较远,并常伴有同侧唇裂。

四、诊断

先天性唇、腭裂的诊断,根据症状、体征及检查是比较容易的。一个完整的诊断名称应包括部位和裂度两方面的内容,如右侧二度唇裂、双侧完全性腭裂等。

五、治疗

唇裂和腭裂均需手术治疗。唇裂手术的目的主要是恢复上唇和鼻部正常形态及正常的吸吮和语言功能。手术方法很多,如直线法、矩形瓣法、三角瓣法和旋转推进法等。而腭裂手术的主要目的是闭合腭部裂隙,使口、鼻腔分开;恢复正常的解剖形态,并获得足够长度和灵活度的软腭;缩小咽腔,以达到良好的腭咽闭合,改进发音和吞咽功能。唇裂与腭裂同时存在时,应分期手术,先修复唇裂,然后再修复腭裂。

六、护理评估

(一) 病情评估

术前详细评估唇、腭裂的严重程度及伴发畸形,进一步检查有无其他面部、四肢及内脏器官的先天性畸形存在,如面裂、多指(趾)、并指(趾)、畸形足、脊柱裂、心脏畸形等。

(二) 评估患儿的营养状况

唇、腭裂小儿因喂养不当或营养不良,体重往往不够标准,须注意评估患儿营养不良的程度及其喂养方式是否正确。如患儿体重与标准体重差距太大时,应先改善营养状态后再行手术。

(三) 评估手术区的情况

评估手术区有无皮肤湿疹、疖肿等,口鼻腔卫生状况如何等。

(四) 父母心理评估

不同父母的心理反应差异很大,对缺陷儿的反应包括一段时期的失落与哀伤,然而震惊过后随之而来的可能是不相信和否认。父母会有强烈的罪恶感,认为自己做错了什么,尤其若父母之一,本身为唇、腭裂患者时,此种罪恶感更为强烈,所有种种负面情绪均需及早予以支持和保证。

七、护 理 诊 断

(一) 患儿方面

1. 潜在营养状态改变(低于机体需要量) 与畸形引起的吸吮困难有关。
2. 潜在性感染——中耳炎 与软腭功能改变,造成中耳引流功能无效有关。
3. 潜在性言辞沟通障碍 与因腭弓形态造成的语言问题,因中耳炎反复发作导致听力受损有关。
4. 有窒息的危险 与全麻术后呕吐、痰多而咳嗽无力、喂养不当有关。
5. 舒适的改变 与组织损伤、口咽部肿胀、药物的不良反应、各种注射引起的疼痛有关。
6. 吞咽困难 与口内切口和咽部疼痛影响进食,口腔内伤口填塞敷料,术后恶心、呕吐有关。
7. 语言沟通障碍 与口咽部伤口疼痛,敷料填塞,术后禁发声等,以及心理因素如自卑、害羞、不愿与人交谈等有关。
8. 有潜在并发症的危险——出血、呼吸道梗阻、伤口感染和伤口裂开或穿孔。

(二) 家长方面

1. 潜在家庭因应能力失调 与对新生儿颜面部缺陷的震惊反应,新生儿喂食形态的改变有关。
2. 知识缺乏 与缺乏正确喂养和照看患儿的知识,对手术及手术前后的注意事项缺乏应有的知识有关。

八、护 理 目 标

(一) 患儿方面

- (1)能摄取足够的营养,体重在正常范围。
- (2)感染能得到预防或中耳炎被早期发现和处理。
- (3)患儿能明白医护人员讲话的内容,护患之间建立有效的交流方式。
- (4)患儿术后不发生窒息。
- (5)患儿舒适感增加,能安静入睡。
- (6)能摄入足够的营养,体重在正常范围。
- (7)能用恰当的语言或其他方式进行沟通。
- (8)患儿不发生并发症或并发症被及时发现和处理。

(二) 家长方面

- (1)达到良好的家庭适应。

(2)能正确喂养和照顾患儿,能描述手术前后的注意事项并对手术效果有正确的认识。

九、护 理 措 施

(一) 患儿方面

1. 术前护理

(1)建立良好的护患关系,增加患儿对手术的信心。在护理患儿时采取各种方法关心体贴患儿,注意观察其性格特点,了解他们的要求。让患儿尽快熟悉新的环境,适应新的生活规律,减少陌生感及焦虑心理。对较大的患儿,可以让同病室的同类患儿现身说法,稳定其情绪。放慢说话的速度,使患儿有亲切感,尽量解答患儿提出的问题。

(2)观察患儿的营养状况,若体重低于正常范围、有营养不良及贫血者,应给予高蛋白、高热量的饮食,也可应用静脉内营养,待全身情况改善、贫血得到纠正后再行手术。

(3)术前1天给予局部皮肤准备,用肥皂水清洗上下唇及鼻部,并用生理盐水棉球擦洗口腔;指导患儿入院后每餐后应刷牙,术前2天用复方硼砂溶液漱口,每天3次;对婴幼儿,应使用棉签或棉球清洁口、鼻腔,避免擦破黏膜。

2. 术后护理

(1)防止发生窒息:术后患儿取屈膝侧卧位,头偏向一侧,防止口内分泌物或呕吐物吸入呼吸道;及时吸出口鼻及呼吸道分泌物,保持气道的通畅;遵医嘱予以吸氧;心电监护仪连续监测生命体征及血氧饱和度,观察患儿面色、神志等,直至平稳;喂食时汤勺不宜过大,每次少量,待患儿吞咽后再喂第二口;如发现患儿声音嘶哑,说明有喉头水肿,应及时通知医师应用激素治疗并严密观察呼吸;发现有呼吸困难时应及时行气管切开。

(2)改善患儿的舒适程度:保持病室环境的安静舒适,尽量由父母陪伴身边;做各项操作前做好必要的解释,争取患儿的配合,并努力提高操作护理技能,减轻患儿痛苦;遵医嘱给予镇痛药或镇静剂,并观察药物疗效。

(3)饮食护理:患儿完全清醒4小时后,可喂少量葡萄糖溶液,观察半小时,没有呕吐时可进流质饮食。流质饮食应维持至术后2~3周,半流质饮食1周,1个月后可进普食。

(4)保持伤口清洁:术后当日伤口有渗血可用棉签轻轻擦去,预防上呼吸道感染,以免流涕、咳嗽致使伤口糜烂、破溃甚至伤口裂开。伤口若有干血痂可先用1.5%过氧化氢擦洗,再用75%乙醇消毒,再涂眼药膏保护。术后3天内每天清洁伤口。鼻腔分泌物多者可用含抗生素的低浓度麻黄碱液滴鼻。如有外敷料,于24小时后去除,唇弓保护伤口。餐后食物残渣留在伤口,及时清洗干净。

(5)保持患儿安静:术后2周内,避免患儿大声哭闹和不必要的口内检查,以防止术后伤口出血;对年龄较小及不合作的小儿适当约束双手,避免患儿手抓敷料或将手指、玩具等物放入口中,以防伤口裂开。

(6)防止伤口感染

1)手术后遵医嘱常规应用抗生素3~5天,预防伤口的感染。

2)保持唇部伤口清洁,术后次日起每天进行口内清洁:可用多贝尔液漱口,每天4~5次;餐后用少量温开水冲洗食物残渣,以保持口腔卫生和伤口的清洁。

3)观察体温的变化,若有高热遵医嘱行物理或药物降温。

4)减少探视,防止外来感染。

5)保持病室环境的清洁整洁,空气清新,温度、湿度适宜,房间每天通风2~3次,空气消毒隔天1次。

(7)加强沟通:选择可以使用的有效的交流方式,年龄较大的患儿,可以用书写、图片或身体语言等方式进行交流,较小的幼儿可让父母陪伴,建立能相互理解的交流方式;当与患儿进行语言沟通时,应专心倾听,重要内容可复述询问患儿,与患儿说话时速度要慢且清楚,语言通俗易懂。

(二) 家长方面

1. 促进有效的家庭适应 唇、腭裂治疗过程贯穿患儿的整个生长发育期,治疗过程中需要患儿能及时、多次复诊。因此,患儿家长与医护人员的配合是保证良好治疗效果的前提。

2. 术前宣教 向父母介绍有关检查或治疗的目的及主要方法;介绍术前应注意的事项,指导父母注意患儿的保暖,衣着厚薄合适,防止受凉感冒影响手术;指导不要给患儿涂护肤霜类化学用品,以免引起过敏、面部湿疹等皮肤病而影响手术;告之手术麻醉清醒后取头高位,以减轻局部水肿。

3. 术后宣教 介绍手术后的注意事项;示范并指导使用汤匙或滴管正确喂食患儿;教会父母正确抱儿姿势,注意将小儿面部朝外朝上,切忌将小儿面部支撑于父母肩上,以避免手术修复区碰伤;指导父母随时给患儿添加衣服,避免受凉。

4. 出院宣教

(1)教会父母清洁唇部及牙槽骨的技术。

(2)唇裂手术后2周用大拇指按摩伤口,出院后继续使用唇弓1周,以防止复裂。

(3)腭裂术后1个月后进行语音训练,3个月后进行语言训练;加强腭部肌肉功能的锻炼,3个月后用大拇指按摩腭部,加强腭咽闭合。

(4)防止外伤,注意口腔卫生。

十、效果评价

(一) 患儿方面

(1)患儿营养状况良好,体重达标,能耐受手术。

(2)术前未发生各种感染,体温正常。

(3)能与医护人员交流,对手术有一定信心。

(4)患儿呼吸平稳,心电监护仪示血氧饱和度正常,未发生窒息。

(5)得到充分的休息和睡眠,患儿自感疼痛等不适感减轻。

(6)营养得到及时补充,身体状况良好。

(7)与他人能进行一定的沟通。

(8)术后未发生并发症。

(二) 家长方面

(1)对疾病有正确的认识。

(2)能说出手术前后的注意事项,正确认识手术的效果。

(3)能说出出院后的注意事项。

第二节 甲状舌管囊肿或瘻

甲状舌管囊肿由甲状舌管未退化,管腔末端积聚分泌液扩大而成。囊肿位于颈中线舌与胸骨上窝之间,如囊内继发感染、囊壁破溃或切开引流而成甲状舌管瘻。甲状舌管囊肿是小儿颈部常见的疾病,占小儿颈部先天性肿块的 75% 左右。

一、病 因

在胚胎第 3 周时,颈部始基的两侧有 4~5 对鳃弓,第 1 对鳃弓相互融合成下颌。舌部由第 1 鳃弓的奇结节和第 2 鳃弓的隆起部构成,向前下方伸展,形成有表皮衬覆的甲状腺舌管,其尾端发育成甲状腺。甲状腺舌管通常在胚胎第 4 周自行闭合。如该管闭合不全,有部分或全部残留,残留的甲状腺舌管可在颈部正中形成甲状腺舌管囊肿和瘻管。

二、病 理

甲状舌管位于舌骨之前,管径 1~2 mm,与舌骨前面紧密相连,不能分离。管的两端均封闭,管内上皮分泌液积聚,下端扩大为囊肿。如囊内压力过高,压迫囊壁坏死和感染,自行破溃或切开引流,伤口经久不愈而成甲状舌管瘻。少数低位甲状舌管囊肿与甲状腺锥体叶连接,甚至深入甲状腺内常被误诊为甲状腺结节。细菌由甲状舌管侵入,引起急性甲状腺炎。

甲状舌管囊肿壁和管壁,均由结缔组织所构成,囊壁和管壁内均有淋巴组织。50% 以上的囊壁和管壁内衬柱状上皮,化生的鳞状上皮和混合性上皮各占 20%。15% 囊壁和管壁内含有甲状腺组织,偶见浆黏液腺或唾液腺组织。囊肿继发感染后,囊内和管内充满肉芽组织,其间散在覆以柱状上皮、立方上皮和鳞状上皮。囊内和管内分泌与积聚淡黄色或清亮黏液,继发感染后则为混浊的脓性液体。

三、临 床 表 现

60% 以上的囊肿或瘻位于舌骨前下方,位于舌骨以上只占 10%,偶见小婴儿舌根部有甲状舌管囊肿,位于舌骨下部和甲状腺之间的约为 25%,胸骨上窝很少见。65%~85% 的病变位于颈中线,病变偏离颈中线者,左侧略多于右侧。

(一) 甲状舌管囊肿

甲状舌管囊肿多在 1 岁以前就被发现,常位于舌骨和甲状软骨间,偶见于舌的盲孔或胸骨上窝;囊肿呈圆形,直径为 1~3 cm,多不能推动,无继发感染时无疼痛,囊肿随吞咽或伸舌上下活动,不影响吞咽;检查时囊肿界线清楚,边缘光滑,与皮肤无粘连,穿刺可抽得黏液性分泌物,囊肿蒂部可触及。索条与舌骨紧密相连,有时索条伸向舌骨上方达舌根部,此为甲状舌管。舌根部甲状舌管囊肿因囊内分泌物累积增大而引起咽部不适、喘鸣、吞咽困难等,在婴儿期就有明显症状,压舌板检查舌根部可见中央有肿物隆起,压迫肿物可能有液体自盲孔内流出。

(二) 甲状舌管瘻

先天性甲状舌管瘻极少见,绝大多数是由囊肿继发感染破溃而成,常并发于上呼吸道感染,4 岁以后甲状舌管瘻逐渐增多。继发感染后,囊肿红肿,局部压痛明显,吞咽动作受限,感染后囊肿

和皮肤黏附在一起,分泌物变成脓性液,脓液细菌培养多数为流行性感嗜血杆菌或金黄色葡萄球菌等。一旦囊肿穿孔,瘘管长期不愈,瘘口结成痂暂时闭合,但经过一段时间分泌物潴留过多,瘘管外口再次破溃,如此反复,愈合与溃破交替进行,若非手术切除,瘘管无法痊愈。

四、诊断依据

凡位于颈正中舌骨前下方的囊肿,与吞咽动作上下活动者,即可做出此诊断,也可配合B超检查。如有感染可出现白细胞计数升高。

虽然此病的诊断并不困难,但常被误诊为一般性囊肿,行单纯囊肿切除术,复发率高达50%。因此,甲状舌管囊肿需与颈部皮脂腺囊肿或皮样囊肿、颌下淋巴结炎或结核性淋巴结炎、鳃裂囊肿及异位甲状腺等疾病相鉴别;而甲状舌管瘘则需与颈部结核性瘘、鳃瘘和鳃源性颈部正中裂相鉴别。

五、治疗

甲状舌管囊肿或瘘在诊断明确之后,均需手术切除。根据病变性质和患儿年龄大小选择手术的时间。

(一) 颈部甲状舌管囊肿

若无感染,选择1岁以后手术比较安全,但若有感染趋势,应尽早手术切除。

(二) 舌根部囊肿

虽然发病只占本病的1%~2%,但因影响呼吸道的通畅和可能引起吞咽困难,应尽早行Sistrunk手术,时间不受年龄限制。

(三) 颈部感染

待炎症消退2~3个月后进行Sistrunk手术。

六、护理评估

(一) 患儿方面

- (1) 患儿的出生史、家族遗传史及母亲妊娠史。
- (2) 颈部肿块的性质、活动度,局部有无压痛及感染症状。
- (3) 患儿有无呼吸或吞咽困难的情况。
- (4) 对手术和麻醉的耐受能力。
- (5) 患儿手术后生命体征的变化,特别是呼吸情况,有无发生呼吸道梗阻或窒息等。
- (6) 手术后伤口愈合的情况,有无感染等情况发生。

(二) 家长方面

- (1) 评估家长对疾病和手术的了解情况及心理反应。
- (2) 是否得到手术前后相关健康指导。

七、护理诊断

(一) 患儿方面

1. 感染 与瘘管内分泌物潴留过多有关。

2. 呼吸或吞咽困难的可能 与舌根部囊肿有关。
3. 疼痛 与手术伤口有关。
4. 潜在并发症——急性呼吸困难和窒息、伤口出血等 与手术有关。

(二) 家长方面

1. 紧张焦虑 与患儿即将接受手术和担心手术效果有关。
2. 知识缺乏 与家长缺乏疾病知识有关。

八、护 理 目 标

(一) 患儿方面

- (1) 手术前不发生感染或感染症状得到控制。
- (2) 术前呼吸或吞咽困难的症状能够缓解或减轻。
- (3) 术后伤口疼痛感得到缓解或减轻。
- (4) 术后并发症得到预防、及时评估和处理。

(二) 家长方面

- (1) 对治疗和手术充满信心,积极配合医护人员。
- (2) 家长能够讲述有关疾病手术前后的基本护理要点和注意事项。

九、护 理 措 施

(一) 患儿方面

1. 术前护理

(1) 心理护理:针对患儿对手术和医院陌生环境的恐惧紧张心理应给予更多的关心和照顾,向其介绍病区的环境、作息制度、手术治疗的优点及同病室的病友,使其尽快得到心理适应。

(2) 控制或预防感染:注意保暖,防止呼吸道感染;已有瘻口的应随时清洁瘻口分泌物,保持颈部皮肤清洁干燥。若瘻口周围皮肤糜烂、红肿者,应遵医嘱使用抗生素,必要时红外线烤灯照射,每天2次,每次15~20分钟,注意温度,避免灼伤。

(3) 对有呼吸困难的患儿,卧床休息时可予以头高位或半卧位,必要时给予氧气吸入。

(4) 若囊肿造成患儿的吞咽困难,可给予高能量、高蛋白质、高维生素的营养丰富的流质或半流质饮食,避免食生硬的食物。必要时可给予肠道外营养,以提高和改善机体的营养状况,以适应手术的需要。

(5) 术前准备:配合医师完善术前各项检查;术前备皮,注意勿损伤局部皮肤;禁食6~8小时;晨起测肛温,并于手术前30分钟肌内注射术前针。

2. 术后护理

(1) 一般护理:患儿回病房后,应与麻醉师交接术中情况,监测生命体征,并做好记录。必要时约束患儿四肢,去枕平卧位,头偏向一侧,保持呼吸道畅通。术后6小时,可取半卧位,床头抬高45°,有利于呼吸;嘱患儿尽量少说话,使声带和喉部处于休息状态,鼓励深呼吸,有痰时应咳嗽、排痰,而不是必须常规咳嗽。

(2) 床边应放置气管切开包、吸引器和吸氧装置,以备病情变化时紧急使用。

(3) 颈部伤口护理:保持伤口敷料清洁干燥。如有污染或渗出,应及时更换。必要时可暴露伤口。指导患儿使用放松技术,保护颈部弯曲、过伸和快速运动,有意外情况及时报告医师。

(4) 饮食:手术后 6 小时,患儿若无呕吐等不适,可进温、冷流质饮食,同时观察饮水时有无呛咳;当切口疼痛导致无法进食时,可在进食前 30 分钟给予镇痛药,术后第 2 天可进半流质饮食。

(5) 并发症的观察和护理

1) 呼吸困难和窒息:是术后最为严重的并发症,可造成患儿的突然死亡。多在术后 48 小时内发生。临床表现为进行性呼吸困难、烦躁不安、发绀,甚至窒息。

若因切口出血压迫气管引起呼吸困难者,应立即打开敷料,检查切口,剪开切口的缝线,敞开切口予以止血;对表情烦躁、口唇青紫的患儿应立即吸痰或协助患儿将痰咳出,无效时可做气管插管或气管切开;其他原因造成的气道堵塞均应先做气管切开,然后再做进一步处理。

2) 切口出血:多数发生在术后 24~48 小时内。常由剧烈咳嗽、过分吵闹、呕吐或活动等原因使颈部血管内压力升高,引起血管结扎线脱落所致。患儿通常出现颈部肿胀、皮下淤血、呼吸窘迫或呼吸困难,严重者发生窒息。

手术后 6 小时应去枕平卧位,降低伤口表面张力;嘱患儿卧床休息,减少颈部活动、避免剧烈咳嗽、呕吐和过多说话,以消除出血的诱因;术后 24~48 小时应加强对颈部伤口、呼吸的观察,发现异常及时和医师取得联系。

(二) 家长方面

(1) 入院后在取得患儿信任的同时,也应该通过言谈举止和熟练的操作技能取得父母的信任,在生活和心理上给予最大限度的帮助和安慰,使他们对孩子疾病的康复充满信心。

(2) 介绍该疾病的基本知识,简单的手术过程及手术前后父母应如何配合治疗和护理,出院前告知他们出院后的保健知识。

十、效果评价

(一) 患儿方面

(1) 术前患儿未发生感染体温正常,颈部皮肤无炎症表现。

(2) 患儿术前原有的呼吸或吞咽困难的症状得到缓解。

(3) 术后伤口疼痛感得到缓解或减轻,可以正常进食。

(4) 术后未发生并发症。

(二) 家长方面

(1) 对治疗和手术充满信心,积极配合医护人员,焦虑感减轻。

(2) 家长能够讲述有关疾病手术前后的基本护理要点和注意事项,并掌握出院后的健康指导。

十一、出院健康指导

(1) 观察伤口情况,如出现红、肿、有分泌物等情况应来院复诊。

(2) 合理营养配餐,增强机体抵抗力。

(3) 出院后 1 个月复查。

第二章 胸部疾病的护理

第一节 先天性膈疝和膈膨升

膈肌有先天性缺损,部分腹腔脏器穿过膈肌缺损进入胸腔称为先天性膈疝(有或无疝囊),是较常见的新生儿畸形,发生率占活产婴儿的 $1/5000 \sim 1/2200$ 。

先天性膈膨升是膈肌完整但肌纤维发育不全,致使膈的位置上移,向胸腔过度抬高。

一、病因

(一) 膈疝

胚胎早期,胸腔和腹腔是一个相互贯通的体腔,在胚胎的第 8~10 周才形成横膈,将胸腔与腹腔分开。由于某些因素使膈肌发育延迟或停顿,出现薄弱区或缺损,腹腔内脏就会通过这些部位进入胸腔形成膈疝。

(二) 膈膨升

在胚胎发育过程中,膈肌发育障碍,膈肌不生长或部分生长,导致膈肌薄弱,出生后出现膈膨升。

二、病理

由于左侧膈肌闭合较右侧晚,故以左侧多见。疝内容物最常见为小肠,其次是肝脏、胃和脾脏,肠进入胸腔后可发生肠旋转不良。腹腔内脏器进入胸腔后,压迫肺脏,导致肺发育不良。

先天性膈膨升其膈神经发育正常。横膈如有部分横纹肌生长,其纤维是正常的,但结构菲薄;若无横纹肌生长,则横膈仅由胸膜和腹膜构成。膈肌抬高后导致肺组织受压改变,但肺发育影响较小。

三、临床表现

(一) 症状

患儿出生后 24~48 小时即出现呼吸困难或窘迫,面色苍白青紫,四肢冰冷。随着吞咽动作吞入空气,呼吸困难进行性加重,出现明显的“三凹征”。

(二) 体征

患侧胸廓饱满,前后径增大如桶状,呼吸运动减弱,呼吸音弱或消失,叩诊呈鼓音,可闻及肠鸣音,心脏向健侧移位;腹部呈舟状,肠鸣音减弱;有脱水、酸中毒,营养不良等表现。

(三) X 线检查

1. 膈疝 纵隔向健侧移位,胸腔内可见充气肠管,有时见肝脏、脾脏阴影,患侧肺明显受压。

2. 膈膨升 胸片可见一侧横膈明显抬高,膈的弧度光滑不中断,其下方为胃肠阴影。

四、诊断依据

新生儿有呼吸困难和青紫应立即考虑膈疝或膈膨升,并做X线胸腹平片、B超、钡餐检查以进一步确诊。

五、治疗

诊断明确后有明显呼吸困难者应立即手术治疗,如无明显呼吸症状但反复出现呼吸道感染者可择期手术。左侧膈疝多经腹切口,还纳腹部脏器较为方便。右侧膈疝因有大块肝脏入胸腔故多做右胸切口,便于整复肝脏和修补缺损。

六、护理评估

(一) 患儿方面

- (1) 患儿的喂养史、家族史,母亲妊娠史。
- (2) 观察患儿有无呼吸急促、发绀、呼吸困难、呕吐等情况。
- (3) 了解X线及钡餐检查结果。
- (4) 患儿的营养状况,对手术的耐受程度。

(二) 家长方面

- (1) 家长的心理反应和对手术的心理承受能力。
- (2) 患儿家长是否得到和疾病有关的健康指导。

七、护理诊断

(一) 患儿方面

1. 气体交换受损 与疝入的脏器压迫肺部有关。
2. 有生命体征改变的可能 与疾病本身有关。
3. 有体液不足的危险 与禁食,胃肠减压有关。
4. 有潜在感染的危险 与手术伤口和机体抵抗力低下有关。

(二) 家长方面

1. 恐惧焦虑 与孩子即将接受手术治疗和担心手术效果等因素有关。
2. 知识缺乏 与家长缺乏疾病知识和康复期喂养护理知识有关。

八、护理目标

(一) 患儿方面

- (1) 患儿气体交换受损状况得到改善。
- (2) 患儿生命体征平稳或接近正常。
- (3) 患儿保持体液及酸碱平衡,维持一定的营养状态。
- (4) 术后并发症得到预防,及时评估和处理。