维普资讯 http://www.cqvip.com

动关心、同情、帮助病人，找病人谈心，了解病人的思想顾虑，然后根据其不同职业、不同文化及性格等，对所提出的问题做耐心的，恰如其分的解释，用自己的爱心去温暖病人被癌症凝冻的冰点。由于解除病人恐惧心理，消除思想顾虑，增强了战胜疾病的信心，也取得了病人合作，多数便主动去配合医生做好手术。②术前护理：洗肠：术前肠道准备干净与否，是手术成功的重要条件之一。因此不可马虎，必须按要求认真执行，我们发现往往由于肿瘤压迫乙状结肠、直肠发生低位梗阻导致高位粪便潴留，所以洗肠时一定力求将肛管插入直肠高位，反复洗肠，使肠道清洁干净止。对老年便秘病人令术前一周无渣饮食，口服液状石蜡（每日服3次，每次 10ml），这样做将能使洗肠方便，达到手术要求。术前应常规置胃肠减压、留置导尿、备血、备皮、测体温、脉搏、血压。营养纠正：术前配合医生尽可能给高蛋白、高营养易消化的食物，必要时可补液或输血浆，增强病人身体营养，保证手术成功。③术后护理：由于结肠、直肠癌的手术方式较多，故护理工作也要有针对性。现以直肠癌为例：Pixon 手术术后护理：本组有 89 例做此术式。首先应铺好麻醉床备好腹带，准备好无菌引流管，引流袋及急救物品。病人回病房后，严密观察生命体征。患者未清醒时应去枕平卧，头偏向一侧。清醒后，给予平卧低平坡位，这样有利于腹腔及盆肠引流，并可减轻伤口缝合的张力，预防并发症发生，观察切口有无渗血、出血。术后一般要禁食 4 至 5 天。禁食患者常规做好口腔护理，防止口腔并发症。并鼓励病人咳嗽，如痰液粘稠无力咳出，可用糜蛋白酶 0.25mg，庆大霉素 8 万单位（或青霉素 80 万单位）加入 0.9%生理盐水 50ml 进行雾化吸入使痰液稀释，易于排出，防止肺部合并症发生。Swenson's 手术术后护理：本组有 29 例做此种术式，我们体会除同 Pixon 手术护理外，特别要注意观察拖出肠管备运情况，注意引流管是否通畅、引流物的量、色、性质的变化和排气时间。miles 手术术后护理：本组有 28 例做此种术式，另外有 12 例做单纯结肠造瘘术。与前两者术式不同护理是：术后 24 小时后要观察造瘘口（人工肛门）肠管的血运情况及肠管有无回缩。一般术后 24 小时内应恢复肠鸣，48 小时恢复肠蠕动，有矢气，观察中如发现异常，应及时通知医生进行处理。术后 4 至 5 天病人开始进食，造瘘口可随时流出粪便，应及时更换敷料，并将造瘘口周围皮肤涂氧化锌油膏，防止粪溺造成皮肤损害，保持局部及床单清洁。病人食容易消化、营养丰富的食物，避免进食辛、辣、刺激性强的食物，注意饮食卫生，以免产生腹泻。乙状结肠，直肠手术后病人往往会发生尿潴留，术后一般留置导尿 3～7 天，护理时应常规每日 2 次消毒尿道口，防止泌尿系感染。

（收稿日期：1995—02—20）

经口咽寰枢椎融合术的围手术期护理

中国医科大学第一临床学院骨科 高 艳 王 瑛

（辽宁沈阳，邮政编码 110001）

寰枢椎脱位经口咽行寰枢椎融合术，是一难度较大的手术。术中易造成副损伤，如脊髓损伤可致截瘫；如术前术后护理不当，可致多种并发症；如局部水肿分泌物增多致排痰困难，呼吸道阻塞及肺内感染；颈部制动不当可致植入骨块脱出使手术失败等等。我院骨科从 1990 年至今治愈此类患者 50 名，男性 37 名，女性 13 名。

术前准备及注意事项：①术前颅骨牵引是有效治疗方法之一，床头抬高 15～30cm，牵引重量 5～7kg。每日调整牵引弓螺栓 1 次，牵引针孔用 75%酒精消毒 2 次。翻身 2 次，保证头颈躯干在一条直线上，防止脊髓损伤。②此类患者多有思想压力，焦虑不安。对手术有恐惧感，致使睡眠不佳。这时，要积极耐心地解答所提出的问题，在护理中，做到稳、准、轻、捷，使病人对医护人员产生信任感，主动与医护人员合作，以良好的情绪接受手术。③由于该手术是以口咽部做为手术入路。因此，术前口腔护理是减少刀口感染的重要措施之一。口腔检查要仔细如每颗牙齿、牙周、扁桃体、咽壁及鼻腔，一旦发现炎证及时治疗。术前一周，每日用 1/5000 呋喃西林或洗必太含漱液漱口 3 次，用氯霉素眼药水滴鼻 3 次，清理鼻咽部分泌物，确

维普资讯 http://www.cqvip.com

保口腔及鼻咽部的清洁，减少上呼吸道的致病菌。术前 3 天始全身用抗菌素。同时，嘱患者张口训练，练习有效咳嗽、咳痰、深呼吸以增加肺通气量。

术后护理及注意事项：①备全麻术后床，床前备齐负压吸引、吸氧设备及气管切开包及抢救药品。患者头部两侧用砂袋固定，颈后用砂袋垫起成过伸位，使颈部完全制动，需固定 3 周，防止植入骨块脱出。②麻醉清醒后保留气管插管 72 小时，按气管插管常规护理。术后颈部充血水肿，置颌下冰袋冷敷。的卡因口腔喷雾，以缓解局部刀口疼痛，减少分泌物渗出及局部水肿，以利于呼吸。③患者咽部有伤口，需禁食 2 周，经鼻饲和补液维持生命，故常张口呼吸，导致口腔粘膜干燥，应用 0.5%洗必太棉球消毒口腔及牙齿，经常用含激液漱口。口唇干燥可涂少许石蜡油，并用湿无菌纱布敷盖，鼻饲 2 周不更换胃管，以免损伤刀口，引起恶心呕吐等动作，有致植入骨块脱落的可能。④由于头颈部制动，为防止褥疮应于患者身下置充气褥，调节软硬度，骨突出部位置棉垫，每 2 小时用 5%红花酒精按摩一次，促进局部血液循环。

临床病例：患者张某，男，15 岁，火车撞伤，颈部及双上肢疼痛，双手麻木，侧卧位时加重，吞咽哽噎感，双下肢活动不灵活，X 光片诊为齿突骨折、寰枢椎脱位，术前颅骨牵引，复位后行口咽寰枢关节植骨融合术，术后感觉运动明显恢复，痊愈出院。

（收稿日期：1995—10—03）

癌症患者抗癌手术治疗过程中静脉保护体会

石家庄市第一医院　郭素敏　陈夕英

（河北石家庄，邮政编码 050011）

癌症病人手术后仍需进行不断的进行化疗，大多数通过静脉给药，少则几月，多则几年，这就给我们提出了一个癌症患者抗癌治疗过程中静脉保护问题本文浅述如下：

一、静脉的保护　认真选择静脉，一般选择前臂静脉，手背、腕部和肘前静脉。遵循从小静脉到大静脉，从远心端到近心端的原则。尽量避免在伤肢注射化疗药，静脉要交替使用，不可连续在一条血管上行化疗，推药时要确保针头在血管内，见回血方可用药，可先用 0.9%氯化钠做引路，确定无外漏时才可推注药物，边推药边试抽回血，观察局部有无红肿、灼热，倾听病人主诉，注意病人的一般情况及用药反应。用两种以上化疗药物时，一般先用刺激性小的，如 5－FUCTX，然后用刺激性大的，如 ADM 和 VCR。两种药之间用 0.9%氯化钠冲洗，在给化疗前应该用生理盐水 200ml 冲净血管或调快输液速度，使药物充分加快稀释，减小对血管壁的刺激，滴注化疗药时加强巡视，观察局部有无肿胀外漏。

二、药液外漏的处理　确立药液外漏后，即终止用药，采取相应的治疗，24 小时内可用硫酸镁冷敷，使血管收缩，减少药液向周围扩散，也可以用 0.25%普鲁卡因做局部封闭，阻断、稀释外漏药液，减小损害及疼痛。不同的药物采用不同的解毒剂。例：氮芥外漏用硫代硫酸钠 0.2g 作皮下注射并冷敷，阿霉素外漏用 5%碳酸氢钠 2～6ml 皮下注射并冷敷，或用 0.5～1mg 氢化可的松局部封闭，24 小时内用金黛或三黄水（黄连、黄芩、黄柏）湿敷；丝裂霉素外漏可在患处皮下注射 10%硫代硫酸钠和生理盐水。

药液外漏轻者引起红肿，疼痛等一过性不适，重者引起溃疡，坏死及功能障碍，用药时应加强巡视，确保无外漏。

三、静脉给药的注意事项　化疗药应用 0.9%氯化钠充分稀释，并注意药物本身的颜色，是否有浑浊、变质和沉淀，严格三查七对，注意无菌操作。药物配制后应即刻使用，保留时间过长可降低效价。例如氮芥应在病床前现配现用；卡铂要在配好后八小时内用完，并避免阳光直晒。抽吸及推注药液时应全部用完，保证全量，避免浪费。

因此，在化疗中护理工作占有重要的地位，良好的护理可增强病人战胜疾病的信心，使化疗副作用减小到最低程度，使药物充分发挥效应，达到理想的效果。

（收稿日期：1995－12－28）