者作了I期根治切除肠吻合术,术后发生肠漏2例,10例患者伤口甲级愈合,结合化疗,患者术后恢复好,到目前无1例患者死亡。说明只要正确掌握手术适应症,重视围手术期的处理,结肠癌并急性肠梗阻行I期切除吻合是安全有效的[1-2]。对33例60岁以上,营养状况差,感染较重,电解质紊乱严重,有远处转移的患者进行了造口术,其中乙状结肠造口28例,横结肠造口5例,造口后患者大便通畅,腹痛、腹胀、恶心呕吐症状迅速缓解,加上术后给予输液抗感染、营养支持治疗,患者恢复好。3个月后对25例营养状况好,无电解质紊乱,无明显远处转移和粘连的患者行II期根治肠吻合术,6例伴脂肪液化、感染等延迟愈合,均恢复较好。对8例营养状况极差,有明显远处转移和粘连严重的患者行保守治疗,4年内全部死亡。

早期手术是改善回盲部肿瘤预后的重要因素之一。对结肠癌早期手术固然重要,但术前对明确有肠梗阻的患者再用CT了解癌症有无远处转移,包块能否切除,特别是对比较衰竭的患者,采用造口术,减少手术时间,减轻手术打击,降低死亡率,为II期手术根治创造条件尤为重要[3]。

[参考文献]

[1] 田景春. 结肠癌并发肠梗阻28例治疗体会[J],锦州医学院学报,2005,(4):79.

[2] 楼良潮,陆文博,翁旭豪. 老年人急性肠梗阻112例分析[J]. 临床军医杂志,2008,36(5):820-821.

[3] 李传真,杨铁成,刘美娜. 结肠癌并发急性肠梗阻一期切除吻合28例诊治体会[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):112.

(编辑:蒋登金)

全麻术后乳腺癌患者的护理

崔 华 (延边大学附属医院外科护理病房,吉林 延吉 133000)

[关键词] 全身麻醉;乳腺癌;护理

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0363-02

乳腺癌是严重影响妇女身心健康常见的恶性肿瘤之一,占全身恶性肿瘤的7%~10%,并有逐渐上升的趋势。对于乳腺癌的治疗以早期手术治疗为主,辅以术后放射、激素、化学治疗等[1-2]。为减少术后并发症的发生,我院自2007月1月至2008年1月对乳腺癌改良根治术患者进行护理干预,取得较好效果,现报道如下。

1 临床资料

本组乳腺癌全麻术后患者60例,其中40~50岁28例,51~60岁20例,61~70岁12例。护理干预方法:①全麻术后保持呼吸道通畅,防止术后并发症的发生;②严密监测生命体征及伤口引流情况;③早期指导进行功能锻炼促进康复。其中40~50岁28例均治愈;51~60岁20例,18例治愈,2例死亡;61~70岁12例,10例治愈,2例好转。

2 护理

2.1 麻醉清醒前的护理

对麻醉尚未清醒的病人,应去枕平卧,将头转向一侧。如有呕吐应及时吸出口腔内及气管内分泌物,并置入口咽通气导管,维持呼吸道通畅。麻醉清醒前病人常有躁动不安,应适当加以约束或加床挡保护。严防引流管脱出或敷料被拉扯等情况发生。此时护士要加强巡视,麻醉后病人还须观察膀胱充盈情况,给予留置导尿。手术结束返回病床,病人均有颤抖怕冷,要注意保暖,可增加棉被。

[收稿日期] 2009-06-09 [修回日期] 2009-07-07

2.2 麻醉清醒后护理

指导病人在床上呼吸运动和四肢屈伸活动,每2 h协助病人翻身,更换卧位。痰液多的病人在协助翻身同时拍击后背鼓励作有效咳嗽,使支气管内的痰液易于咳出。也可用超声雾化,使痰液稀薄后更易咳出。密切观察引流液的量、颜色和性质。术后观察引流量很重要,除对术后患者严密观察血压变化以判断有无出血倾向外,还要注意负压吸引量,以观察有无活动性出血。患者术后第1天引流量平均100 mL,第2天平均60 mL。如术后10 h引流量超过200 mL,且为全血性,性质较粘稠,易凝固,则视为活动性出血,需及时处理。采用创面持续负压引流及皮瓣良好的固定来防止皮下积液,同时也应给予足量的抗生素,控制感染。

3 讨论

乳腺癌是严重影响妇女身心健康,其治疗以早期手术治疗为主,辅以术后放射、激素、化学治疗等。为减少术后并发症的发生,乳腺癌改良根治术后对患者进行护理干预,是非常重要[2-3]。主要护理干预包括:全麻术后正确清理呼吸道,保持呼吸道通畅,防止乳腺癌术后并发症的发生。术后严密监测生命体征,观察引流液的情况及时做好并发症的观察与护理,早期指导进行正确功能锻炼。

术后第1周卧床期间机能训练,以掌指关节运动为主,指关节曲伸运动,以儿童游戏手势"石头,剪子、布"交替进行;肘关节屈伸运动,感到疲劳时,将前臂及手放于体侧的枕上休息;握放毛巾运动;用患肢梳头,尽量不运动肩关节[3]。术后2周以肩关节运动为主,可利用医院内桌、床、墙等进行训练,上体

前倾,双手前后左右摆动,爬墙运动:用健侧手沿墙壁向上半伸至最高点,以此为目标,逐步提高患肢的摸高点。建议病人饮食应营养丰富以进食清淡而易消化的食物为原则。化疗期间,可产生胃肠道反应,宜进食和胃降逆、益气养血食物。同时注意精神上的护理,以乐观主义的精神和顽强的意志去战胜疾病。

[参考文献]

[1] 谭爱梅,吴月凤,玉 梅,等.康复训练应用于乳腺癌术后患者的实践[J].中华护理杂志,2005,40(11):824-826.
[2] 张凤云防止乳腺癌术后皮瓣坏死的体会[J].局解手术学杂志,2007,16(5):339.
[3] 王海凤,于 萨,刘 佳,等.乳腺癌术后乳房缺如的心理护理干预[J].局解手术学杂志,2008,17(3):208.

(编辑:郭光金)

喉癌术后放射治疗患者的护理

姜 萍,孙秀云 (延边大学附属医院,吉林 延吉 133000)

[关键词] 喉癌;放射治疗;护理
[中图分类号] R739.65;R473.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0364-01

放射治疗在喉癌综合治疗中占有极其重要的地位,放射治疗的连续性直接影响治疗效果[1]。2006年1月至2008年12月,我院收治29例喉癌患者,行手术加放疗,在护理过程中我们注意观察患者的病情变化、放疗的不良反应,及时采取措施以保证放疗过程的顺利完成,效果满意,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组病例共29例,均为男性,平均年龄55.3岁,经病理诊断确诊为鳞状细胞癌。术后均带气管套管,术后3~4周开始放疗,持续4周。

2 护理

2.1 心理护理

喉癌术后患者均有不同的心理反应,开朗乐观型只占极少数,绝大多数表现为忧郁、焦虑、烦躁、悲观、消极、恐惧,我们应该及时掌握患者的心理、情绪特征,用高度的责任心、同情心和耐心,关心体贴患者为其解决痛苦,开导患者恶性肿瘤并非不治之症,使其树立战胜疾病的信心,积极配合治疗及护理。希望达到的目的是:让患者感到医护人员自始至终在积极为其治疗[2]。

2.2 气管套管的护理

气管套管有金属和塑料两种材质。放疗患者都是将金属套管改为塑料套管,目的是避免放疗对皮肤粘膜的损伤。放疗结束后为了增加患者舒适及方便出院后套管清洗等护理,再将塑料套管改为金属套管。每天更换、清洗、消毒气管套管2~4次,气管套管外口处有大纱布块遮挡,以减少灰尘、细菌、异物等进入呼吸道,保持气管造口周围皮肤干燥、清洁及预防感染。放疗期间注意观察痰量、颜色、性质,每天增加饮水量,保持室内湿度。

2.3 皮肤护理

放疗前应了解照射皮肤有无伤口。放疗后会出现红斑、干性反应及湿性反应。红斑一般不做治疗,即可自然消退。保持照射野皮肤清洁、干燥,清洗时勿用肥皂和热水浸浴,不要用力擦洗照射部位,毛巾要柔软,保持皮肤标记清晰,禁止粘贴胶布和涂酒精、碘酒刺激性药物。应穿着柔软、宽松的衣服,避免粗糙衣物摩擦。皮肤瘙痒时禁止用手抓搔,可使用痱子粉等止痒。如出现湿性反应,可暴露照射部位,避免感染,合并小水泡时,不易刺破,有破溃时,可涂抗生素油膏。大面积皮损感染,此时需要停止放疗并对症处理,合并感染时需要抗炎[3]。

2.4 其他

观察有无喉头水肿、呼吸困难。每周查血象,当白细胞低于3.0×10^9/L时,停止放疗。喉癌患者由于反射功能降低,嘱病人尽量将痰液及脱落的坏死组织吐出,预防误吸引起肺部并发症。对于有牙周炎和牙龈炎者应采取相应治疗后再行放疗。勤漱口保持口腔清洁,餐后及睡前易用含氟牙膏、软毛牙刷刷牙。口腔溃疡患者给与西瓜霜、朵贝氏液或生理盐水500 mL+小诺霉素120 mg+地塞米松10 mg,每日6~10次漱口。因放疗后会出现咽干、咽痛、食欲不振、厌食、味觉迟钝等反应,为此,饮食宜清淡、清凉、少油腻、少食多餐、避免辛辣刺激性食物,可以减少粘膜反应。每日饮水量3 000 mL以增加尿量,使因放疗所致肿瘤细胞破裂、死亡而至释放出的毒素排除体外。进食少时注意观察有无电解质紊乱,根据病情可行静脉营养疗法。

[参考文献]

[1] 杜向彗,汤忠祝,郑 晓,等.鼻咽癌放疗疗程延长对疗效影响的研究[J].肿瘤研究与临床,2003,15(3):166-168.
[2] 王 华.恶性肿瘤病人心理护理体会[J].河南外科学杂志,2004,10(5):108.
[3] 郑 颖,杜 敏,刘建华,等.甘氨双唑钠配合放射治疗食管癌的护理[J].局解手术学杂志,2008,17(2):132-133.

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2009-05-18 [修回日期] 2009-06-12