维普资讯 http://www.cqvip.com

后需唤醒病人,以便麻醉医生控制麻醉用药。③当麻醉医生示意病人可以唤醒而手术也刚好做到矫形需要唤醒时,巡回护士应立即大声指导病人双脚和脚趾活动并同时双手探至无菌单下,用双手触摸病人双脚和脚趾活动情况及肌力,必要时掀开无菌单或者请医生亲自查看病人的双脚和脚趾活动情况及肌力,整个矫形过程中一定指导病人持续进行双脚和脚趾活动,以给手术医生继续操作的指标。唤醒过程结束后麻醉医生会继续加深麻醉深度,而手术区域的无菌单如果被污染应立即加盖或者重新铺无菌单。

3 讨论

脊柱矫形手术由于难度大风险高,不仅对手术医生要求高,对手术室护士、麻醉医生要求同样高。手术组成员不仅要熟悉手术步骤及脊柱解剖,而且对手术要有预见性,对突发事件要有应变能力,要具有扎实的专业知识,术中应经常与医生沟通,达到默契地配合,特别是巡回护士、麻醉医生、手术医生三者的良好而默契的配合对手术成功至关重要。而术前的心理护理与唤醒配合指导也很重要,术前一定要注意向病人交代清楚术中的配合要点,取得病人的合作,这对手术成功非常有益,手术中在与患者交流时,应大声一点,以便病人能够听清楚并配合好,安置俯卧位时应注意体位调整适当,各种导管固定好,以便能够术中透视,在整个手术过程中都应注意保暖与保证手术安全。

[参考文献]

[1] 张晶洁. 儿童脊柱侧弯矫形术中唤醒护理[J]. 重庆医药,2007,36(15):1487-1488.
[2] 董明岩,崔宽龙,陈君长. 青少年特发性胸段脊柱侧凸患者肺功能受限的决定因素[J]. 中华骨科杂志,1998,18(3):134.
[3] 何淑娟,康 丽. 应用椎弓根螺钉系统治疗特发性脊柱侧弯的护理[J]. 中华护理杂志,2001,35(10):748.

(编辑:兰阳军)

乳腺癌患者术后康复护理

王春艳 (佳木斯大学第二附属医院综合外科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 乳腺癌;外科治疗;康复护理
[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0289-02

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,其发病率占全身恶性肿瘤的7%~10%,并成逐年上升趋势[1]。其治疗以手术治疗为主,辅以化疗、放疗、内分泌治疗。由于其治疗周期较长,所以术后康复护理对患者的生存质量和延长生命尤为重要。现将我科52例患者术后康复护理报告如下。

1 临床资料

我科2004年5月至2007年12月共收治52例乳腺癌患者,均为女性,年龄31~70岁;住院时间15~20 d;50例术后恢复较好,未发生并发症,定期化疗和(或)放疗,2例未随访。

2 康复护理

2.1 心理护理

患者的心理状态直接影响其对手术的耐受性及术后的康复效果。护理人员在患者面前要始终保持镇静、自信,给患者一种安全感。鼓励患者要有战胜疾病的信心,告诉患者乳房缺失尚有许多弥补的办法以及如何进行乳房重建手术和佩戴特别的乳罩等。引导患者正视现实,配合护士的康复护理工作。

2.2 引流管及切口创面护理

乳腺癌术后皮下放置引流管,回病房后接负压吸引,有助于减少创面积液,皮瓣紧贴胸壁,促进创面愈合,减少并发症的发生。护理时应保持引流管通畅,密切观察有无扭曲、折叠、受压、脱出,保持适宜的负压[2],负压过大可造成引流管瘪塌引流不畅甚至导致出血危险,经常挤压引流管防止血块堵塞,在引流期内密切观察引流液的性质和量,并准确记录。乳腺癌根治术后手术创面大易并发感染、皮下积液、皮瓣坏死和组织粘连等。因此伤口应用绷带或胸带加压包扎,保持敷料干洁,加强对患侧肢体远端的血供观察,如皮肤、颜色、温度、脉搏等。若皮肤发绀,伴皮温低,脉搏扪不清,应及时调整绷带松紧度,以患侧血运恢复正常为宜。若绷带或胸带松脱活动,应重新加压包扎,减少创腔积液,使皮瓣或植皮瓣与胸壁紧贴,以利愈合。

2.3 肢体功能锻炼

早期进行锻炼可使三角肌、斜方肌和背阔肌尽快恢复功能。这是乳腺癌根治术后上肢功能锻炼的重要一环。锻炼的方法为:①术后的3~4 d,患者可坐起,开始进行屈肘运动;前臂上下左右前后摆动,上肢前身上下摆动,避免外展,以减少胸部皮肤的张力。②术后5 d解除固定患者上肢的胸带后,可练习患者手掌扪对侧肩部及同侧耳部的动作。③术后9~10 d拆除切口缝线。此时,可锻炼抬高患侧上肢,将患侧的肘关节屈曲抬高,手掌置于对侧肩部。初时可用建侧手掌托扶患侧肘部,逐渐抬高患侧上肢,直至与肩平。患者可以整理床头被褥,边步行边做甩手运动。④术后14 d,练习将患侧手掌置于颈后,使患侧上肢逐渐抬高至患者自开始锻炼时的低头位,达抬头、挺胸位,进而能以患侧手掌越过头顶并触摸对侧耳部为止。

[收稿日期] 2008-04-17 [修回日期] 2008-05-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

为了扩大肩关节的活动范围,此时还可做扶墙锻炼,加强抬高患侧上肢的功能。

2.4 化疗护理

患者常常发生不同程度食欲不振,厌油食,甚至恶心、呕吐,持续1~2周,化疗前给予肌注胃复安20 mg加苯海拉明40 mg,注意饮食护理,以清淡易消化半流食为主,少食多餐,避免油腻、辛辣的食物,增加营养的摄入,增强体质及对化疗的耐受力。合理选择静脉,避免选择患侧的静脉,有计划地由远端向近端使用,避免在同一部位反复穿刺。一般选择健侧走向较直且弹性较好的血管,争取一次穿刺成功,推药过程中反复抽回血保证针头在血管内。在患者处于舒适体位的情况下妥善固定,告知患者及家属化疗药物按时按量滴入的重要性,不可随意调整滴速。加强巡回,若巡回中发现有药物外渗,及时更换输液部位,用0.5%普鲁卡因5 mL注射于药物外渗的血管周围,局部用50%的硫酸镁湿敷。若巡回中发现静脉炎,立即停止药物滴入,更换注射部位,沿血管走向用50%的硫酸镁湿敷或理疗。

2.5 出院指导

告知患者及家属化疗结束后在家休养的注意事项。避免浓茶、咖啡、辛辣、油腻具有刺激性的食物,清淡饮食,多食用新鲜的蔬菜水果。用软毛牙刷刷牙,避免牙龈出血,避免利器损伤,定期查血象,加强门诊随访。不用患侧上肢提重物。患者出院后,应继续坚持患肢的功能锻炼,特别是扶墙抬高上肢的运动,可使上肢及肩关节的活动范围逐渐恢复正常。为了进一步使各项动作协调、自然、轻松,还可以进行上肢旋转运动和上肢后伸运动。

乳腺癌患者的康复护理措施贯穿了整个护理过程中,护士要掌握不同阶段的护理侧重点,给予有计划、有目的、有针对性的护理,并辅以心理护理,将取得更好的护理效果,全面提高了患者的生存质量。

[参考文献]

[1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003.327.
[2] 荣丽媛. 乳腺癌根治术后患者的护理[J]. 局解手术学杂志,2006,15(1):8.
[3] 张玉红,戚艳丽. 乳腺癌术后伤口护理及患肢功能锻炼[J]. 中华护理杂志,2005,112(22):46.

(编辑:朱志立)

老年患者关节置换术留置尿管的护理

辛爱菱,辛志慧,王玉静 (威海市立医院创伤关节科,山东 威海 264200)

[关键词] 老年患者;关节置换术;护理
[中图分类号] R687.4;R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0290-02

外伤引起股骨颈骨折或膝关节骨性关节炎的病人,若年龄在60~80岁之间,大多采取关节置换术治疗。术后病人活动受限,且老龄病人常因前列腺增生症或其它原因所致的不能完成排空膀胱,导致膀胱尿液残留,常规需要留置尿管,因此,做好留置尿管后护理对于降低术后并发症发生尤为重要。我科自2006年2月至2007年8月共收治老年关节置换术病人84人,术后留置尿管66人,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

本组病例84例,年龄60~70岁24例,71~80岁46例,80岁以上14例。其中男36例,女48例,平均年龄76.4岁,留置尿管多为3~7 d,最长15 d,出现尿液浑浊4例,有3例女病人在拔出尿管后,不能自行小便,给予再次插管。

2 护理

2.1 插入导尿管前的护理准备

术前全面了解病人病史,重点关注男性病人有无前列腺增生,排尿淋漓不尽;女病人有无小便次数增多、失禁或排尿量少的病史,有无尿道损伤史等。做好病人的心理护理。关节置换病人术前心理压力较大,既担心手术能否成功,又担心术后小便困难及小便时活动对术后恢复的影响,护士应讲清导尿术的目的、方法、意义及导尿时应如何配合;告知留置尿管后可减轻术后因小便时活动、用力所引起切口疼痛,以及留置尿管后应注意的问题。会阴部常规备皮,清洗干净。

2.2 插入导尿管

首先,选择适当的尿管型号。根据年龄、体形选择粗细适宜的尿管,初次导尿者,不宜选择过粗的硅胶尿管,一般成年男性选用12~14号、女性16号尿管。尿道口松弛者可以选用18号尿管,前列腺增生的病人应选择弯头导尿管,因为尿管管端尖硬便于顺利插入[1]。目前采用的气囊导尿管刺激小,易于固定,不易脱出,但应注意气囊内注入的生理盐水不宜过多或过少,一般为10~20 mL。其次,置管方法要适当。严格无菌技术操作规程,操作时动作轻柔,切忌用力过快过猛。前列腺增生的病人选择合适的弯头气囊尿管,一般即可插入;导尿困难者可向尿道注入无菌石蜡油,5~10 mL,使尿道口充分润滑后插入尿管,能提高导尿的成功率[2];高龄女病人,尿道口陷入阴道前壁之中,显露不明显,这类病人导尿时,应消毒会阴后戴好无菌手套,左手食指中指并拢,伸于阴道前壁拉紧外翻,同时左手

[收稿日期] 2008-03-05 [修回日期] 2008-05-11