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

维普资讯 http://www.cqvip.com

拇指压在前庭上方,协助前壁外翻,即可找到尿道口,然后翻转阴道前壁所致尿道弧度缓慢插管。

2.3 留置尿管的护理

病人关节置换术后,尿管应妥善固定,翻身时或更换床单时应松解固定关针,避免牵拉,防止引流袋接口与尿管末端脱落,并做好以下护理工作:①鼓励病人多饮水,多排尿,每天尿量在2 000~2 500 mL,使每小时尿量最小50 mL,形成生理性膀胱冲洗[3]。②保持尿道口清洁。女病人用碘伏棉球擦拭外阴及尿道口,每日两次,大便后要重新用碘伏棉球擦拭外阴及尿道口;男病人用碘伏棉球擦拭尿道口,龟头及包皮,每日两次。③根据病情及病人活动能力,决定尿管的留置时间,尽量缩短留置尿管的时间,集尿袋每日更换,更换时要严格无菌操作,并仔细观察引流尿液的颜色及性质。④对尿液浑浊的病人,根据医嘱进行膀胱冲洗,每日2次,速度不宜过快,以免损伤膀胱粘膜,严格无菌技术操作。⑤拔管前应先夹闭尿管,当膀胱充盈,膀胱内压逐渐升高,病人排尿欲望强时拔出尿管,拔管时机选择在排尿欲望最强的时刻,有利于膀胱功能的恢复和有效排尿反射的建立,能有效地缩短患者拔管后首次排尿时间[4]。对少数病人拔管后出现尿潴留,在诱导排尿无效的情况下,需重新插管,再次拔管前要训练膀胱功能,夹闭尿管待病人有尿意时放尿,反复训练后再拔管。

[参考文献]

[1] 邓春燕. 留置尿管护理研究进展[J]. 护理研究, 2004, 18(2): 210-211.
[2] 王素嫩. 气囊尿管导尿及留置尿管的护理[J]. 海南医学,2004,15(3): 87.
[3] 吕成瑗. 护理学基础[M]. 北京: 中国和平出版社, 1998.13.
[4] 李 文,李忠英. 留置尿管引起尿道疼痛的原因及护理[J]. 局解手术学杂志, 2005, 14(6): 430.

(编辑:文 灿)

留置双J管病人的出院指导

刘小燕 (解放军第92医院外一科,福建 南平 353000)

[关键词] 双J管;出院指导;结石
[中图分类号] R691.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0291-02

双J管又称双猪尾管,因两端卷曲且形似猪尾而得名,其支架和内引流作用能解除输尿管炎、水肿造成的暂时性梗阻,防止术后伤口漏尿和输尿管狭窄等[1]。我院自2004年5月至2008年1月对426例上尿路结石病人进行了手术治疗且放置了双J管。住院期间作者对病人进行了出院指导,明显提高手术成功率、减少了结石的复发。现将体会报告如下。

1 临床资料

本组患者426例,其中男310例,女116例;最大年龄70岁,最小年龄6岁,平均年龄45.3岁。其中肾结石60例,输尿管结石366例。

2 结果

通过对426例病人进行详细的出院指导,术后回访3个月至4年,无1例病人因未来院拔管或复查而发生并发症,随访期间无1例复发。

3 出院指导

3.1 留置双J管的指导

留置J管后,由于尿液不断引流,肾盂输尿管圆锥失去了充盈刺激,致使输尿管蠕动明显减弱或者消失,输尿管抗返流作用减弱,当膀胱压力大于肾盂压力时易致输尿管返流[1]。留置双J管期间保持大便通畅,注意预防感冒,防止因腹压增加致膀胱压力增高导致尿液返流,如出现便秘、咳嗽时要及时处理;保持排尿通畅,避免憋尿;男性患者最好立位排尿。多饮水,防止尿沉淀物及脱落粘膜阻塞J管。J管放置时间长,且上下端刺激肾盂膀胱粘膜易引起血尿;告知病人及家属注意尿液颜色及尿量的变化,若病人突然出现尿液呈鲜红色或尿量明显减少以及发热、腰疼等不适应立即到医院检查。如出现少量血尿,应多饮水,适当卧床休息,血尿一般可逐渐消失[1]。上尿路结石病人术后,J管留置时间为3周左右,应告知病人及家属应按时来医院拔管检查,如置管3个月以上可致输尿管粘膜充血水肿、上皮细胞增生或萎缩、粘膜溃疡等异常病理改变。

3.2 饮食指导

增加50%尿量可使结石发病率下降86%,因此告知病人出院后要多饮水,每日3 000~4 000 mL,使24 h尿量维持在2 000~3 000 mL。同时,食物与营养对结石的形成和预防起到非常重要的作用,所以饮食与营养的搭配非常重要。成人每日蛋白质的需求量为75~90 g,大部分可以从主食中得到,因此每日再补充25~30 g优质蛋白质即可[2]。动物蛋白和食糖的摄入要适量,因摄入过多蛋白质会增加钙、草酸、尿酸三种成石危险因素。不宜饮酒,酒会增加尿中草酸含量并引起尿浓缩。高尿酸病人不宜食用动物内脏和菜花、波菜,少食苋菜、竹笋、豆腐,不饮茶或饮淡茶;高尿酸钙者应限制乳制品。上尿路结石病人术后1个月内应避免剧烈活动和重体力劳动,不做四肢

[收稿日期] 2008-04-14 [修回日期] 2008-06-01