维普资讯 http://www.cqvip.com

关节结核。临床表现为关节疼痛,畸形、消瘦、盗汗、发热。其中有5例有窦道形成,1例高血压。住院时间为23~52 d。

2 术前康复训练

术前康复训练有以下内容。①正确的体位:向患者说明术后为防假体脱位应采取正确的体位。平卧或半卧,患肢外展中立,健侧下肢屈膝支撑于床面,双手吊住拉环,使身体整个抬高,臀部离床,停顿5~10 s后放下。目的是防止术后因体位不习惯而致尿潴留及便秘。②下肢肌锻炼方法:术前3 d进行等长收缩训练,每次30 min。踝关节背屈,绷紧腿部肌肉10 s后放松,再绷紧、放松。③等张收缩训练:直腿抬高、小范围的屈膝屈髋活动、小腿下垂床边的踢腿练习。直腿抬高要求足跟离床20 cm、空中停顿5~10 s后放松。④关节活动训练:指导其健肢、患肢的足趾及踝关节充分活动,避免患髋内收内旋。⑤指导正确使用拐杖:准备合适的双仗,使拐杖的高度及中部把手与患者的身高臂长相适宜,拐杖底端配橡胶装置(防滑),拐杖的顶端用软垫包裹(减少对腋窝的直接压力),对术前能行走者训练其掌握使用方法,练习利用双仗和健腿的支撑站立,以及在患肢不负重状态下的行走。

3 术后护理

3.1 体位护理

患肢用薄枕垫高,并保持外展30°中立位,预防因穿"丁字鞋"和患肢皮肤保持牵引的并发症,每2 h给予足跟、膝部、小腿按摩1次,每次5~10 min。大便时尽量不使用便盆,用一次性尿片或大张的卫生纸代替便盆。这样既可能减少病人用盆的不方便,又可以减少伤口的疼痛。

3.2 术后功能训练

锻炼是治疗中的重要组成部分,可使患肢迅速恢复正常功能,为了更好地进行功能训练,必须充分发挥病人的主观能动性,功能锻炼必须按一定的方法循序渐进。对病人及家属解释功能锻炼的重要性,消除顾虑,使病人能够克服困难,主动进行锻炼;术后6~12 h即可以收缩、舒张的方法锻炼股四头肌,踝关节背伸和跖屈,足部活动,同时髌骨做被动活动;术后4~5 d病情稳定,鼓励患者利用牵引架上的拉手抬起上身,或同时健侧屈曲,抬起臀部,甚至整个身体,使各关节迅速恢复到正常活动范围和肢体正常力量。2周拆线后扶病人坐起练习床上关节活动待病人适应直立姿势后,3周扶拐下地站立,1个月扶拐在护士的陪同下锻炼行走,并注意保护,防止跌倒。在医生和护士的指导下,被动地锻炼髋关节、膝关节,逐渐过渡到自主活动。锻炼时以病人不感到患肢疼痛为宜。出院时指导患者正确更衣(如穿裤时先患侧后健侧)、穿袜(伸髋屈膝进行)、穿鞋(穿无需系鞋带的鞋)。拄拐杖时尽量不单独活动,弃拐外出时使用手杖,这一方面是自我保护,另一方面也向周围人群作暗示,以防意外。

(编辑:郭光金)

联合用药治疗下肢深静脉血栓形成的护理体会

庞丽荣,王 健,刘洪荣 (鞍山钢铁集团公司立山医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 血栓形成;联合用药;护理
[中图分类号] R364.15 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0426-02

下肢深静脉血栓形成临床较常见,若不能及时治疗,极易发生下肢肿胀,长时间不退,小腿皮肤色素沉着,甚至形成溃疡,影响下肢活动。作者对鞍钢立山医院外科1995年至2005年间104例下肢深静脉血栓形成的患者采用联合用药治疗的护理体会报告如下。

1 临床资料

本组男性68例,女性36例,年龄最小的28岁,最大的81岁,平均住院日为25.5 d。其中4例为左右下肢均发病,52例左下肢发病,48例右下肢发病。诱发因素分别为:下肢外伤23例,腹腔及盆腔手术后12例,糖尿病6例,长时间卧床29例,血栓性静脉炎21例,其他13例。临床表现为下肢肿胀、疼痛,部分皮色发绀及发热(T>38 ℃)。彩超显示21例有血栓性静脉炎,血流信号减弱,83例是深静脉(主要是小腿)血栓形成,已无血流信号。

2 治疗与转归

联合用药治疗(尿激酶、小分子右旋糖酐、乙酮可可碱等),即溶栓疗法+祛聚疗法+扩血管疗法,对其中2侧重症还采用手术取栓。结果一例因并发肺梗塞窒息死亡,其余均被治愈,但至今仍有11例因病情出现反复而多次住院治疗。

3 护理体会

3.1 心理护理

下肢深静脉血栓形成以中老年患者最多,由于血栓阻碍静脉血回流,故下肢肿胀、疼痛和活动障碍是该病最突出的特点,由于疾病的痛苦,病人心理负担沉重,表现焦虑不安,甚至食欲不振,责任护士要主动关心病人,处处关爱他们,除主动介绍病房的制度和自己的职责外,还要了解病人的职业、爱好和社会关系,用温馨的态度和贴切的语言消除病人紧张的心理,让病人以最佳的心理状态来接受医生的治疗。由于我们正确的心理疏导和心理支持,从根本上预防了因病人的紧张和急躁情绪而并发的血管危象,同时也为以后的治疗创造了良好基础。

3.2 临床护理

我科联合用药治疗下肢深静脉血栓形成的用药是尿激酶

[收稿日期] 2006-09-10 [修回日期] 2006-10-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

低分子右旋糖苷和乙酮可可碱，三种药物联合具有“溶栓、积聚、扩血管”作用。具体是：先将20~30万单位的尿激酶加入5%葡萄糖250 ml内由病肢浅静脉缓缓输入后，再将低分子右旋糖苷500 ml和已酮可可碱100 ml持续用药。护士要严密观察病人有无出血倾向，并根据检验的血凝时间来适当调节输液速度，同时将病肢高出心脏10~15 cm，外展30度，将观察的肤色、肿胀范围和皮温情况做好记录。下肢深静脉形成血栓后可导致下肢的静脉回流受阻，血管内压增高进而血管渗透性增加，大量的血管内液渗透到组织间隙引起下肢肿胀。严重时可压迫下肢动脉发生下肢缺血性改变，故护理时还要注意触摸患肢的足背动脉是否搏动正常，足趾有无发绀，足皮温变凉改变等。肺梗塞是下肢深静脉血栓脱落引起的最严重并发症，一旦发生将危及病人的生命。当发现病人出现呼吸困难、脉搏快等症状时，要想到肺栓塞发生的可能，立即通知医生并配合医生做好有关抢救工作，本组有一例女性病人因并发肺梗塞，虽经积极救治但最终死亡。由此可见对下肢深静脉血栓，护理上及时发现病情变化，采取救治措施是非常重要的。

（编辑：张天飞）

乳腺癌根治术围手术期的健康教育

杨慎凤，李晓焕，林金波 （佳木斯中心医院二部，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 乳腺癌根治术；健康教育；护理
[中图分类号] R737.9；R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0427-01

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤，乳腺癌根治术是目前常用的手术方法之一。该手术对女性体形和性别特征造成重大影响，甚至影响到患者家庭成员的心理健康。因此，做好乳腺癌根治术围手术期患者的健康教育，显得尤为重要。

1 临床资料

我科2001年10月至2005年10月共收治乳腺癌患者87例，年龄35~68岁，均为女性。其中本科学历3例，中专以上11例，初中以上37例，小学及以下36例。行扩大根治术31例，改良根治术56例。

2 健康教育的内容和实施

2.1 术前健康教育

术前健康教育应帮助患者尽快适应环境，提高对疾病的认识和手术接受能力，理解检查和准备的意义，减轻或消除术前的恐惧、焦虑。护士应关心、体贴病人，耐心解答疑问，讲解手术方法及术前术后的注意事项，积极争取家属的配合，尤其是患者丈夫的支持，使患者感受到关爱，以良好的心态接受手术治疗。

2.2 术后健康教育

2.2.1 负压引流 为防止手术区积血、积液、皮瓣坏死，术后需进行切口引流。引流管应妥善固定，保持负压状态，向患者及家属说明保持引流管通畅的重要性和注意事项，翻身活动时要注意防止引流管受压、扭曲、滑脱，并注意引流液的颜色、性质、量的变化。如术后8 h内引流量超过120 ml，且为血性，则提示有活动性出血，应立即报告医生及时给予处理。

2.2.2 预防患肢水肿 患侧上肢水肿是乳腺癌根治术后的常见并发症之一，与术后静脉及淋巴回流障碍有关。术后预防性抬高患肢，避免患肢持重。为避免患肢受压，应取半卧位或健侧卧位，可用软枕垫高手臂。避免患肢皮肤破损、感染及蚊虫叮咬。胸带包扎不宜过紧，以患肢能扪及脉搏，皮肤颜色、温度正常为宜。不在患肢进行测血压、抽血和静脉注射等操作。

2.2.3 功能锻炼 指导患者早期进行功能锻炼，于术后24 h开始活动腕关节，术后1~2 d练习伸指、握拳等简单动作，术后2~3 d练习屈腕、坐位屈肘、前臂伸屈动作，术后3~5 d用患肢手摸同侧耳和同侧肩，术后5~7 d练习肩关节抬举，屈曲肩关节抬至90°，术后7~10 d练习患肢上举，进行“爬墙”运动，以后逐日增加运动量，10 d后练习“吊环”运动，每日数次。

2.2.4 坚持化疗 向患者解释化疗的目的、方法及可能出现的副作用，并告知患者稳定的情绪可增加机体对化疗的耐受力。指导患者化疗前调节饮食，加强营养，化疗期间以清淡可口、营养丰富的食物为宜，鼓励患者多饮水，每日2 500~3 000 ml，以达到水化的目的。

2.3 出院时健康教育

出院时指导患者提高自我保健能力，促进肢体功能康复，防止切口感染。因乳腺癌易复发，应嘱咐患者定期复查，按医嘱坚持放疗或化疗，按时服药。坚持患肢功能锻炼或用患肢进行一般性的工作，但负重不应超过5 kg。指导患者保护上肢免受伤害，避免长时间暴露于日光下或长时间在水中浸泡。指导患者进行乳房自检，术后3年内避免妊娠，定期门诊随访，发现异常及时就诊。

通过对本组87例乳腺癌患者进行围手术期的健康教育，患者对术后引流的注意事项、自我护理要点、功能锻炼、化疗的相关知识和注意事项以及康复注意事项的认知度达100%，对护理工作的满意度达99%，达到了预期的目的。乳腺癌根治术对患者的身心都造成巨大创伤，对患者进行围手术期的健康教育，可以使患者由对疾病的不了解转变为主动参与疾病的治疗，改善患者的情绪状态，从而进一步降低术后并发症的发生。同时缩短了住院时间，提高了患者自我护理技能，提高了患者对医护工作的满意度。

（编辑：雷 艳）

[收稿日期] 2006-08-21 [修回日期] 2006-10-20