维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.2

下颌骨切除术患者围手术期护理

杨玉娟[1]，樊英丽[2]
（佳木斯大学：1.附属口腔医院；2.附属第一医院，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 下颌骨切除术；围手术期；护理
[中图分类号] R248.2；R782.053 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)02－0139－02

下颌骨切除术是治疗下颌骨肿瘤的经典术式，但术后患者的容貌受损、发音和吞咽困难，且疼痛较重，并发症发生率较高，使护理工作面临许多新的问题[1]。现将51例对行下颌骨切除术患者的护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组51例患者，男32例，女19例，年龄29～80岁。其中牙龈癌16例，造釉细胞瘤12例，口底癌11例，囊肿10例，中央性颌骨癌1例，骨源性肉瘤1例。

1.2 手术方法

51例病例中行下颌骨全切除术、腓骨肌瓣修复术3例，半侧下颌骨切除术28例，下颌骨部分切除术20例，其中植骨术13例。

2 结果

2.1 面容改变

无论实施下颌骨全切、半切或部分切除，均可导致患者面容的改变。即使是应用转瓣血管吻合修复整形，亦与术前有所不同，植骨术后的骨质吸收也会导致面部轻微畸形。

2.2 功能影响

术后常导致进食困难、张口受限、咀嚼、吞咽等功能受影响，部分患者由于下颌骨切除，术后需二次植骨修复。

3 讨论

3.1 心理护理

下颌骨切除术导致面容改变，给患者带来一系列心理问题，主要有：①恐惧、焦虑，担心手术失败、术后外形欠佳、功能恢复不良及疼痛等；②希望了解治疗护理的相关知识；③产生自卑感，渴望得到同情和关心。针对这些心理问题，我们适时和患者进行沟通，采取如下的护理措施：①建立良好的护患关系，加强与患者的沟通，了解患者焦虑的原因及程度；②向患者解释手术的必要性及手术的安全性，通过介绍成功病例，使患者消除顾虑；③鼓励患者提出有关手术方面的问题并耐心细致解答，增加患者的信心及安全感，并帮助他们建立有利于治疗与康复的最佳心理状态，做好家属工作，共同配合给予心理支持。

[收稿日期] 2004－01－18 [修回日期] 2004－02－28

3.2 术前准备

术前口腔冲洗，每日3次；保持手术区皮肤清洁、干燥，防止感染，术侧颊部皮肤备皮，男性患者剃须；术晨留置导尿。

3.3 术后护理

3.3.1 术后监护 无论患者入ICU或是普通病房，在麻醉恢复期除常规监测心电图、血压、脉搏和呼吸频率外，必须持续监测SpO_2，直至患者完全清醒[2]。下颌骨切除术后，尤其是全下颌骨切除转瓣术后，极易出现气道不畅，引起呼吸困难，所以有条件时还应持续监测$SpCO_2$。观察患者的面色、意识、生命体征及出入量，设立特别护理记录单，根据病情及时记录。

3.3.2 呼吸道护理 全麻术后患者常发生急性咽喉炎，这不仅增加肺部并发症的发生率，而且延长住院时间，不利于患者的恢复[3]。因手术涉及颌骨、口咽部，术后引起口腔组织肿胀，颌骨部分切除后口腔软组织失去支撑作用，患者术后平卧、头部制动的强迫体位，导致舌、口底组织后坠阻塞气道，痰液不易排出而发生呼吸道梗阻。预防措施有：①严密观察患者呼吸频率、听呼吸音，注意口唇甲床颜色；②保持吸入的空气有足够的湿度，保证患者每日摄入充分的水分；③给予超声雾化吸入，以湿化痰液、消除咽部粘膜水肿，以利于痰液的排出；④及时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。

3.3.3 口腔护理 由于手术影响，患者口腔自洁作用较差，食物残渣滞留而易致口腔感染，所以每次进食后均予漱口液漱口，每日用1%的双氧水和生理盐水为患者擦洗口腔2～3次。

3.3.4 伤口局部护理 保持伤口清洁，及时清洗分泌物或渗液渗血并更换敷料，严格执行无菌操作防止伤口感染。

3.3.5 皮瓣血管危象的护理 对行转瓣修复术的患者，应密切观察皮瓣色泽。血管危象是游离皮瓣移植术最常见、最危险的并发症[4]，因此，密切观察皮瓣血液循环状况是预防血管危象的关键。观察皮瓣应从皮瓣的颜色、温度和毛细血管充盈反应等方面着手[5]，其中任何一项体征发生变化，都要警惕血管危象的存在。术后24 h内每半小时观察记录一次，24～72 h每1～2 h记录一次，以后每天观察四次并记录。

3.3.6 营养支持 由于手术原因破坏了开口度，对患者咀嚼、吞咽均有一定影响，应给予流质、高蛋白、高维生素、高热量、低脂肪的饮食，以增强机体抗感染能力，促进伤口愈合。

3.4 康复指导

护士应指导患者在恢复期做张口训练，张口训练的有效程度是张口达到2指以上宽度。必须向患者及家属讲明功能锻

维普资讯 http://www.cqvip.com

炼的重要性，使患者认识到只有坚持功能锻炼才能提高生活质量。护理人员在做口腔护理时鼓励患者尽量把口腔张大，也可用压舌板或金属勺放入牙齿间隙旋转从而达到锻炼目的，同时要求患者做语言功能锻炼。患者出院后经常随访，以了解其恢复情况，继续指导患者的饮食及锻炼。

[参考文献]

[1] 黄国秀. 上颌骨切除术患者的围手术期护理[J]. 中华护理杂志，2003，38(1)：22.
[2] 吴在德. 外科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2001. 120.
[3] Roukema JA, Carol EJ, Prins JG. The prevention of pulmonary complications after upper abdominal surgery in patients with non-compromised pulmonary status[J]. Arch Surg, 1998, 123(1): 30-34.
[4] 郭宏梅，胡晓宏. 应用游离腓骨肌瓣修复颌骨缺损的护理[J]. 中华护理杂志，2003，38(9)：700.
[5] 朱盛修. 现代显微外科学[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1994. 194-198.

(编辑：雷 艳)

老年急腹症的特点与诊治体会

郭宇林，杨铁成，孙敬菲
(鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 外科；老年急腹症
[中图分类号]R656.1 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2004)02-0140-01

随着社会的进步、医学科学的发展，人类寿命普遍延长，老年医学日益受到重视。当前影响老年人身心健康的疾病除心、脑血管病外，老年急腹症也不可忽视。我们随机抽样238例老年急腹症患者，通过回顾性总结分析，将其特点与诊治体会报告如下。

1 临床资料

本组病例238例，其中男性163例，女性75例。年龄60~84岁，占同期病人22.3%。其中胃癌穿孔6例，胃及十二指肠溃疡穿孔20例，急性肠梗阻48例，化脓性胆囊炎10例，胆总管结石22例，急性胰腺炎8例，急性阑尾炎86例，斜疝嵌顿13例，肝破裂2例，脾破裂5例，结肠破裂2例，肠痉挛16例。有215例分别伴有各系统疾病1~2种，其中以高血压、冠心病、慢性支气管炎、糖尿病、前列腺肥大较多，并经CT、B超、X线拍片或临床检验证实。

2 结果

本组有164例经手术治疗，其中24例术前曾一度被误诊，误诊率占14.9%。术后5例因并发多器官功能衰竭死亡。非手术治疗74例，死亡6例，其余治愈。

3 讨论

3.1 老年急腹症的特点与术前误诊的原因分析

老年急腹症具有腹痛轻，症状与体征不典型的特点，与其自身存在的特殊性有重要关系。首先，老年患者由于各系统功能的衰退，表现对疼痛等反应迟钝，在急腹症的初期自觉症状轻，往往就诊时间晚；其次，对病史叙述不全面，特别是高龄老人表达能力稍差，甚至对发生在肛周、会阴的疾病，常常不愿开口或采取遮掩的态度；第三，个别还有表现症状与体征不典型，加之医生的习惯性诊断，因此导致一些急腹症早期不容易诊断而被误诊。本组有一例84岁老年男性患者，以"腹痛伴呕吐一天"为主诉于当地医院就诊，医生诊断为"胃肠炎"，给与补液抗炎治疗，观察3 d后仍未见好转，转到我院就诊，医生在查体时发现右斜疝嵌顿，由于时间较长已发生肠坏死和阴囊皮肤坏死，经急诊手术治疗后，治愈出院。老年急腹症的诊断难度比较大还与其伴随疾病的轻重有关。本组各系统伴随疾病以高血压、冠心病、慢性支气管炎、前列腺肥大常见。这些伴随疾病的存在有时会掩盖急腹症的体征，故要求医护人员必须耐心、认真询问病史，全面、细微的查体，配合必要的辅助检查再做出正确的诊断和恰当的治疗方案，减少误诊、误治。

3.2 老年急腹症的治疗体会

老年病人的免疫机能随着各系统功能的衰退而表现低下，对疾病的应激能力差，当发生急腹症时病情危重，特别是一些危及生命的重症，如：急性胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、出血坏死性胰腺炎、肝脾破裂等，一经确诊就应积极手术治疗，术后进行心电监护，并注意血清酸碱、离子、肝肾功能的变化，并及时予以调整；预防坠积性肺炎、吻合口瘘、切口感染等并发症的发生。对病情表现比较平稳，各系统伴随疾病重，不适合手术的老年病人，可采用中西医结合治疗方案，例如胆囊炎、单纯性阑尾炎等可在抗炎补液的基础上采用中药制剂和针灸治疗，其疗效也很好。本组有68例老年急腹症患者经非手术治疗获得治愈出院。分析11例患者死亡的病因(其中手术者5例、非手术者6例)，主要是伴随疾病多，病情重，最终导致多脏器功能衰竭而死亡。所以本文认为在治疗急腹症的同时，也要积极治疗其伴随疾病，使患者获得满意的治疗结果。

(编辑：黄春霞)

[收稿日期]2004-02-25 [修回日期]2004-03-31