维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.4

健康教育在全喉切除患者中的实施

孙丽萍，黄茂华，肖 利，陈 媛
（第三军医大学西南医院耳鼻喉科，重庆 400038）

[关键词] 健康教育；喉切除
[中图分类号] R617.91 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2003)04-0302-02

喉癌是较常见的恶性肿瘤，好发于40岁以上男性。以鳞状细胞癌最多见，主要症状为声音嘶哑。喉癌患者经手术治疗后，喉的发声、呼吸功能丧失，造成患者因生理功能改变而导致生存质量的下降。因此，护理人员在手术前后的健康宣教对手术成功很重要。通过健康教育，可使病人减轻心理负担，了解与疾病有关的健康知识，增强战胜疾病的信心，主动配合治疗和护理。减少并发症，促进康复。现将健康教育在喉癌全喉切除患者中的实施过程介绍如下。

1 入院指导

入院后迅速建立良好的护患关系是有效完成健康教育的基础。患者入院时，热情接待患者和家属，有礼貌的称呼患者，并作自我介绍，告知患者主管医生、主任、护士长的姓名，介绍病区环境、规章制度及同室病友，使其尽快适应角色转变，并感到关心和被尊重，从而产生亲切感，使之愿意接受护士传授的健康知识。

2 心理指导

喉癌患者普遍存在担心术后发声、吞咽、呼吸功能障碍以及肿瘤术后复发、转移的压抑、悲观心理。此时，护士应针对病人不同时期的心理障碍和心理需要进行有计划、有步骤的心理护理，尽量满足其心理需要。鼓励病员表达自己的感受，在精神上给予安慰和支持。介绍有关治疗和预后，说明手术的安全性和必要性，鼓励病员参加有益身心的活动，如下棋、听音乐等。教育和启发病人开展自我心理护理。同时，发动病员家属及亲友共同参与病员的心理护理，给予病员更多的温暖和关怀。

3 术前指导

劝慰患者戒烟酒，指导患者进行有效咳嗽及深呼吸，以防术后出现清理呼吸道低效。通知营养科为病员准备高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食，为身体创造最好的条件迎接手术。向病员解释各项检查的意义，如行心电图、X线检查的目的是为了了解机体的健康情况，以保证手术的顺利进行。向病员讲明各项术前处理的目的，如：术区备皮的目的是为了防止切口感染；留置尿管是为了准确观察尿量，防止麻醉后尿潴留或便于手术进行。解释留置胃管有利于术后营养的供给、对伤口的愈合和对手术的重要性。告知病员术前10 h禁食、4 h禁饮，并保持充足的睡眠是非常重要的。向病员讲明喉癌术后会导致失声，对其作好开导和安慰工作，让病号分清主次，说明生命的重要性，并告知病员可暂时使用笔和纸表达自己的感受，以后解决说话的方式很多，如训练用气管发声。准备好全麻床及床旁的吸引器、氧气、心电监护仪等抢救用物。根据颈淋巴结转移情况，同时行颈淋巴结廓清术者，还应准备好负压引流瓶，胶管高压消毒后待用。

4 术后指导

全麻未清醒前，去枕平卧位，清醒6 h后，患者平卧头应前倾30～40°，3～4 d后取半卧位。头仍需前倾，以减少肺部并发症，术后1周内头不宜过度活动。手术当日不宜过多变化体位，以防套管脱出。病员术后伤口疼痛，解释疼痛原因及持续时间，调整舒适体位，指导病员利用放松技术，必要时应用止痛剂。保持空气新鲜及适宜的温度和湿度，室内温度宜在22 ℃左右，湿度在90 %以上。在气管套管口处，可用单层无菌湿纱布覆盖，以增加吸入空气的湿度，保持气管的湿润。注意保持呼吸道通畅，每4～6 h清洗、消毒内套管1次，并及时回放，时间不宜超过30 min。分泌物多时，应增加清洗次数，并及时吸出管内分泌物，气管内分泌物粘稠者应指导病员作雾化吸入，每日2～3次，并定时通过气管套管滴入抗生素及糜蛋白酶稀释痰液。为防止气管内结痂造成阻塞和肺部并发症的发生，鼓励病员早日下床活动，自己咳嗽排痰。经常检查套管缚带的松紧度，以能放入一指为度，防止缚带过松套管脱出发生呼吸困难，或过紧引起患者不适。如遇脱管，应立即重新插入套管。术后病员伤口需用绷带加压包扎，如发现包扎带松脱或过紧影响呼吸，或伤口有出血等异常情况，应立即报告医生。严密观察切口变化，保持切口清洁干燥，每日清洁消毒切口，并换套管垫布。有负压引流者，保持负压引流的通畅，观察引流物的色、量，如为鲜红色或乳白色，应及时与医生联系。精确记录出入液量，以保持水、电解质平衡，48～72 h后，如无局部渗血，可拔掉引流管。术后24～48 h开始进鼻饲饮食，鼻饲营养液必须营养丰富，容易消化，保证水电解质平衡，多用混合奶、鸡汤、麦乳精、果汁等，可向患者推荐具有防癌、抗癌的食物。术后两周左右可试用口饮用少量温开水，如无呛咳，可改变食物性状，使患者逐渐适应后，拔除鼻饲管。因喉癌术后患者不能发声，应为患者准备笔和纸，有事情及时提出，深入了解病情和思想状况，加强对患者个人卫生及口腔清洁的护理，加强抗生素的应用及

[收稿日期] 2003-05-10 [修回日期] 2003-05-21

维普资讯 http://www.cqvip.com

并发症的观察。教会病员用食管贮气发声，患者将空气经食管入口部，由咽肌的收缩代替声带振动，可发出咽食管音，再由舌、软腭的协调作用，先由简单的数字、单词到日常用语，耐心协助患者训练，培养患者的毅力，讲述他人获得成功的例子，给予病员坚持训练的信心。

5 出院指导

嘱患者加强身体锻炼，做到劳逸结合，避免感冒；戒食辛辣刺激食物；教会病员及家属能陈述气管套管的护理及康复保健知识的具体内容；家属会演示气管滴药、取放内套管、吸痰及简单的消毒隔离技术；病人及家属能掌握出院后家庭自我监护和救护要点；保持气管套管清洁、通畅、不脱管。告知病员遇呼吸困难，伤口出血或痰中带血，伤口周围糜烂等情况，要及时送医院处理，并定期到医院复查。

6 讨论

从大量资料中调查表明，大约15%～95%的医嘱不被患者所重视或理解不深，而患者从医护人员的态度和指导中有着直接的交流和沟通易于患者接受。健康教育的实施是体现医学模式转变的标志，是治疗疾病和医疗服务的有力补充，不仅能使患者认识到自我护理对维护自我健康的重要性，还提高了患者及家属参与健康护理的能力减轻了护士的护理强度，从而大大减少了术后并发症的发生。

（编辑：张集建）

超声引导经皮射频消融治疗肝癌的体会

杜 毅，高 薇，董 馨
（哈尔滨医科大学附属第一医院手术室，黑龙江 哈尔滨 150001）

[关键词] 肝癌；射频；超声引导
[中图分类号] R454.1；R735.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)04－0303－02

超声引导经皮射频消融（Percutaneous Radiofrequency Ablation，PRFA）治疗术是一种经皮肿瘤局部热疗的方法，为不能手术的原发性和继发性肝脏肿瘤提供一种新的有效治疗手段。我院自2000年9月引进集束电极射频治疗仪以来，治疗肝癌26例，近期疗效满意。现将手术配合体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组26例中，男20例，女6例。年龄41～70岁，平均54岁。病程最长3年，最短45天。

1.2 治疗方法

病人取仰卧或侧卧位，B超探测肝癌部位、大小及有无腹水并确定穿刺点及进针方向。左肝肿瘤一般在剑突下进针，右肝肿瘤从右侧腋中线或腋前线第7、8、9肋间进针。常规碘伏消毒皮肤，铺无菌单。穿刺点用1%利多卡因局麻后，尖刀切开穿刺点皮肤约0.5 cm小口。在B超引导下将集束电极穿刺针经切口穿刺入肝脏肿瘤内，按下穿刺针尾部将十枚电极从鞘针端呈“伞”样在肿瘤内弹开。集束电极与射频仪连接并在电脑控制下产生高频射频波。初始能量从20 W开始，视情况不同每2 min增加能量10 W或20 W，最高到90 W，肿瘤内达100～120 ℃高温。当组织固化到一定程度后，阻抗增加，同时能量下降并自动停止，完成一次治疗。

[收稿日期] 2003－06－23 [修回日期] 2003－08－10

2 结果

26例患者在治疗中23例出现程度不同的胀痛，热感；所有患者心率均降低，治疗中有2例出现呼吸困难，经吸氧后症状缓解。26例患者B超检查均显示强回声区，并可见到明显的气化现象。

3 讨论

3.1 适应证

集束电极发出的射频波一次可使组织凝固性坏死范围达5 cm×5 cm×5 cm，是目前世界上最先进的杀伤肝肿瘤细胞较多而损害机体较轻的“导向治疗方法”。对肝癌结节直径大于5 cm者可用多点射频治疗，其最大优点是可以反复多次处理病灶。主要适用于：①患者不愿手术的小肝癌；②各种原因不能手术切除的小肝癌；③直径大于5 cm的病灶；④手术不能切除或术后复发性肝癌；⑤肝转移癌。

3.2 围手术期护理

3.2.1 心理护理 肝癌患者精神忧虑，心理负担重，对手术存在种种顾虑，护士要耐心进行健康教育，介绍手术的特点，治疗过程中可能出现的不适，需配合的内容，以稳定患者的情绪，积极配合手术。并利用手术间播放背景音乐，使患者处于接受治疗的最佳状态。

3.2.2 术前准备 术前空腹6 h以上，常规术前30 min肌注盐酸哌替啶50～100 mg。

3.3 并发症的观察及护理

PRFA治疗中最易发生反应性低血压，严重时致呼吸心跳