维普资讯 http://www.cqvip.com

实践，认为采取积极有效的胸部体疗方法可以预防和控制肺部并发症。

一、资料与方法

1. 临床资料：298 例开胸术后病员中男 168 例，女 130 例，年龄最大的 81 岁，最小的 1.5 岁。其中普胸病员为 218 例，体外循环心脏手术病员为 80 例。

2. 方法

（1）术前训练：①呼吸训练：病人取半坐位，先行深腹式吸气后缓慢呼出。呼毕再徐徐深吸气，使腹部隆起，反复练习。这种训练可增强膈肌力量，减少气道阻力和肺部无效死腔。增强肺泡通气量，增加潮气量，可有效预防肺部并发症的发生。本组病例中除 2 名 3 岁以下的幼儿不能配合外，其他患者均能通过训练正确掌握呼吸方法。②咳嗽，咳痰训练：开胸术后有效咳嗽，咳痰是预防肺部并发症的有效方法，所以术前护士必须指导并协助病员进行有效的咳嗽训练以便达到排除痰液的目的。方法是先嘱病人深吸气。然后憋住气，声门紧闭，使膈肌抬高增加胸内压；最后声门打开，使气体快速冲出。

（2）术后体疗：① 叩击震动法：一般术后卧床病人肺部分泌物粘稠，用肺部叩击震动法可使粘稠的分泌物松动脱落并排出。方法是：病人先雾化吸入 15 分钟，然后护理人员手掌屈曲呈杯状叩击胸背部，由下向上，由外向内，力量均匀地叩击每次叩击 3～5min，次数视病人病情而定，叩击震动可促进细小气管的分泌物松动而流入中、大气道而易咳出。②变换体位：体位与排痰有直接的关系，是预防肺部并发症不可忽视的环节。常规做法是：对术后清醒，病情稳定者给予半卧位；对于术后不能半卧位的患者要经常改变体位，应每 2h 翻身叩背一次，以减少分泌物潴留，使痰液在重力作用下，流入大气道以利排出；鼓励拔除气管插管后的患者尽早坐起，尽早下地活动。

（3）鼻导管吸痰法：术后拔出气管插管的患者，在痰多而粘稠密，又无力咳嗽的情况下，可用辅助手法按压天突穴，刺激气管引起咳嗽反射。如无效，可采用鼻导管吸痰法，此法多应用于不能合作的幼儿及排痰无力的成人，本组病例中，有 18 人行鼻导管吸痰法，其中小儿 8 人，成人 10 人 。

二、结果和讨论

298 例不同年龄，不同病种的病人，通过术前、术后早期采取胸部体疗方法，除 3 例伴有肺不张外，其他 295 例，无明显肺部并发生。本文通过对 298 例开胸术后病人的临床观察与护理，总结了术后预防肺部并发症的经验。证明了术后采取积极有效的体疗方法，可以使术后病人肺功恢复正常。有效防止肺部并发症的发生。

（收稿：2001-08-03）

84 例膀胱癌的治疗护理

黄淑琴* 李英杰* 卢 影*

膀胱癌是一种多发常见的泌尿系肿瘤，致病因素与吸烟和从事某些暴露的化学致癌物质的接触如橡胶工、油漆工等有关，膀胱结石、血吸虫病、细菌感染和尿中 pH 值增高等泌尿系统疾病也可使膀胱癌的发生率增高，据最新研究表明，膀胱癌与 P_{53} 基因突变和染色体 9 的变异有关，约 90% 的病人首发症状是内肉眼或镜下血尿。通过肾盂造影，膀胱镜、分子生物技术、聚合酶反应（PCR）CT 等检查，均可早期确定诊断。我院自 1980～2000 年共收治膀胱部病人 84 例，手术治疗是最佳方案，术后坚持一年按常规应用抗癌药丝裂霉素膀胱灌注是预防复发的基础，在其治疗方案，预防术后感染和并发症，满足病人的心理需求，提高膀胱癌术后病人的生活质量及存活年限是我们护理工作的重点。

一、一般临床资料

本组病人 84 例，男性 65 例，女性 19 例，年龄 29～79 岁，平均 51.3 岁，84 例病例中均接受了不同术式的膀胱癌切除术，术后存活一年，死于脊柱转移的一例，术后 1～2 年复发的 26 例，4～5 年复发的 24 例，8～18 年未复发的 33 例 。

二、治疗

1. 手术是治疗的最佳方案，本组 84 例病人均接受了不同术式的手术，见附表。

附表 膀胱癌手术术式

术 式	例数
膀胱肿瘤切除术	63
膀胱切开肿瘤电灼术	2
肿瘤切除输尿管移植术	4
肾及输尿管切除膀胱部分切除术	2
肿瘤切除、颈部契形切除术	3
肿瘤切除、前列腺切除术	5
肿瘤切除、膀胱及部分腹膜切除术	2
回肠膀胱术	2
膀胱再生术	1

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院泌尿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

2. 本组84例病人有33例接受常规的抗癌药丝裂霉系膀胱灌注一年，具体方法是，术后1～2个月，每半个月一次应用丝裂霉系20mg加生理盐水和40ml，在无菌操作下行膀胱灌注后保留2小时，如病人情况允许第1小时让病人俯卧15min，然后侧卧15min，另一侧卧15min，病人可在2小时恢复自然体位，33例病人中8～18年无一例复发。

3. 注意事项：在膀胱灌洗治疗中应严格无菌操作，减少尿道损伤，避免污染，导管插入有创伤者不能用药。

三、护理

1. 对病人实施健康教育和心理护理：(1)对病人实行保护性医疗制，在与病人交谈中避免病人本人知道自己患了癌症，而造成心理压力；(2)让病人了解术式，术后注意事项，拔管时间及预后等。(3)使病人消除对手术的恐惧，从心理上接受手术。

2. 术后加强冲洗管道的管理，术后病人持续膀胱冲洗约两周，因此冲洗管道的管理很重要。(1)接尿瓶应保持无菌，以防逆行感染。(2)严密观察冲洗液的颜色，适当掌握冲洗速度。(3)保持冲洗管道通畅，进出液平衡。(4)冲洗管道一旦不通畅，可用无菌注射器加生理盐水反复冲洗，但用力不可过大，以防损伤膀胱粘膜。

3. 预防并发症：(1)严格无菌操作及时更换切口敷料，预防切口感染。(2)经常观察切口情况，有无渗血、渗液、漏尿。(3)鼓励病人进高蛋白、高维生素饮食、多食水果和含纤维不的蔬菜预防便秘。(4)协助病人定时翻身，按摩受压部位，预防褥疮。(5)鼓励病人戒烟，定时做深呼吸、咳嗽、咯痰，预防肺部并发症。

小结：通过对84例膀胱癌病人的护理，我们有成功的经验，也有失败的经验，有经验也有教训，本组病例中有2例由于病人不配合冲洗，管道不通畅，发现不及时造成膀胱漏尿，影响切口愈合，切口感染、脂肪液化3例，我们的教训是应严格执行操作规程，加强责任心，观察病人应及时、认真、准确。我们的经验是：对病人实施健康教育，心理护理，促使病人接受最佳治疗方案，加强术后冲洗管道的管理，协助医生做好术后抗癌药丝裂霉素的膀胱灌洗等操作，主些对病人的恢复和预后，起到了不可忽视的作用。

(收稿：2001-08-10)

唇腭裂婴儿的护理体会

刘龙碧*

根据美国疾病控制与预防研究中心的报告：唇腭裂大约在每700名新生儿中要发生一例。唇腭裂尽管在各个人种当中均有发生，但亚洲儿童比白种儿童的发生更多。而且男孩的发生率是女孩的两部。唇腭裂发生机理仍不清楚，可能与遗传环境因素有关。唇腭裂新生儿中只有15%伴有与其他症状相关的生理问题。作为护士应从小儿的病情出发，作好生理和心理上的护理，并帮助患儿家长认识该疾病，让他们接受的同时配合医生治疗。

一、建立信心

护士的行为十分重要，她们可以帮助减轻父母的压力，使父母接受并开始婴儿的喂养，出生缺陷被告知的方式决定了家长是否能调整好心态。不要让焦点集中到缺陷这一“坏消息”上，要让父母感受到婴儿降临的快乐。护士也可鼓励父母为婴儿拍照，让他们觉得这是一个可接受的可爱的小家伙。护士应向父母描述唇腭裂就是鼻子和嘴之间有一条裂缝，这是源于口腔的顶部在怀孕早期的几周里的异常发育。并强调：这是无法预防的；塑形手术是可以解决问题；经过检查后，向父母说明他们在其它方面仍是一个健康的婴儿。并向他们提供有关整形外科的有关的资料和信息。

二、教会喂养

婴儿出生后护士应首先向家长说明唇腭裂的有关问题，同他们讨论外科手术的必要性。并教会家长如何有效地喂养婴儿。绝大多数唇裂婴儿可直接母乳喂养，或者只对奶瓶稍作改进。而唇腭裂婴儿因为在口鼻之间有一条裂缝，缺少足够的吸力。因此，唇腭裂新生儿的喂养需要特别改进的器材。一个软的人工奶头加上一个大开口或者一个能温和地将奶挤进传送管中辅助输送奶瓶或者能辅助母亲哺乳的奶瓶就可以解决。也有学者提出用一个阻塞物将唇腭裂堵住，使婴儿能更好地进食。但并非所有学者都赞同这一观点。

三、塑形手术

向家长说明手术进行的时机。唇裂可以在任何时候进行手术，但是大多数学者认为婴儿在十周，体重达10lbs时进行此手术比较合适。到这个时候喂养的途径已经建立，婴儿可以承受麻醉；腭裂的修补最好在6个月时进行，但必须在18个月之前进行，不然就有碍婴儿训练有意义和目的的发音。耳鼻喉医师认为必要时可以放置等压管，引流内耳的液体以防止感染和听力下降。外科医生提出有必要时要将硬腭融合以支持恒牙的萌出和生长。

四、特别注意的几个问题

1、因为腭肌的不足导致耳咽鼓管开放与中耳相通，结果感染的机会就会增加，所以向家长建议：定期检查耳朵和听力。

2、建议家长在其他方面对待唇腭裂婴儿要象对待正常儿童一样，可以让他们尝试固体食物，但辛辣的和酸性的食

* 作者单位：400037 重庆市第三军医大学附属新桥医院消化科