

病、过多的生活压力等<sup>[4]</sup>。应鼓励患者改变生活方式:戒烟(不吸烟者应远离吸烟环境)、限酒、低盐、低脂饮食,多吃蔬菜、水果,防止暴饮暴食,肥胖者应限制食量,避免精神紧张。若有高血压、糖尿病等基础性疾病应注意,一定要加以控制。

2.3.3 解除心理障碍 心肌梗死后 15%~20%的患者会产生轻、中度抑郁,5%~10%的患者表现焦虑,25%的患者没有或恐惧性生活,家庭婚姻问题及社会孤独感也较常见。王玉玲等<sup>[5]</sup>介绍一种心理康复护理程序,采用倾听、解释、鼓励、商讨、建议等技巧,缓解患者的焦虑和抑郁。正确认识心肌梗死康复的目的和意义,从而增加其康复的信心。

2.3.4 用药指导 (1)PTCA+ S介入术后为防止血栓形成,需长期服用抗血小板药物(如阿司匹林),支架植入术后需服用一定时间的氯吡格雷;并注意药物的副作用,如阿司匹林可引起上消化道出血而产生黑便。(2)他汀类调脂药有抗炎、调脂、消除氧自由基、改善血管内皮功能,对于稳定斑块、防止支架血栓形成,均有重要作用。(3)部分血运重建者需服用硝酸酯类药物。

### 3 讨论

急诊 PTCA+ S术遵循时间就是心肌、时间就是生命的原则<sup>[6]</sup>。患者早一分钟进入手术室,就能早一分钟实现心肌的早期再灌注,减少并发症的发生。急性心肌梗死行急诊 PTCA+ S术前,心肌由于缺血、缺氧已经受到较严重的损害,加上手术刺激,术后比普通择期 PTCA+ S术更易发生严重的并发症和心律失常、急性冠脉闭塞。急诊 PTCA+ S术后患者易出现低血压反应,主要原因为:(1)冠状动脉区支架内血栓形成导致再闭塞;(2)后腹膜血肿;(3)

血容量不足;(4)使用硝酸甘油等扩张血管药物;(5)迷走神经张力增高;(6)心脏压塞<sup>[7]</sup>;(7)情绪紧张;(8)药物过敏等。本组 1例因血容量不足及造影剂迟发过敏反应而引起恶心、呕吐、血压下降 60/30 mmHg通过扩容、升压药以及抗过敏药应用,血压逐步恢复 100~110/60~70 mmHg,生命体征稳定。

急性心肌梗死患者发病突然,疼痛剧烈,病情危重,且对心脏介入治疗知识缺乏,患者及家属心理准备不足,思想负担重,担心手术失败,患者均有不同程度焦虑、恐惧心理,通过心理疏导使患者能顺利接受手术。

WHO调查报告显示,有吸烟引起的冠心病病死率 20%,如果停止吸烟 1年,冠心病发生率减少 50%,停止吸烟 15年以上,引起冠心病的可能性很小。高脂高胆固醇食物可加速冠状动脉硬化的发生和发展。本组 4例通过康复指导均能改掉原有不良的生活方式,回访半年未再出现心绞痛。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 杨 茹. 冠状动脉介入性治疗老年冠心病的护理[J]. 蚌埠医学院学报, 2005, 30(1): 79-81
- [2] Waite KA, Eng C. Protean PIEN Tom and function [J]. Am J Hum Genet 2002, 70(4): 829-844
- [3] Roubin GS. International Cardiovascular Medicine [M]. New York: Churchill Livingstone, 1993: 870-875
- [4] Lear SA, Bnaszowski A, Laquer EA, et al. Extensive lifestyle management intervention following cardiac rehabilitation [J]. Rehabil Nurs 2001, 26(6): 227-232
- [5] 王玉玲, 秦力君. 急性心肌梗死的康复护理 [J]. 中华护理杂志, 1998, 33(8): 491-493
- [6] 李京生. 急性心肌梗死补救性经皮冠状动脉介入治疗与择期选择 [J]. 临床荟萃, 2004, 19(3): 160-161
- [7] Li AJ, Karlan BY. Genetic factors in ovarian carcinoma [J]. Curr Oncol Rep 2001, 3(1): 27-32

[文章编号] 1000-2200(2006)06-0681-02

。临床护理。

## 口咽入路斜坡脊索瘤切除术 1例围手术期护理

陆 婕, 周 英, 魏兆娥

[关键词] 脊索瘤; 外科手术; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 730.269

[文献标识码] B

脊索瘤是一种少见的低度恶性肿瘤,发病率占脑瘤的 0.15%~0.2%。来源于胚胎脊索残留组织的肿瘤,生长缓慢,具有侵袭性和局部破坏,多发生于骶尾部(50%),蝶枕部

(35%),鼻咽部罕见。2005年,我科诊治 1例斜坡脊索瘤,现将围手术期的护理体会作一介绍。

### 1 临床资料

患者女性,16岁,学生。主诉睡眠打鼾 1年,鼻塞、发音含糊 5个月,头痛 1个月,头颅 CT检查未见异常,鼻咽部 CT检查见鼻咽部占位,头颈部 MR示:斜坡脊索瘤。2005年 12月 21日入住我科。体检见软腭及咽后壁黏膜下肿胀,向前隆起,呈淡红色,触之中等硬度。完善各项手术前准备,在全

[收稿日期] 2006-03-22

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院耳鼻咽喉头颈外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 陆 婕(1973-)女,护师。

麻下行气管切开+经口咽入路斜坡脊索瘤切除术,术中见肿瘤位于鼻咽顶及咽后壁,约 $7\text{ cm}\times 5\text{ cm}$ ,暗红色,囊,根椎体已破坏,肿瘤底部与硬脊膜及椎体界限不清。术后给予对症支持治疗,采取积极有效的护理措施,手术后15天痊愈出院。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 斜坡脊索瘤切除术中可能出现呼吸心跳骤停、大血管破裂出血死亡等不良后果,还可能出现颅内感染、颈椎脱位造成截瘫等并发症,因患者了解的相关知识甚少,医护人员术前应运用语言交流技巧,与患者家属沟通,让他们做好心理准备,如手术前医护人员要科学客观的介绍疾病的相关知识,耐心解释手术方法、治疗效果及术中可能出现的不良情况以及采取的相应有效措施,消除患者的紧张情绪。医护人员与患者之间建立真诚合作、相互信任的关系,从而使患者以积极的态度接受此项手术。

2.1.2 术前准备 (1)口腔准备:因手术经口入路切开软腭及咽后壁,术前3天让患者早晚及饭后刷牙,不吃辛辣刺激性食物,不饮浓茶、咖啡等饮料,防止口腔溃疡。术前1天行口腔护理,早晚各1次。术晨再用盐水棉球行口腔清洗,减少术后口腔切口感染的机会。(2)体位训练:因病情需要,手术后要卧床7~10天,术前训练患者床上大小便的习惯,以适应术后卧床的需要,避免术后发生尿潴留和便秘。指导其卧位时如何进行上下肢的活动。(3)提高手术耐受性:评价营养状况最有价值的指标是体重,手术后体重减轻10%~15%无严重后果,减轻20%可增加患者对手术应激性的敏感性<sup>[1]</sup>,入院后为患者测量体重,患者偏瘦,告知其合理营养可提高机体抵抗力,对手术后切口愈合和机体功能恢复的重要性,联系营养室为患者制定科学合理的三餐膳食,并鼓励患者多喝水,同时增加水果摄入,保持大便通畅。避免感冒,注意保暖,如呼吸道有炎症,应及时治疗,以减少术后咽痛、痰多、呼吸不畅等并发症的出现。(4)常规准备:做好各项术前准备,手术前1天注意鼻腔清洁,剪鼻毛,麻醉药皮试,备血等。清洗头发,必要时剃净头发,术前晚间12时通知患者禁食水,术晨给予留置导尿、胃管,备好术中用药如抗生素、E-C耳脑胶、止血剂等。

### 2.2 术后护理

2.2.1 体位 术后患者给予去枕平卧位,保持头部和颈部成一直线<sup>[2]</sup>,头颈部制动,颈部两侧置砂袋,可防止颈椎脱位,造成截瘫。需要翻身时,颈部固定尤为重要,1周后患者下床活动,颈部予以颈托固定。

2.2.2 病情观察 (1)术后置监护室给予心电监护,严密观察血压、脉搏、呼吸,监测血氧饱和度,持续氧气低流量吸入。24h特别护理,备齐抢救设备物品、药品,如吸引器、抢救车、脑室引流包,记录24h出入量。(2)观察有无脑损伤和颅内感染症状,要密切观察患者的意识、瞳孔、肢体活动情况,注意患者有无高热、头痛、呕吐、颈项强直、脑脊液鼻漏等情况,如果鼻腔有无色无味透明水状的渗出液,应考虑为脑脊液,并做分泌物脑脊液常规检查。做好病程记录,如有异常及时报告医师,给予相应处理。

2.2.3 保持呼吸道通畅 (1)术后做好气管切开护理。吸痰的动作应轻柔,每天雾化吸入2次,湿化气道,氯霉素眼药水沿气管壁缓慢滴入,每次4~5滴,如果痰液比较稠,每次

可7~8滴,每2h1次,每次吸痰时间不超过15s,尽量减少不必要刺激,室内空气流通,经常用湿拖把拖地,减少陪护。

(2)严密观察鼻腔填塞物有无松动,注意固定在鼻腔外面的丝线不要滑脱,防止后鼻孔纱球失去固定坠入咽腔,造成窒息。同时不要用力咳嗽。更不能用手挖鼻孔,注意鼻腔清洁,及时清除分泌物,防止污物倒流污染切口。鼻腔局部用金霉素眼药膏涂抹,防止发生鼻前庭炎。

2.2.4 清洁口腔 因经口进路术后切口肿胀,口内分泌物在咽部、口腔堆积,嘱患者将口内分泌物轻轻吐出,不宜用力咯,更不能咽下,以免引起胃部不适,导致恶心、呕吐,必要时可给予胃肠减压。为防止切口感染,用替诺康漱口液漱口,每天3~5次;用0.5%碘附棉球清洁切口1次,口腔护理2次。禁止刷牙,禁用电动吸引器,以免软腭处及鼻咽处切口张力加大,致切口撕裂。患者因前后鼻孔填塞,张口呼吸导致口唇干燥,破裂,用生理盐水棉签湿润双唇,局部可以涂抹金霉素软膏,并用盐水纱布覆盖口腔和气管套管口处。

2.2.5 疼痛护理 患者手术创伤大,由于软腭及鼻咽部有切口存在,患者咽痛较明显,前后鼻孔纱条填塞同时还会伴有头痛,向患者解释引起疼痛的原因,说明这只是暂时的。我们在执行治疗和护理操作时让患者通过写字板、打手势来表达,尽量减轻患者由于讲话而带来的痛苦,指导患者做深呼吸,以放松肌肉,可用听音乐、看书等分散患者注意力。

2.2.6 饮食护理 术后禁食24h后鼻饲高热量、富营养流质,保证患者的营养供应。术后口内切口10天拆线,12天胃管拔除,可进半流质,13天后逐渐转为软食,最后进普通饮食,忌辛辣、刺激、咖啡、浓茶等饮食。注意保持大便通畅,多饮水。

2.2.7 颈托护理 术后下床活动应用颈托主要是减轻局部疼痛,保护颈椎避免进一步损伤,支撑麻痹的肌肉和预防畸形。使用时颈部松紧要合适,以佩戴后颈部的旋转与肩部同步转动为适度,过松达不到保护颈部作用,过紧则影响颈部功能。应用过程要保持颈部清洁,防止颈部皮肤过敏,可在内面垫小毛巾,每天更换,进食时防止食物从下颌污染颈部,避免颈部活动,禁止做低头仰头旋转动作,避免长时间看书、看电视,防止颈部疲劳过度,不用高枕、软枕,保持颈部功能位,卧位时可解除颈托前半部分,用后半部分固定颈项。

## 3 讨论

脊索瘤切除术临床不多见,患者及家属能够坦然地接受手术,术前心理护理很有必要。脊索瘤切除术后并发症多在术后24~72h,所以应密切观察患者有无发热、头痛、恶心、呕吐、切口出血和脑脊液鼻漏等症状。还要观察肢体活动情况,掌握术后并发症的观察和及时的处理是保证患者康复的关键。因手术经口咽入路,为防止术后口腔内切口感染,所以术前术后口腔护理尤为重要。出院后应告诉患者注意休息,同时加强营养,增加机体抵抗力,多食蔬菜、水果,保持大便通畅,颈部佩戴颈托1个月,3个月内禁止抬重物,避免体力和脑力劳动,避免情绪激动,注意肢体活动情况,有无头痛、恶心、呕吐等症状,门诊随访。1个月后复查。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 雷 霆. 脑肿瘤学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2004: 280.
- [2] 赵 瑛. 颈椎病前路减压植骨内固定术的护理干预[J]. 临床护理杂志, 2005, 4(1): 19-20.