

表 2 两种吸痰方法对气管黏膜损伤出血的比较 (1)

分组	n	不出血	出血	χ^2	P
观察组	29	29	0	11.07	< 0.005
常规组	17	10	7		
合计	46	39	7		

3 讨论

新生儿吸痰是将新生儿气管内羊水、大量黏液及气管内分泌物、甚至是胎粪彻底吸出^[2]。常规吸痰往往呈现无痰液吸出,导致血氧饱和度下降,肺部湿罗音明显;由于吸痰不畅反复吸引,反而刺激呼吸道黏膜,使之充血水肿,分泌物增多。同时在机械通气治疗过程中,由于气管导管的刺激及并发肺部感染,使呼吸道分泌物明显增多,且排出困难,使气道阻力增高,直接影响通气效果。

解除负压吸痰,体位正确,其新生儿呼吸道保持最佳开放状态,便于吸痰。两人操作比传统单人方法效果彻底,可以将呼吸道的分泌物全部吸出,并可减少呼吸道黏膜的损伤,有利于保障婴儿的呼吸道

通畅,防止窒息及肺部感染。吸痰过程中,负压过大易导致气管黏膜的损伤而出血,观察组遇阻力时不强行提出,降低负压,阻力感解除后,旋转上提吸痰,减少呼吸道黏膜的损伤。

吸痰能有效地清除呼吸道分泌物,保持气道畅通,在最小的刺激和损伤情况下,最大限度地吸出分泌物^[3]。吸痰时严格无菌操作,密切观察患儿的面色、呼吸等的变化,及时抽吸痰液;吸痰中结合应用端正体位、解除负压及两人操作等方法,效果明显优于常规持续负压吸引的方法,并可减轻婴儿的痛苦及气管黏膜出血。本文用两种吸痰方法的结果可以看出,常规组婴儿中有 7 例痰中带血,而观察组无痰中带血,两组间差异有统计学意义 ($P < 0.005$),显示观察组吸痰方法对气管黏膜损伤比常规组小。

[参 考 文 献]

- [1] 丁言雯. 护理学基础 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 236-237.
- [2] 陶丽云. 护理基本技术 [M]. 北京: 高等教育出版社, 2005: 298-300.
- [3] 侯翠霞, 徐秀丽. 气管切开病人吸痰方法的改进 [J]. 临床护理杂志, 2005, 4(5): 64-65.

[文章编号] 1000-2200(2007)03-0358-02

。 护理医学。

乳腺癌手术 281 例护理体会

蒋山英

[摘要] 目的: 探讨乳腺癌手术患者的护理。方法: 回顾性分析 281 例乳腺癌手术患者的术前、术后、并发症和出院健康教育的护理。结果: 通过手术并辅以化疗、放疗及积极的护理, 均痊愈出院, 无并发症的发生。结论: 加强乳腺癌的术前、术后并发症和出院健康教育的护理可以消除患者的悲观情绪, 有助于提高生存率。

[关键词] 乳腺肿瘤; 乳腺 / 外科手术; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 737.9 R 655.8 [文献标识码] A

乳腺癌是女性乳房最常见的恶性肿瘤之一, 在我国占全身恶性肿瘤的 7% ~ 10%, 并呈逐年上升趋势^[1]。治疗方法有手术治疗、放射治疗、化学药物治疗、内分泌治疗、生物治疗及中医中药治疗等。手术期及术后恢复期患者常伴有悲观失望的情绪, 并对术后功能锻炼及患肢功能恢复的知识缺乏了解。现对我科收治的 281 例乳腺癌手术患者的护理体会作一报道。

1 临床资料

2003 年 1 月 ~ 2006 年 6 月, 我科共收治乳腺癌

患者 295 例, 年龄 27 ~ 77 岁。均采用手术治疗。常见的手术方式为乳腺癌根治术、乳腺癌改良根治术、乳腺癌扩大根治术、全乳房切除术和保留乳房的乳房癌切除术, 术后辅以化疗、放疗^[1]。均痊愈出院, 无并发症的发生。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 疾病知识宣教 (1) 认识疾病: 向患者讲解有关该病的基本知识, 妊娠期乳腺癌患者应终止妊娠, 哺乳者应停止哺乳并给予回奶药物。若患者有失眠症状、精神紧张, 可服地西洋^[2]。(2) 术前常规检查: 向患者讲明术前必须查血、尿、便等常规检查, 电解质, 肝功能检查, 凝血酶原时间测定, 免疫筛查, 以及心电图、胸透的意义和目的, 并帮助患者做好各

[收稿日期] 2006-11-03

[作者单位] 安徽省肿瘤康复医院 外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 蒋山英 (1974-), 女, 护师。

种准备工作。(3)术前饮食:多食用高蛋白、高热量、高营养、高维生素、易消化的食物。术前1日晚餐食用半流质,如稀饭、牛奶等。

2.1.2 术前准备 为使患者适应术后生活需要,还应帮助患者练习双手使用筷子和勺,学会用健侧手梳头。前1天按手术要求范围备皮,清洁皮肤尤其应注意乳头和乳晕部位的清洁,减少切口感染机会。

2.1.3 术前心理护理 让患者做好精神和心理准备,说明手术的安全性及必要性,使患者能够正确面对疾病,面对手术,消除恐惧心理,增强战胜疾病的信心和勇气。Shukdhan^[3]回顾了自1985年以来有关术前健康教育对外科手术患者康复影响的文献,结果表明术前教育可以取得有益的成效。

2.2 术后护理

2.2.1 体位护理 术毕严密注意生命体征变化,按时监测脉搏、呼吸、血压,并做好记录。根据病情连续观察24~48 h,注意引流物的性质和量,切口置沙袋压迫24~72 h,6 h内去枕平卧,清醒6 h后取半卧位。1~3天内上肘取内收位,患侧下垫小枕,保持功能位和舒适,与胸部呈水平位,以促进淋巴和静脉回流,静脉输液或注射时应避开患侧肢体,以免肢体肿胀。

2.2.2 饮食护理 一般术后6~10 h内禁食、禁水,如无恶心、呕吐,6~10 h后可少量饮水,次晨饮水、进食,进高营养、易消化、易吸收食物,增强体质,以利切口愈合。

2.2.3 术后引流管护理 妥善固定引流管,勿扭曲、打折,观察引流液的性质和量,保持持续负压状态,防止倒流造成逆行感染,若有引流不畅及时通知医师进行处理。

2.2.4 上肢功能的锻炼与康复 术后2天内限制患侧肢体活动,以免腋窝皮瓣的活动而影响切口愈合,术后3~5天开始活动,1~4天行握拳、屈肘运动,主要活动指、腕、肘关节及前臂肌肉,每天上、下午各练1次。术后5~6天(一般在引流管拔除后)行患侧上肘上举运动。术后1周如无切口出血、积液等,除以上活动外,可增加活动量:(1)肩关节环绕;(2)外展内收;(3)摸耳;(4)爬墙。

2.2.5 预防并发症的护理 (1)观察切口敷料变化:术后前3天观察敷料有无变化,如果渗湿,表示切口出血较多,应及时报告医师更换敷料,必要时采取对应措施。(2)加压包扎胸带的观察:一般用三角巾包扎固定,5~6天后去掉三角巾,防止患肘早期外展活动,以免牵拉切口。胸带包扎过紧,患者感到呼吸困难,切口疼痛,腋下不适等,发现这种情况应立即调整,防止压迫造成循环障碍所致皮瓣坏死,改善呼吸状况;如果过松也应及时重新包扎,过松不

利于防止切口出血及皮下积气(液)。(3)患侧上肢不宜输液:以免引起上肢疼痛,水肿及液体自损伤的淋巴管外漏,影响患侧上肢摆放位置,宜采用对侧上肢或下肢输液。(4)体温观察:大多数患者体温在正常范围。少数患者有中度发热,一般体温不超过38.5℃,患者如有持续高热现象,应及时处理,并查找发热原因。

3.6 出院健康指导 (1)定期复查:一般1~3个月复查1次,如有不适随时就诊。(2)后续治疗:出院后需放疗、化疗者,遵医嘱按时治疗。(3)自我检查:自查应在月经过后进行。月经期乳腺充血,腺管扩张影响效果,通过视诊,查乳房是否对称,高度是否一致,乳头和乳晕皮肤有无脱皮、糜烂,乳头有无溢液,腋下淋巴结有无肿大。正确的检查方法:将手指平放在乳房上,轻轻触诊,使乳腺在手指与胸膛之间滑动,勿抓捏。(4)功能锻炼:坚持患肢功能锻炼,以防发生水肿。(5)心理护理:保持心情舒畅,情绪乐观,多听轻松音乐,适当参加娱乐活动,适当体育锻炼,增强机体抵抗力。乳腺癌术后患者,由于第二性器官缺如,有失落感和悲伤情绪,指导患者正确面对现实,通过乳房整形、美容,制作假乳罩等方式,弥补缺陷;帮助患者树立自尊、自强、自信心,坚强地面对生活。

3 讨论

乳腺癌患者在身体上、精神上都承受了很大的压力和痛苦,合理、细致、有效的护理对疾病的痊愈至关重要。做好心理护理能使患者树立治愈疾病的信心,消除思想顾虑,积极主动配合治疗。本组病例通过加强手术前疾病知识宣教,让患者认识疾病;术后有效护理措施的实施,无并发症的发生;出院时均予以健康指导,使得后续治疗得以顺利进行。同时笔者也认识到作为护士不仅要了解疾病的生理、解剖、病理知识及治疗护理、心理知识,而且还要掌握好与患者交流的技巧与艺术,才能真正做到以病人为中心,真正做到使病人满意。

总之护理工作是一项创造性的艺术,护理对象不同,疾病不同,都需要护理工作因人而异,应用科学知识,并结合工作中的护理体会,提供优质护理服务,这样有利于治疗工作的顺利进行,使患者早日康复。

[参 考 文 献]

- [1] 陈孝平主编. 外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2002: 434-440.
- [2] 王阳华, 黄丽. 乳腺癌手术健康教育[J]. 中国社区医师, 2006, 16(8): 104.
- [3] Shukdhan C. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery[J]. Int J Nurs Stud 1999 36(2): 171-177.