

【临床护理】

28例腮腺恶性肿瘤患者围手术期护理

刘玲芬, 卢平丽, 戴淑真, 张菊红

(台州医院 口腔中心, 浙江 临海 317000)

【摘要】报道28例腮腺恶性肿瘤患者术后并发症发生情况,有1例发生切口出血,有1例发生肺部感染,3例发生面神经麻痹,经及时治疗均好转。总结出围手术期的护理要点:术前采取正确的心理护理,做好疼痛护理,术后加强呼吸道管理、切口护理、口腔护理,加强对并发症的护理。

【关键词】腮腺; 恶性肿瘤; 围手术期; 护理

【中图分类号】R473.78 **【文献标识码】**B **【文章编号】**1008-9969(2006)08-0055-02

腮腺恶性肿瘤以中青年患者多见,一般年龄20~60岁,男女性均可发生。目前临床上以手术治疗为主,术后辅以化疗放疗。我科自2001年6月-2005年5月共收治腮腺恶性肿瘤手术患者28例,取得满意疗效,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

本组28例患者中男性17例,女性11例。年龄最大为73岁,最小为15岁,平均年龄为44岁。临床表现肿块固定10例,疼痛8例,面瘫5例,颈部淋巴结肿大5例。28例全部采用外科手术治疗,行腮腺浅叶切除术5例,全腮腺切除14例,全腮腺加面神经分支切除3例,全腮腺及面神经切除6例;同期行舌骨上清扫6例,一侧颈淋巴结清扫5例,上述患者加放疗12例。术后3例患者出现面神经麻痹,经对症治疗后好转,1例发生切口出血,及时处理后无继发出血;1例并发肺部感染,对症处理后痊愈出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 恶性肿瘤患者大多数有焦虑、抑郁心理,心理因素与恶性肿瘤的发生发展、预后密切相关,所以进行手术、化疗、放疗等治疗的同时,辅之以良好的心理治疗和护理,使患者心理-神经-内分泌-免疫轴趋于平衡,对恶性肿瘤患者的术后康复有重要的作用。本组8例疼痛患者表现出抑郁、悲观心理,住院期间进行耐心的解释,讲解疾病的相关知识,介绍成功的病例;向患者说明术中有可能切除面神经及部分面神经,而留下面瘫等后遗症,使其做好心理准备,以改善患者术后不必要的焦虑和恐惧,使之能积极配合治疗,尽早康复。

2.1.2 疼痛护理 本组有8例患者出现癌性疼痛,

严重影响患者的饮食、睡眠,使患者的生活质量明显下降,予积极采取护理措施,减轻或缓解患者的疼痛:(1)每周1~2次指导患者对疼痛治疗的认识,告知患者术前疼痛的性质是随着肿瘤进一步的侵犯神经越来越痛,不要强忍疼痛,并协助医生制定出详细适宜的止痛治疗方案,及时准确给药,剂量从小到大直至疼痛得到明显缓解或消失^[1]。(2)营造舒适的病室环境,将患者安排在单人房间,让家属陪伴,与其交谈感兴趣的话题,分散其对疼痛的注意力,以减轻紧张的情绪及疼痛。(3)由于疼痛的折磨,患者常产生持续焦虑和忧郁,有资料表明^[2]焦虑和忧郁可明显增加疼痛感,当患者疼痛时,护士陪伴在床旁,并主动握住患者的手,与其交谈感兴趣的话题,理解患者因疼痛而叫喊,使患者获得安全感和信赖感。各种检查、操作动作轻柔,避免加重患者疼痛。

2.1.3 术前准备 术前3d用口泰漱口剂反复漱口,3次/d。术晨用1.5%过氧化氢溶液漱口,再用生理盐水充分漱口。

2.2 术后护理

2.2.1 加强呼吸道管理,保持呼吸道通畅 (1)全麻未清醒前,头偏向健侧,使口腔分泌物或呕吐物易于流出。及时吸出口腔内分泌物,避免吸入气管。(2)清醒后,指导患者取头高位或半卧位,以利于静脉回流,防止术区肿胀、淤血。(3)严密观察患者呼吸频率、深度和血氧饱和度变化,术后给予氧气吸入4L/min,并保持鼻导管通畅;鼓励患者咳嗽,深呼吸。术后第1天协助患者坐起叩背,帮助咳痰。术后第3天根据情况协助下床活动,防止肺部并发症发生。本组有1例高龄患者并发肺部感染,在有效应用抗生素的同时,每天给予超声雾化吸入2次,湿化气道,稀释痰液,护理上特别强调深吸气、咳嗽、翻身等重要性,每天叩背2次,患者于术后第13天痊愈出院。

2.2.2 切口护理 (1)做好负压引流的护理:由于腮腺区血供丰富,术中常用含少量肾上腺素的1%普鲁

【收稿日期】2006-03-16

【作者简介】刘玲芬(1970-),女,浙江台州人,本科学历,主管护师。

卡因做局部注射, 术后易出现反应性血管扩张性出血, 加上残留腺体仍会在一定时间内分泌涎液, 以及摘除瘤体及腺体后均有空腔存在, 术后必须引流^[3]。引流管要保持通畅, 翻身时健侧卧位, 避免扭曲、折叠、压迫, 妥善固定; 同时密切观察引流量、色、性质的变化, 一般 12 h 引流液不超过 250 ml, 色泽逐渐变浅, 量由多到少。短时间内引流量较大且色泽鲜红, 要警惕切口内出血, 及时报告医生采取措施, 若引流液为乳白牛奶状时, 应考虑乳糜漏, 应报告医生拔除负压引流管, 局部加压包扎。本组有 1 例术后 2 h 内引流量达 300 ml, 呈血性, 立即解除负压, 及时通知医生, 应用止血药物, 更换术区敷料, 加压包扎^[4], 无继发出血。(2) 切口疼痛护理: 术后应该常规给予止痛药, 而不是等到疼痛难以忍受时再给药^[5]。同时告诉患者术前和术后疼痛的性质是不一样的, 前者是随着肿瘤进一步的侵犯神经越来越痛; 而后者一般 24 h 内疼痛比较剧烈, 之后则会逐渐减轻, 以减轻患者对疼痛的恐惧心理。本组均术后常规给予曲马多口服, 术后疼痛评分 < 3 分。

2.2.3 口腔护理 由于术前术后均使用阿托品, 患者口腔黏膜干燥, 自洁能力下降, 易发生感染, 因此术后鼓励患者多喝水, 术后第 1 天由护士做口腔护理 2 次, 进食后用口泰漱口剂漱口; 术后第 2 天始指导其用软毛牙刷刷牙 2 次/d, 进食后用口泰漱口剂漱口。5 例张口困难者用注射器抽取生理盐水冲洗, 整个操作过程动作轻巧、细致, 切忌粗暴, 以免引起伤口疼痛。本组未发生口腔感染。

2.2.4 饮食护理 充足的营养对患者早日恢复健康, 促进伤口愈合, 减少并发症有重要影响^[6]。为保证患者每日合理的肠内营养摄入, 术后禁食 6 h 后予流质饮食, 提供高蛋白、高热量、高维生素流质饮食, 如: 鸡汤、鱼汤、骨头汤、牛奶、水果汁; 术后 4 d 起进半流质饮食, 如蛋羹、面片、米粉糊, 但禁食酸味、干、硬食物; 不足部分经静脉补充, 以保证机体营

养的需要, 促进伤口愈合。

2.2.5 面神经麻痹的护理 按医嘱给予 VitB₁₂、VitB₁ 等神经营养药, 同时指导患者进行表情肌功能训练。如: 用力抬眉至不能抬高为止; 用力皱眉至最大程度; 用力闭眼, 如不能完全闭合, 可以用手指力量帮助, 紧闭眼与轻闭眼交替进行。一般 3~6 个月会逐渐恢复。本组有 3 例发生面神经麻痹, 予对症治疗后, 3 例患者均半年内恢复正常。

2.3 出院指导 (1) 饮食: 向患者说明每日摄取足够的水分、进食高蛋白及高营养饮食的意义, 避免吃过烫和有刺激性的食物, 如浓茶、咖啡、干硬、酸味食物。(2) 口腔卫生: 嘱患者饭后漱口, 早晚用软毛牙刷刷牙, 保持口腔清洁。(3) 定期复诊: 嘱患者定期来院检查, 分别为出院后 1 周、1 个月、3 个月、半年、1 年、2 年、5 年, 以便早期发现复发、转移, 及早治疗。(4) 休息与活动相结合: 过去常常告诉患者术后多休息、少活动, Schwantz 报道体育锻炼与疲劳呈负相关, 每天都进行有规律的、低强度的体育锻炼如散步等, 锻炼时间越长, 与癌症有关的疲劳就越低。(5) 指导患者自我护理: 鼓励其自理生活饮食起居, 逐渐参与社会活动, 家属关注、支持、照顾患者, 特别是心理支持尤为重要。

[参 考 文 献]

- [1] 谷沫丽, 梁敏, 方芳. 老年癌症患者疼痛程度及其对生活质量的影响[J]. 南方护理学报, 2005, 12(7): 13-14.
- [2] 马鸿建, 李其松. 中重度癌症疼痛的心理反应和人格特征[J]. 实用肿瘤杂志, 1998, 13(6): 345-347.
- [3] 梁利荣, 赵士芳, 杨卫江. 腮腺术后负压引流与正压引流的对比研究[J]. 口腔医学, 2003, 3(6): 356-357.
- [4] 郑欣, 石秀英, 罗亦民, 等. 颞下咽侧区肿瘤患者手术前后的护理[J]. 南方护理学报, 2004, 11(10): 29-30.
- [5] 聂娟. 手术患者术后疼痛的护理进展[J]. 护士进修杂志, 1996, 11(1): 6-8.
- [6] 王丽姿. 伤口愈合的相关营养因素及护理[J]. 实用护理杂志, 2002, 18(9): 55-56.

[本文编辑: 方玉桂 江霞]



本刊作者简介和摘要的撰写要求

根据《中国学术期刊(光盘版)检索与评价数据规范》新的要求, 本刊作者简介和摘要的撰写要求如下:

[作者简介] 作者的姓名(出生年-), 性别, 民族, 籍贯(具体省市), 职称, 学位, 学历及联系电话、电子信箱。

[摘要] 具有独立性和自明性, 不应出现图表、数学公式和非公知公用的符号、缩略语, 篇幅约 250 字左右。

摘要中明确列述该文的创新点(新理论、新观点、新技术), 以便于创新性知识的发现、提取和评价。