

健康教育在老年妇科病人围手术期的应用

张春兰 韩丽 傅文雅 朱素琴

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311201)

关键词:健康教育;围手术期;老年妇女

中图分类号:R 173

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0075-02

手术是一种侵入性的治疗过程,围手术期病人不仅要受到疾病本身的影响,还要受到麻醉和手术的打击。为预防围手术期的并发症,确保老年妇科病人手术的安全健康,避免术后并发症的发生,使病人早日康复,近 4 年来,我们对收治的老年妇科手术病人 59 例,实施围手术期的健康教育,收到良好的效果。现报告如下:

1 临床资料

收集我院 2001 年 1 月~2004 年 12 月收治的妇科手术病人 59 例,年龄 60~87 岁,患卵巢肿瘤疾病 17 例,宫颈癌 12 例,子宫内膜癌 8 例,子宫脱垂加阴道前后壁膨出 22 例。59 例合并高血压病 7 例,糖尿病 4 例,冠心病 3 例,慢性支气管炎 3 例。经子宫广泛切除+盆腔淋巴清扫术 12 例,全子宫切除+双附件切除 25 例,阴式子宫全切 10 例,曼氏切除加会若病人出现昏迷或昏迷加深,及时报告医师,尽早复查 CT,以明确诊断。本组资料中发现进行性意识障碍者 9 例,CT 复查为后颅窝血肿。

2.1.2 瞳孔变化的观察 颅后窝小血肿可长期不出现瞳孔的改变,在枕骨大孔疝早期,双侧瞳孔可一过性缩小或忽大忽小,该临床过程很短,往往只有几分钟或不过半小时,却是治疗的关键时机。随着出血量增大,动眼神经麻痹,瞳孔散大,对光反射消失,即枕骨大孔疝形成,此时抢救就极为困难。所以,应每 15~30 分钟观察一次瞳孔,紧抓住病情恶化期,使之得到及时处理。而当病人有意识状态恶化时,更应及时观察瞳孔变化,并及时联系医生。因此要仔细及时观察瞳孔变化,要善于从瞳孔微小的变化中推断病情演变,以便及时采取措施,提高抢救成功率。本组 3 例于入院后 8~20h 突然出现意识障碍、双侧瞳孔一过性缩小,立即配合医生快速静滴甘露醇等抢救措施后,紧急开颅清除血肿,术后病人恢复良好。

2.1.3 临床症状的观察 后颅窝容积小,代偿性能差,随着血肿的形成或增大,剧烈头痛、频繁呕吐等颅内压增高症状出现。如果病人意识已趋不清而未完全昏迷者,剧烈的头痛往往以烦躁不安的形式出现,应仔细观察。本组 30 例病人均有头痛,其中 26 例疼痛明显,呕吐 25 例。对意识清醒的患者,我们要重视其疼痛的主诉,并进行前后对比。伤后持续进行生命体征监测,动态观察、记录、分析 BP、R、P 可协助判断颅内压情况。

2.1.4 观察神经体征 后颅窝血肿直接压迫脑干,可出现吞咽困难等颅神经麻痹症状、双侧椎体束征、共济失调等特征性表现,一旦出现上述症状,往往提示病情凶险,应迅速协助医生进行相应的抢救与治疗。

2.2 术前准备 本病一经确诊,一般须尽早手术清除血肿,

阴修补 12 例。

2 健康教育

2.1 术前健康教育

2.1.1 心理健康教育 一般老年妇女一旦确诊恶性肿瘤或盆腔肿块,会出现焦虑、恐惧,不能入睡,思前顾后的心态接踵而来。因此,责任护士应对评估结果进行针对性指导,语言通俗易懂,态度和蔼可亲,避免嫌弃她们“啰唆”。反复耐心进行解释,并举例说明手术的安全性或同种疾病恢复快的病人,使老年患者产生信赖和亲切感,从而减轻焦虑、恐惧心理,配合治疗。

2.1.2 术前准备 术前须做阴道及肠道准备,老年妇女怕害羞,准备时特别要注意患者的隐私,不论做什么准备工作,做前都要向患者或家属交代清楚。动作轻巧,避免窥阴器损伤才能有效解除脑干受压。术前准备必须争分夺秒迅速进行,配血、剃头、术前针等应在 20min 内完成。在快速搬运病人途中,保证平稳,切勿将头颈后倾或前屈,以防刺激脑干而发生呼吸骤停。

2.3 术后继续严密观察生命体征、意识、瞳孔的变化 继发性颅内出血,多发生在术后 6~24h。在此期间,至少每 30 分钟观察意识、瞳孔及生命体征一次,并作好详细记录。若出现血压升高、进行性意识障碍或出现新的体征,如偏瘫、失语等,应考虑颅内再出血的可能,须作紧急处理。本组 1 例合并幕上血肿患者,在血肿清除术后 8h,意识呈朦胧状,躁动不安,伴恶心呕吐,即予以快速静滴甘露醇脱水,并复查头颅 CT,证实为颅内继发性出血,再次手术,使病人脱离危险。

2.4 体位安置 全麻未清醒前去枕平卧,头偏向一侧。清醒后,取患侧卧位或俯卧位。抬高床头 15~30°,以利颅内静脉回流^[4],预防脑水肿。翻身时保持头颅躯干部同步,动作轻柔、缓慢,避免因扭曲造成脑干移位而出现呼吸骤停。

2.5 饮食护理 术后常规给予静脉内营养支持。随着病情好转或症状减轻,可给半流或糊状无渣食物,但应观察病人进食情况,若出现饮水或进食后呛咳等症状,即嘱病人禁食。

2.6 呼吸道护理 术后及时给氧、吸痰、清除呼吸道分泌物,确保呼吸道通畅。对于昏迷较深,咳嗽、吞咽反射减弱或消失,呼吸道分泌物多的患者,必须早期行气管切开。

参考文献

- [1]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2004.453
- [2]叶仕平,骆纯,张光霁.外伤性后颅窝血肿的诊断与治疗[J].第二军医大学学报,2001,22(12):1 200
- [3]史玉泉.实用神经病学[M].上海:上海科学技术出版社,2003. 703~731
- [4]蒋玉珍,林伟.外伤性后颅窝硬膜外血肿的护理[J].浙江创伤外科,2001,6(4):212

(收稿日期: 2006-03-14)

慢性扁扁桃体炎患者术后观察及护理

刘朝华 丁裁芬
(浙江省缙云县人民医院 缙云 321400)

关键词:慢性扁扁桃体炎;术后观察;护理
中图分类号:R 473.76 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)01-0076-02

慢性扁扁桃体炎是耳鼻喉科常见病、多发病,表现为经常咽部不适、异物感、发干、发痒、刺激性咳嗽、口臭等症状反复发作,可引起多种局部或全身各脏器并发症。扁扁桃体切除术是目前根治慢性扁扁桃体炎和阻止其反复发作引起其它脏器有关疾病的一种有效治疗方法。本院对 2002 年 1 月~2005 年 6 月 38 例慢性扁扁桃体炎施行剥离手术的患者进行观察和护理,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

本组 38 例中,男 17 例,女 21 例;年龄 11~43 (19.6± 8.4) 岁。术前经检查确诊为慢性扁扁桃体炎,扁桃体肿大 II~III°;病程 2~10 年。其中行单侧扁扁桃体摘除术 12 例,双侧扁扁桃体摘除术 26 例,平均住院 7~10d,全部痊愈出院,无 1 例发生并发症。

2.1.3 体位训练 术前 1d 责任护士应根据评价结果指导患者做有效咳嗽训练,练习床上排尿、排便,对于需要掌握的技能训练一定要让病人及家属演示,直到正确为止。

2.1.4 饮食指导 术前指导多吃香蕉、苹果、蔬菜,多食高纤维的食物,注意饮水,保持大便通畅。

2 术后健康教育

2.2.1 饮食指导 术后 6~8h 流质饮食,排气前禁食产气的食物,如牛奶、豆浆,肛门排气后半流质饮食,食清淡易消化、富有营养的食物。指导合理饮食,注意电解质平衡。

2.2.2 活动指导 术后 6~8h,血压平稳后鼓励并协助病人床上翻身活动,促进肠道蠕动,根据手术范围大小、个体差异、年龄不同制定具体下床活动时间,及时评估、评价,达到预期目标。

2.2.3 疼痛指导 因老年妇女情绪脆弱易波动,疼痛使患者情绪波动,烦躁不安,影响睡眠,延长恢复时间。指导放松疗法,深呼吸,同时给患者营造舒适的环境,保持正确的体位,看电视、听音乐,嘱家属抚摩患者的躯体,转移患者的注意力以减轻疼痛。对疼痛敏感且经济条件许可者可使用止痛剂。

2.2.4 并发症的健康指导 对有合并糖尿病、高血压、心脏病或慢性支气管炎患者,根据评估的结果,做针对性健康指导,要具体化。老年病人术后由于长期卧床,肺活量减少,排痰功能下降,痰液不易咳出,影响气体交换,容易发生肺不张和吸入性肺炎。因此必须加强呼吸系统的护理,注意观察呼吸的频率、幅度,定时翻身拍背,鼓励有效咳嗽,及时清除呼吸道分泌物,对痰液黏稠者可用超声雾化吸入,减少肺部并发症的发生。由于根治性子宫切除术需广泛切除宫旁组织和阴道组织,广泛性地剥离膀胱及输尿管,这样支配膀胱的神经不可避免的损伤,而致膀胱功能障碍。本文宫颈癌根治术 12 例发生尿潴留 2 例。国外学者报道,宫颈癌根治术后尿潴留发生率为 3.8%~21.0%^[1],国内报道为 7.5%~44.9%^[2],故尿潴留的防治十分重要。术前训练病人在床上使用便盆大小便,术后留置尿管先长期开放 2~3d,使膀胱充分休息,再定时

岁;临床诊断为慢性扁扁桃体炎,扁扁桃体肿大 II~III°;病程 2~10 年。其中行单侧扁扁桃体摘除术 12 例,双侧扁扁桃体摘除术 26 例,平均住院 7~10d,全部痊愈出院,无 1 例发生并发症。

2 手术后观察和护理

2.1 体位 局部麻醉术后可根据患者愿望,取侧卧或半卧位休息,勿用力说话和咳嗽,嘱患者将口内分泌物顺口角流出,不要咽下,以免刺激胃部引起不适、恶心、呕吐,并有利于观察伤口渗血情况。全麻术后病人取侧俯卧位,不用枕头,在口前放一弯盘。若患者出现口吐鲜血或入睡后有频繁的吞咽动作,应立即报告医生处理。术后 2d,每 3~4 小时开放 1 次,锻炼膀胱收缩功能。鼓励病人多饮水,预防泌尿系统的感染。膀胱充盈时拔除导尿管,减少尿潴留的发生。

3 讨论

对老年妇科病人做好围手术期的健康教育,可以提高病人的自我保健能力,提高病人对医护人员的信任和依从,提高护理质量^[3]。本文对 59 例患者出院问卷调查,结果健康指导有效率达 91.5%,平均住院天数 14.07d,收到了良好的效果。

老年妇女的手术问题是一个复杂的综合性问题,术前必须对病人全面评估,对病人承受能力做到心中有数,对伴有冠心病、高血压、糖尿病等患者术前预防性应用小剂量阿司匹林,高血压患者需控制血压在 160/100mmHg 左右。由于情绪紧张血压升高者,适量使用镇静剂或临时舌下含服心痛定。糖尿病患者应用胰岛素,血糖在 10mmol/L 以下方可手术。术后,家属要在精神上给予安慰,生活上多照顾,对疾病许可的尽量鼓励患者早期下床活动,使其感到自我价值有所体现,从主观上实现自我养护而不是被动接受,平和的心理状态利于疾病的康复。术后细致的护理和严密监护,注意患者全身情况、血电解质、氧饱和度、饮食及留置导尿管等,做到有针对性健康指导,指导患者早期活动能减少肺部并发症的发生,改善全身血液循环,促进切口愈合,有利于肠道和膀胱功能恢复,减少下肢静脉血栓形成的危险^[4],使患者早日康复。

总而言之,对老年妇科病人细致、实用、切合实际的围手术期健康教育,能促使患者早日康复,缩短住院天数,减少术后并发症,提高护理及患者生活质量。

参考文献

[1]Schaefer G.Complication in obstetrics and gynecologic surgery[M]. Hagenstown: Happer Row,1981. 389
[2]陈惠桢.实用妇科肿瘤手术学[M].成都: 成都人民出版社,1990. 191~208
[3]黄津芳,刘玉莹,杨春梅,等.外科病人健康教育需求特点及施教对策[J].中华护理杂志,1999,34(8): 270~271
[4]林洁瑾.临床外科学[M].天津: 天津科学技术出版社,1995.275

(收稿日期: 2006-03-20)