

慢性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。扁桃体切除术是目前根治慢性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;临床诊断为慢性扁桃体炎,扁桃体肿大 II~III°;病程 2~10 年。其中行单侧扁桃体摘除术 12 例,双侧扁桃体摘除术 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。

2.2 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

开放 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。

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

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)

30 例泪小管断裂吻合术的护理

栾福兰

(浙江省金华市中心医院 金华 321000)

关键词:泪小管断裂;眼外伤;眼科护理;吻合术

中图分类号:R 473.77

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0077-01

泪小管断裂在眼外伤中较常见,由于泪小管断裂,泪液排出受阻,导致溢泪现象。手术吻合断裂的泪小管是恢复泪管功能的唯一方法,我院于 1999~2004 年共收治 30 例泪小管断裂患者并进行手术吻合,经治疗和护理,取得良好的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 30 例患者中,男性 20 例,女性 10 例;年龄 2~50 岁,平均(36.0± 8.8)岁;右眼 17 例,左眼 13 例;就诊时间伤后 2h~1 月,平均(42.8± 14.3)h;上下泪小管同时断裂 5 例,下泪小管断裂 25 例;本组患者均有眼睑裂伤。

1.2 治疗方法 本组 30 例均在显微镜下完成,常规清创消毒创口,采用直接插管法、逆行插管法找到泪小管断端后,置入硬膜外麻醉导管留作支撑物,并缝合断端,导管外露端固定在泪小点外 2cm,术后局部及全身应用抗生素,氯霉素眼药,应高度怀疑伤口有活动性出血,并报告医师紧急处理。

2.2 饮食 术后 4~6h 可进冷流食如冰牛奶、凉豆浆、冰棍等,使局部降温,血管收缩,防止伤口出血。术后第 1 天(即手术次日)可用温热流质饮食或半流食(如稀饭、烂面等)。以后可酌情用半流质或普通饭,避免进较硬或有刺激性的食物。

2.3 休息 术后卧床休息 1~2d 后,即可让病人自由活动。但术后 10d 内,不可做费力或剧烈的活动如举重物、打球等。

2.4 口腔卫生 术后当天不刷牙,不漱口,避免漱口时牵拉伤口引起出血。术后 1~2d 开始用温盐水或口泰漱口液在饭前饭后漱口,以保持口腔清洁,预防伤口感染。若有口臭,可用 3%双氧水 1 份加凉开水 1 份漱口。

2.5 反应膜观察 术后 6h 左右伤口开始长白膜,正常伤口在术后第 1 天可见有像白纸一样的膜附着,对创面有保护作用,白膜在 1 周后渐渐脱落,10d 左右脱完伤口痊愈。在此期间应告知患者及家属避免大叫、大笑、咳嗽和吃过硬、油炸、干果类的食物,以免刺伤白膜引起出血。

2.6 低烧反应 术后 1~3d 内可有发热,体温腋下温度一般不超过 38℃,不需特殊处理。术后第 3 天开始发烧,常表明有并发症出现,要加强观察。

2.7 注意事项 术后 2 周内不要去公共场所,注意保暖,避免感冒,否则不利于伤口的愈合。手术对发音的主要器官“声带”毫无影响,个别人与术前发音不同,是因共鸣腔改变所致。对歌唱者,术后第 2~3 天,如果局部反应不重,无出血,应克服咽部的暂时疼痛,开始并坚持作发音练习^[1]。

3 术后并发症的观察及护理

3.1 出血 这是最常见的并发症。手术后 24h 内出血常为原发性出血,多发生在术后 6h 内,应报告医生处理。有时病人将血咽下,积存于胃内未被察觉,病人如出现脉搏加快、面色

药水定期冲洗导管,导管留置 3 个月,3 个月拔管后冲洗泪道。

1.3 结果 30 例患者中 28 例行泪小管断端吻合术者均成功,无感染,随访 3~6 个月,冲洗泪道均通畅;2 例行泪小管泪囊吻合术患者术后 1 个月冲洗通畅,以后随访过程中冲洗均不通畅。

2 护理

2.1 术前护理 (1)了解病史。确定受伤的时间、地点、受伤的环境及致伤物体。(2)伤情评估,判断有无多发伤。观察患者的神志、面色、呼吸、脉搏、出血等,检查气道是否通畅,有无活动性出血,颅脑有无外伤,脊柱、骨盆、四肢有无骨折,胸部及血管等有无损伤,如有多发伤者,首先抢救生命,待病情稳定后再行眼科处理。(3)检查双眼视力、眼压及眼睑、泪器、眼球各个部位,确定有无合并眼球其他创伤。(下转第 86 页)

苍白、出冷汗等早期休克现象,应采取保暖、补液、输血及止血等措施,并嘱患者避免用力咳嗽或说话,减少咽部活动。继发性出血常发生于手术后 5~6d,主要是白膜开始脱落时,因吞咽硬食擦伤引起出血,如加强宣教、护理完全可以防止。

3.2 伤口感染 如病人抵抗力低下、无菌操作不严或术后出血均可合并伤口感染,表现为创面不生长白膜或白膜污秽而不完整,咽部充血、肿胀、咽痛较重,有时伴有发烧,应按医嘱给予足量抗生素及 0.5%~1%双氧水漱口。

3.3 肺部并发症^[2] 主要由于手术中有过多的血液或异物被吸入下呼吸道所致,患者出现咳嗽、咯痰,经 X 线检查证实有肺部病变时,按医嘱选用足量抗生素治疗。

4 讨论

扁桃体切除术为慢性扁桃体炎的有效治疗方法,其他如隐窝冲洗、免疫疗法等疗效尚不确定,只对手术禁忌者采用。扁桃体手术后容易出现出血和感染,术后 1 周内的观察和护理非常重要。术后要严密监测生命体征与病情变化,特别注意出血情况,发现异常及时汇报,积极处理。

由于个体差异,部分患者对手术疼痛耐受能力差,咽反射过度敏感,精神极度紧张,从而导致术中出现虚脱、晕厥、异物误吸误咽现象,因此,应将心理护理始终贯穿于手术过程,充分告知该手术的目的、基本步骤、配合手术的方法及其术中、术后注意事项,努力消除患者的思想顾虑,缓解其紧张情绪,以提高对手术的耐受性。

参考文献

[1]王世勋,王燕楷.耳鼻咽喉科手术学[M].第 2 版.天津:天津科学技术出版社,2000.420
[2]孔维佳.耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.143~145

(收稿日期: 2006-04-24)