

乳腺癌合并糖尿病的围手术期护理

潘斐彩

(浙江省桐庐县第一人民医院 桐庐 311500)

摘要:目的:探讨乳腺癌合并糖尿病患者围手术期的护理方法。方法:对 18 例合并糖尿病的乳癌患者进行术前、术后的精心护理。结果:18 例合并糖尿病患者,术后发生淋巴管漏 1 例、皮下积液 1 例、皮瓣坏死 1 例,经及时发现和处理全部治愈出院。结论:糖尿病患者全身情况差,伤口愈合缓慢,易发生感染。术前积极控制血糖,做好健康教育,术后加强病情观察,做好基础护理,可以有效地控制感染,减少并发症的发生,是手术成功的保障。

关键词:糖尿病;乳腺癌;围手术期;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0075-02

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤之一,目前手术治疗是最佳的治疗方案。由于其手术范围广、创面大、淋巴破坏严重,乳腺癌合并糖尿病患者给围手术期治疗和护理增加了一定的难度,处理不当可能造成术后并发症,甚至危及生命。我院于 2003 年 1 月~2007 年 8 月对 18 例乳腺癌合并糖尿病患者进行手术治疗,均能顺利渡过围手术期。现将围手术期护理报告如下:

1 临床资料

本组病人 18 例,年龄最大 67 岁,最小 44 岁,中位年龄 48 岁。均有糖尿病史(根据 1985 年世界卫生组织糖尿病诊断标准),病程 3~15 年。入院时空腹血糖 7.5~13.5mmol/L 11 例,14.6~25mmol/L 7 例;尿糖 (+)9 例,(++)6 例,(+++2 例,轻按揉,以促使局部瘀血消散。

2.2 TDP 照射护理 (1)首次照射前必须询问并检查局部皮肤知觉有无异常,如有感觉障碍,一般不照射,若照射,要密切观察皮肤的反应,严格掌握照射剂量,以防伤害皮肤。(2)骨刺伴急性外伤时,一般不宜用 TDP 照射,需 24~48h 后局部出血、渗出停止后再用小剂量开始照射,以免肿痛、加重渗出。(3)患者取适当的体位,暴露足跟部位的皮肤,垂直照射。照射剂量以照射的距离、时间和患者的主观感觉为依据。治疗时辐射器与皮肤的距离一般为 30~60cm,每次照射 20min,患者有舒适的温热感,皮肤可出现淡红色均匀的红斑,皮温以不超过 45℃为宜。如患者有灼感或皮肤出现大理石状的红斑则为剂量过大,增加照射距离或停止照射。

2.3 川芎醋浸泡液湿敷护理 醋能溶解川芎中的有效成分,增加治疗作用。但应注意不要用深色醋,以免影响患者皮肤颜色。同时要注意醋的浓度,太浓则易伤皮肤,太淡则效果不理想,用普通食用醋即可。醋也会引起过敏反应,因此,过敏体质要慎用,若发生过敏,则要停用湿敷,并针对性用些抗过敏药。

2.4 情志和饮食护理

2.4.1 情志护理 人的情志活动,与人体的生理、病理变化有密切的关系。在疾病过程中,情绪波动或突然的精神刺激,可导致疾病加重。而心情舒畅、精神愉快,可使气机通畅、气血和平,有利于疾病的康复。跟骨骨刺的病人由于行走不便,疼痛难忍,往往会恐惧、苦闷、焦虑,迫切需要医护人员的关心和照顾。护理人员要以诚恳、热情的态度,去关心体贴、理解安慰病人的病痛。要耐心介绍有关疾病的知识及治疗时的注意事项,解除其恐惧和烦恼,从而增强其战胜疾病的意志

(++++1 例;行乳癌根治术 9 例,乳癌改良根治术 I 式 5 例,乳癌改良根治术 II 式 4 例。术后并发症 3 例(淋巴管漏、皮下积液、皮瓣坏死各 1 例)。

2 围手术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 手术切除乳房对妇女来说,意味着失去女性第二性征,身体外观也发生巨大改变,会给病人带来忧虑和精神上的困扰。由于患者又合并有糖尿病,还担心糖尿病影响术后切口愈合,产生焦虑、紧张等心理,可引起体内生长激素、胰高血糖素、去甲肾上腺素、肾上腺素等分泌增加,引起血糖升高,进一步加重病情^[1]。因此,护士应关心体贴患者,注意其心理变化,及时给予疏导,讲解手术治疗的必要性、安心和信心,使病人能在最佳心理状态下接受治疗和护理,达到早期康复的目的。

2.4.2 饮食护理 要重视饮食调节,《素问·五常政大论》中说:“谷肉果菜,食养尽之,无使过之,伤其正也。”说明饮食适度可养人,饮食无度则伤人。药物配合饮食治疗,能补精益体,提高治疗效果^[2]。跟骨骨刺病人多为老年和女性患者,常见肝肾亏虚、气血不足和气血瘀滞等情况,饮食宜益气补肾、疏肝健脾、养血活血,多吃营养丰富、清淡易消化的食物,如鱼、瘦肉、水果、蔬菜类食物,可在肉汤或骨头汤中加入党参、山药、莲子、核桃肉等药食两用中药;女性患者,还可加用百合、枸杞、红枣、桂圆等。

3 讨论

跟骨骨刺症综合疗法综合了针灸、中药及理疗的作用。针刺绝骨穴,既可补髓壮骨又能通经活络;川芎为血中之气药,有活血行气、消散瘀血的双重功效;TDP 照射的热作用,可使毛细血管扩张,血流加快,血液循环改善,物质代谢增强和改善营养状态,一方面可促使川芎有效成分的吸收,另一方面还具有消炎镇痛及缓解肌肉痉挛的作用。三者结合体现了中医多种治疗手段综合利用的特点,但要达到三者疗效良好的结合,临床护理工作非常重要,在患者治疗的同时应注意抓住护理要点,加强病情观察,及时应对和处理治疗的每个环节和病情变化,才能有效地提高临床疗效。

参考文献

[1]候卫民.针灸结合放血疗法治疗跟骨骨刺 48 例[J].上海针灸杂志,2007,26(3):28
[2]奚永江.针法针灸学[M].上海:上海科学技术出版社,2002.21
[3]杜克.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1995.734

(收稿日期:2008-06-11)

全性和手术治疗的效果,同时让患者了解糖尿病虽然是终身性疾病,但术前良好控制血糖值并不影响手术及预后等,使患者消除恐惧感,建立护患、医患之间的信任与协作关系。激发患者正确对待疾病的心态,最大限度地诱导心理适应性,从而树立战胜疾病的信心,以最佳的状态积极配合治疗和护理。

2.1.2 饮食管理 糖尿病患者围手术期的饮食较普通人显得更重要。向患者宣教饮食治疗的重要性,使病人自觉遵守医嘱,按规定进食。按照标准体重决定每天热量的分配,饮食搭配应注意保证碳水化合物为 50%~60%,蛋白质为 12%~15%,脂肪为 10%~30%,热量分布早餐 1/5、中餐 2/5、晚餐 2/5。

2.1.3 血糖、尿糖的监测 术前应全面了解病人糖尿病的程度以及治疗情况,根据空腹血糖和尿糖值选择有效方法控制血糖。术前血糖宜控制在 7.28~8.33 mmol/L,尿糖(±)~(+),老年糖尿病患者,控制指标可放宽到空腹血糖≤9.44 mmol/L,尿糖(+)-(++) ,以确保手术成功。对于原来应用口服降糖药物的患者,手术前应改用胰岛素治疗。对于胰岛素治疗的病人,注射后应在 30min 内进食,如因故不能进食,应停注胰岛素,以防低血糖发生。

2.2 术后护理

2.2.1 体位护理 全麻未完全清醒前应取平卧位,头转向一侧,使口腔内分泌物或呕吐物易于流出,以保持呼吸道通畅,面罩吸氧,氧流量 4~5L/min。全麻清醒后或连续硬膜外麻醉后 6h,血压、脉搏稳定,即可取半卧位,以利引流和改善呼吸功能。患肢内收并抬高 20°~30°。术后 1~2d 指导家属协助患者变换体位,鼓励帮助患者咳嗽及深呼吸并用手掌轻拍背部,以利痰液咳出,按摩受压部位以预防褥疮。术后 2~3d 鼓励患者下床活动。

2.2.2 饮食护理 患者术后 6 h 无麻醉反应可给清淡半流质饮食,随时间推移,根据血糖控制情况可进食多样化高营养饮食,以利于患者术后恢复。

2.2.3 使用胰岛素的护理 (1)监测血糖,根据血糖变化,调整胰岛素用量,将血糖控制在理想水平;(2)采集标本时避开输液,以保证测得血糖的正确性;(3)应用胰岛素换算计量要准确,用 1mL 注射器抽吸;(4)胰岛素采用皮下注射,宜选皮肤疏松部位,如上臂三角肌、腹部,注射部位要有计划地轮替进行,1 周内不要在同一部位注射 2 次,以免形成局部硬结,影响药物的吸收及疗效。

2.2.4 引流管护理 因乳腺癌手术的切除范围大,创面大,皮下渗血及渗液难以避免。为了防止手术创腔积液致皮瓣坏死引起感染,手术中正确的放置引流管极为重要,术后更应妥善固定引流管。放置引流管期间患者坐起、翻身及下床活动时应避免扭曲、挤压、脱出,保持持续负压引流状态,观察及记录引流液的量和性状,术后 1~2d 引流量偏多,一般 60~150mL,色深红,术后 3~4d 引流量渐少,呈淡红色或淡黄色,术后 4d 多可拔管。如引流液颜色鲜红,量多,可能有活动

性出血,应及时报告医师^[2]。引流管一般放置 3~5d,引流液颜色变浅,24h 小于 10mL,局部无积血积液可拔管^[3]。

2.2.5 皮瓣护理 密切观察皮瓣存活情况,正常皮瓣的温度与健侧相同,色泽红润,无皮瓣下积液,皮瓣与胸壁紧贴,说明皮瓣区血液循环良好。皮瓣缺血时,色泽苍白,温度低于健侧。皮瓣坏死时,皮瓣发黑,皮瓣下有脓性分泌物。皮瓣积液时,皮瓣有浮动感。本组发生小片皮肤坏死 1 例,发生率 5.56%;无切口大面积皮肤坏死发生。为了减少手术创腔积液,术后予弹力绷带包扎伤口,使皮瓣紧贴吸附于胸壁,松紧适度,使病人不感到呼吸窘迫为准。如出现皮下积液,积液量在 5mL 以下,加压包扎待其自行吸收;积液量在 50mL 以下可反复穿刺抽吸并加压包扎;积液量在 50mL 以上应低位切开置管,并持续负压引流。积液量过多不及时引出,可能会发生皮下感染,影响皮瓣血液供应,导致皮瓣坏死,切口愈合不良。

2.2.6 患侧上肢护理 术后用绷带或胸带加压包扎,应注意患侧上肢远端血液供应情况,如皮肤呈紫绀、皮温低、脉搏扪不清,提示腋部血管受压,应及时调整绷带松紧,胸带松脱滑动要重新加压包扎,以利伤口愈合^[4]。由于上肢内侧淋巴管遭到破坏或腋静脉在包扎伤口时受压,导致术后患侧上肢近端内后侧皮下组织水肿,肢体直径较术前增粗不超过 3cm,一般伤口愈合、上肢恢复活动后可自愈。术后 3d 内患侧上肢用软枕抬高 20°~30°并制动,尤其避免外展上臂,下床活动应用吊带将患侧上肢托扶,以免腋窝皮瓣滑动影响愈合。并告知患者不宜用患侧上肢测血压、行注射、采血,以防患侧上肢肿胀。

2.2.7 功能锻炼 乳腺癌根治术后指导家属协助患者配合医务人员进行有计划、有步骤地肢体功能锻炼。指导患者作手指爬墙运动,术后 1~2d 可做伸指、握拳动作,3~4d 做屈肘运动,5~6d 健侧手协助患侧手过肩过头,7d 后做肩部活动,前后左右摆臂动作,初次不宜过大,拆线后逐渐增加肩部活动范围,直至患侧手指能高举过头自行梳理头发,或经过头顶摸对侧耳廓等。尽量恢复患侧上肢功能,有利于消除病人的思想顾虑,增加治疗的信心。

严密观察并及时治疗并发症能取得良好的手术效果,手术前应积极治疗糖尿病,控制血糖接近正常水平,同时进行有关糖尿病和乳癌的健康教育,实施合理的饮食指导,及时准确地测定血糖,使患者安全地接受手术。术后加强病情观察,做好各种护理,可以有效减少并发症的发生。

参考文献

[1]刘晓明,刘宏,张秀丽,等.糖尿病的护理[J].国外医学·护理学分册,1998,17(2):58
[2]周果兰.乳腺癌的术后护理[J].实用医技杂志,2004,12(11):2 716-2 717
[3]陈幼奇.乳腺癌改良根治术围手术期的护理 [J]. 基层医学论坛,2006,2(10):155
[4]陆以之.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2001.190-195

(收稿日期:2007-12-12)

欢迎投稿! 欢迎广告惠顾!