

的急躁和痛苦。国外有研究表明缺乏社会和家庭支持是严重影响喉癌患者生活质量的因素^[6]。因而积极争取家属的配合,并给予患者亲情的鼓励和帮助,是术前准备的重要内容。

术后患者需要专业、精心有效的护理以尽早康复。舒适护理给予患者住院全程的个体化、整体的护理模式^[7]。我科给予患者提供干净整洁的病房环境,医务人员根据之前评估得到的患者的不同情况给予患者进行相应的心理辅导,协调患者家属给予精心的生活照料。全喉切除后口腔护理、气管切开护理、引流管护理等专科护理和预防窒息、出血、伤口感染、咽瘘等并发症的发生也是围术期护理的重点。

患者康复出院前因担心缺少医务人员帮助也会引起情绪波动,所以预见性的出院前指导也是护理的重要方面。有研究表明躯体功能与患者生活质量关系最为密切。发音功能的丧失和劳动能力的削弱会使患者的负性情绪和生活质量下降。所以患者出院前培养其自护能力如气管套管的清洗,气管内滴药和康复期生活习惯等克服患者要依赖于人的自卑心理。另外,尽早发音功能的训练,使其尽早参与社会,回归社会,与人交流,增强患者生活的信心。

总之,在现在谈癌色变的社会观念中,全喉切除患者拥有乐观的心态,积极的生活态度,良好的生活质量是医务人员的希望。我科实行的精心的围术期预见性护理有效地改善了患者的负性情绪,对生活质量也有所提高。但是责任护士的素质对本研究的效果有至关重要的作用,所以护理人员的整体素质也是我们以后关注的重点。

参考文献

- [1] 陈莹. 喉癌患者围手术期整体护理[J]. 中国医学创新, 2013, 10(11): 75.
- [2] 万崇华, 罗家洪, 张灿珍, 等. 癌症患者生活质量测定量表体系研究[J]. 中国行为医学科学, 2003, 12(3): 341-342.
- [3] 罗家洪, 万崇华, 孟琼, 等. 中国头颈部癌生活质量测定量表 QLICP-HN 的研制与考评[J]. 现代预防医学, 2007, 34(21): 4023-4025.
- [4] 李玉华, 谢玉萍, 顾芝梅. 101 例机械通气患者 VAP 相关因素分析预见性护理干预[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(24): 56.
- [5] 戴伟娣. 全喉切除术后发音重建[J]. 中国中医现代远程教育, 2009, 1(6): 169.
- [6] Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects[J]. Biometrika, 1983, 70: 41-45.
- [7] 刘玉珍, 郑朝生, 林旭尼, 等. 舒适护理对晚期喉癌患者复性情绪和生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(10): 11.

(收稿日期: 2016-01-25)

促进会阴切口愈合的探讨

王环球

会阴侧切缝合术是临床上产科分娩中的常用手术,其可有效减少自然分娩或者手术助产时会阴的阻力,会阴侧切可充分扩大阴道口,可有效避免发生会阴及盆底严重裂伤,减轻盆底组织对胎头的压迫,从而缩短第二产程,加速分娩手术^[1]。会阴侧切术虽然手术小、但是会阴切口因解剖部位特殊,分娩时多次阴查、胎粪污染、产钳助产、缝合技术水平、产后伤口暴露、尿液粪便污染等,均可使会阴伤口延迟愈合^[2],给产妇带来更多的痛苦和心理障碍,影响了产科质量。因此,预防会阴切口感染,提高切口愈合率,提高患者舒适度,是产科护理工作

的重点。本文主要探讨促进会阴切口愈合的方法,并收到了良好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

抽取我科经阴道分娩行会阴侧切助产的 400 例初产妇分为观察组和对照组各 200 例,2 组产妇均无并发症,孕周、年龄、孕次等差异均无统计学意义。

1.2 方法

1.2.1 观察组产前做好宣教:产妇在分娩前思想负担重,对会阴侧切术缺乏认识,护理人员要主动与产妇沟通^[3],做好心理护理,讲解自然分娩的好处,解释实施会阴侧切术的必要性,消除对会阴侧切恐惧。评估产妇各方面情况有无合并症,会阴

DOI:10.3969/j.issn.0253-9926.2016.17.048

作者单位:222000 江苏省连云港市第一人民医院产科

弹性,有无炎症,胎儿大小。对照组按传统护理,产妇对会阴侧切恐惧,失去顺娩信心。

1.2.2 术中护理:观察组接产行会阴冲洗、消毒后铺好无菌台,在会阴侧切前再次用 0.5% 碘伏消毒切口处,行阴部神经阻滞麻醉加切口处局部麻醉,在阴道与肛门后联合处给予局部麻醉,遇胎儿过大,会阴弹性差时,可行双侧阴部神经阻滞麻醉。宫口刚开全后不要急于让产妇使劲,让产道充分扩张,在阴道充分扩张后适时距会阴后联合正中向左行 30° 切开,切口长约 3~4 cm,接生时让胎头在宫缩间隙时缓缓滑出,防切口延深、延长。对照组会阴冲洗消毒后行阴部神经阻滞麻醉加切口处局部麻醉。宫口开全即指导产妇用力,(阴道没有充分扩张,切口易引起撕裂)并适时行距会阴后联合正中向左行 45°(切开的组织较多、较厚。出血量多、术后产妇疼痛感重)切开,切口长约 3~4 cm。观察组缝合黏膜层时用强生 2-0 可吸收快薇乔缝合线连续缝合(伤口较深时可行间断缝合),缝合皮肤前再次消毒切口周围皮肤,皮肤行皮内缝合(会阴炎症较重时,根据情况可行皮肤外缝)免去拆线痛苦,水肿发生率少。会阴有炎症或羊水污染的伤口,缝合前用甲硝唑 250 mL 冲洗。对照组按常规缝合伤口,黏膜层采用强生 2-0 可吸收快薇乔缝合线间断缝合,皮肤常规采用外缝拆线法。由于会阴部皮肤的真皮层含有丰富的神经末梢,外缝拆线时由于牵拉,会让产妇产生剧烈疼痛。缝合会阴要按解剖结构行切口缝合,过紧或者缝线过密,易造成局部组织缺血,影响血液循环,造成局部组织坏死^[4]。

1.2.3 术后护理:察组术后及时给予产后宣教,包括会阴护理,母乳喂养、营养指导。做好产后访视并记录会阴愈合情况,指导产妇每天 3 次用温开水加上复方黄柏洗液清洗会阴,每次洗完用 0.5% 碘伏消毒切口处,再喷洒洁悠神长效抗菌剂药物,产妇取健侧卧位,这样避开阴道分泌物刺激切口。提供良好病房环境,适时通风,定期消毒指导产妇适量活动,保证营养,注意水果,蔬菜摄入,防便秘,针对其中的便秘患者还要及时的采取相应的处理措施,防止因为过度用力导致会阴部位出现开裂^[5]。指导产妇注意个人卫生,勤换会阴垫和内衣裤,产妇产后不注意卫生保健等均会导致切口难以愈合^[6]。会阴水肿、疼痛不适时,用 50% 硫酸镁湿热敷或 95% 乙醇湿敷,配合切口局部理疗;对照组产后指导产妇用 1:5 000 高锰酸钾坐浴,每天 3 次

(掌握不准浓度容易损伤皮肤;易逆行感染),再用 0.5% 碘伏消毒切口处,未及时做好产后访视记录。

1.3 观察指标

①观察产妇会阴疼痛情况,会阴侧切伤口疼痛程度评价根据产妇描述自身感受及下床活动时疼痛影响情况进行评定分为轻微疼痛:程度轻微或仅有隐痛,不影响床边活动;中度疼痛:程度较剧,影响床边活动,但可独立完成不需帮助;重度疼痛:剧烈难以忍受,床边活动困难,需他人帮助。②愈合情况:愈合标准甲级愈合为会阴伤口愈合良好,伤口无红、肿、硬结及压痛;无炎症渗出,乙级愈合为会阴伤口处有红、肿、硬结、炎性反应;丙级愈合为会阴伤口出现化脓性感染及裂开,需要切口引流。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 13.0 软件分析,等级资料采用两独立样本非参数检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组产妇 24 h 后会阴切口疼痛情况比较:观察组轻度疼痛 130 例,中度 70 例,无重度疼痛;对照组轻度疼痛 80 例,中度疼痛 114 例,重度疼痛 6 例。2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2 组产妇会阴切口愈合情况比较:观察组甲级愈合 198 例,乙级 2 例,丙级 0 例;对照组甲级愈合 189 例,乙级 10 例,丙级 1 例。2 组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨 论

现代医学模式的转变和生活质量的提高,人们对分娩质量的要求也逐步提高,降低产妇痛苦、减少产时损伤和避免远期并发症,已成为产科工作者努力的方向。改良会阴侧切缝合配以综合护理措施充分体现了“以人为本、以患者为中心”的护理理念。严格掌握侧切适应证,不断提高改进接产缝合技术,严格执行无菌操作及遵守操作规程,加强产前、产时、产后的综合护理措施,从而降低了会阴切口感染率及水肿发生率,减轻疼痛感,促进了切口愈合,促进了产妇的身心健康,提高了产科护理质量。

参 考 文 献

- [1] 郑丹. 会阴侧切术后切口感染的原因及护理对策[J]. 求医问药, 2013, 11(8): 246.
- [2] 龚娜, 熊莉华, 杨雯. 温水坐浴对会阴侧切伤口影响的临床观察. 军医进修学院学报, 2011, 32(5): 478.
- [3] 侯春芳. 会阴侧切术的护理体会[J]. 求医问药, 2012, 10(6):

448.

- [4] 马加琼. 浅析产后会阴切口愈合不良的原因预防及护理[J]. 吉林医学, 2014, 35(2): 384.
- [5] 农利军. 产道血肿的原因分析与护理对策[J]. 医学理论与实践. 2013, 26(9): 600-602.

- [6] 张金荣. 会阴侧切口愈合的影响因素及防护措施[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(3): 78.

(收稿日期: 2016-01-05)

CEREC 3 全瓷嵌体修复治疗中口腔四手操作技术的临床评价

王海萍 张楠

嵌体修复因其磨牙量少而成为牙体缺损重要治疗方法之一, 相对于传统失蜡法制作工艺, 计算机辅助设计和计算机辅助制作(CAD/CAM)全瓷嵌体则为临床提供一种更为高效、省时、精密的制作方法^[1]。我所自 2011 年 5 月引进 CEREC 3 CAD/CAM 系统修复治疗牙体缺损, 至今已制作嵌体和高嵌体 227 例, 取得良好修复效果。结合口腔护理原则、医师诊疗规范及系统操作特点, 现将四手操作在 CEREC 3 系统进行嵌体修复过程中的临床效果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2011 年 5 月至 2014 年 4 月我所就诊的牙体缺损患者 227 例, 男性 114 例, 女性 113 例; 年龄 20~56 岁; 制作 CAD/CAM 全瓷嵌体 4 例, 全瓷高嵌体 223 例。

1.2 设备与材料

CEREC 3 椅旁全瓷制作系统: 包括 3D 测量照相机、计算机设计主机和切削设备(Sirona 公司, 德国), Mark II 瓷块(Vita 公司, 德国), 光固化灯(Densply 公司, 美国), 自粘接树脂水门汀(3M 公司, 美国), 二氧化钛喷粉(Sirona 公司, 德国), 其他常规修复材料与器械。

1.3 四手操作中医护配合

1.3.1 术前评估: 术者询问患者健康状况, 有无慢性疾病及传染病史, 有无药物过敏史等; 评估患者心理状态, 观察其紧张、恐惧状态是否影响治疗过程的顺利进行; 仔细记录术者对术区的评价, 并亲自观察患者口腔情况, 包括牙体缺损、牙周卫生

及口腔黏膜情况。

1.3.2 心理护理: 多数患者对为修复而需必要的磨牙存有不同程度的紧张和恐惧心理, 护理人员应辅助术者对患者耐心讲解嵌体修复的原理和方法, 磨牙程序和过程, 修复后可能出现的问题及术后效果。重点告知术中患者需了解及注意的事项, 以使其能最好的配合医护人员顺利快速完成治疗, 例如: 出现疼痛应如何表示, 冷却水影响呼吸时应如何应对等。

1.3.3 物品准备: ①牙体预备物品: 一次性口腔器械盘、一次性口杯及吸唾管、棉球及棉卷、牙线、高速手机、慢速直、弯手机、金刚砂车针、金刚砂磨头、抛光磨头、抛光杯、排龈线及排龈器、比色板、树脂粘接材料, 必要时准备橡皮障及局麻物品; ②制取光学印模物品: 连接 CEREC 主机电源, 术前录入患者相关信息, 摇匀二氧化钛显影粉, 更换灭菌口内照相头罩, 调试设备至正常状态; ③切削设备准备: 安装对应比色瓷块, 检查冷却液状态, 关闭保护罩待切削。

1.3.4 术中医护配合: 术者操作过程中, 护理人员严格按照口腔护理四手操作规范, 调节椅位、照明灯, 尽量降低患者整个治疗过程的不舒适感觉。根据术者体位及操作器械位置, 调节吸唾管位置, 为术者牵拉口角, 推挡舌体, 及时吸尽唾液及冷却水, 减轻患者不适, 为术者提供清晰术野, 并且避免术者不良体姿出现, 保证牙体预备的精确性。根据操作流程, 及时更换制备器械, 减少术者眼睛在不同光强环境更换次数, 避免术者注视牙体时出现重影; 杜绝术者自己抓取器械, 防止交叉感染隐患。预备结束, 协助术者采集光学印模: 将 CEREC 主机放置于患者一点位置, 显示屏面对术者, 护理人员右手执吸唾管牵拉推挡口角黏膜及舌体, 并及时

DOI:10.3969/j.issn.0253-9926.2016.17.049

作者单位: 034000 忻州市中医院口腔科(王海萍); 山西医学科学院 山西大医院口腔科(张楠)