

表 2 两组治疗后恶心严重程度比较

组别	例数	时间	恶心分级(例)				控制率 %
			0 度	I 度	II 度	III 度	
治疗组	60	0 h~24 h	6	32	15	7	10.00
		24 h 至 7 d	17	23	18	2	28.30
对照组	60	0 h~24 h	5	31	16	8	8.30
		24 h 至 7 d	7	29	22	2	11.67

3 讨论

柠檬果为芸香科木本植物黎檬或洋柠檬的果实,内含烟酸、柠檬酸、苹果酸、奎宁酸、橙皮甙、柚皮甙、挥发油等成分,气味芳香,腌食能下气和胃,其气味可形成一种良性刺激,可分散精神,减轻头晕、恶心、呕吐等不良反应^[2-3]。且柠檬含胶质成分,其独特的柠檬气味经鼻吸入后作用于交感神经、副交感神经系统,通经活络,促进人体的神经、体液调节作用,从而达到镇吐功能^[4]。龙淑珍等^[5]的研究也表明,柠檬果皮散发出来的芳香味道刺激人体神经,通过嗅神经传递至大脑中枢,能起到抑制作用从而达到止呕作用。

本研究结果表明,化疗前 15 min 给予格拉司琼 3 mg、雷尼替丁 25 mg 静脉注射并配合嗅闻柠檬皮切片气味和新鲜柠檬汁含漱及服用可以改善病人的恶心呕吐症状。治疗组与对照组同时间相比,化疗后 0 h~24 h 治疗组对呕吐的治疗效果优于对照组,差异有统计学意义($Z = -3.103, P < 0.05$);24 h 至 7 d 治疗组对呕吐的治疗效果明显优于对照组,差异有统计学意义($Z = -7.387, P < 0.05$)。化疗后 0 h~24 h 治疗组对

恶心的治疗效果显著优于对照组,差异有统计学意义($Z = -2.051, P < 0.05$);化疗后 24 h 至 7 d 治疗组对恶心的控制率明显优于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.208, P < 0.05$),且整体上对恶心的治疗效果明显优于对照组,差异有统计学意义($Z = -4.111, P < 0.05$)。

柠檬在我国南方较常见,取材方便,价格低廉,如能改进其使用方法,并通过临床实验明确其预防 CINV 的有效作用,并将其制成一定剂型推广使用,必能为 CINV 的防治开创新的局面。

参考文献:

- [1] 张黎明,于凌芳.肿瘤病人化疗后恶心、呕吐时间的调查及护理[J].吉林医学,2004,11(25):2.
- [2] 李振琼.中国药用水果[M].广州:广东高等教育出版社,1995:25-26.
- [3] 高丽莲,廖惠珍,陈鸿,等.综合护理干预预防全麻术后患者恶心呕吐的效果观察[J].护士进修杂志,2008,23(2):130-131.
- [4] 郑守曾.中医学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2002:172.
- [5] 龙淑珍,郑梅珍,林买洁.柠檬术后止呕作用的临床研究[J].蛇志,2007,19(2):116-117.

(收稿日期:2018-01-21)

(本文编辑:郭怀印)

肾癌合并肾衰竭血液透析病人经后腹腔镜手术治疗的围术期护理



付丹丹,朱遵伟,万国英,欧恬

摘要:[目的]探讨肾癌合并肾衰竭血液透析病人经后腹腔镜手术治疗的围术期护理。[方法]2013 年 1 月—2017 年 10 月对 7 例肾癌合并肾衰竭血液透析病人实施后腹腔镜下根治性肾切除术,同时加强围术期护理。[结果]7 例病人术中生命体征及循环稳定,无术中大出血、中转开腹及术后迟发性出血。术后无广泛的皮下气肿形成及严重酸中毒发生。麻醉复苏期间意识恢复良好。术后 5 d~7 d 拔除肾窝引流管。8 d~12 d 内切口拆线,均愈合良好。7 例均痊愈出院,随访 3 个月~32 个月未见明确肿瘤复发及转移。[结论]加强肾癌合并肾衰竭血液透析病人经后腹腔镜手术治疗的围术期护理是手术成功的保证。

关键词:肾癌;肾衰竭;血液透析;腹腔镜;根治性肾切除;围术期;护理

中图分类号:R473.73 文献标识码:B doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2018.28.038 文章编号:1674-4748(2018)28-3547-03

腹腔镜下肾癌根治性切除已成为治疗肾癌的首选

作者简介 付丹丹、朱遵伟、万国英、欧恬单位:330006,江西省人民医院。
引用信息 付丹丹,朱遵伟,万国英,等.肾癌合并肾衰竭血液透析病人经后腹腔镜手术治疗的围术期护理[J].全科护理,2018,16(28):3547-3549.

方法.肾衰竭血液透析病人并发肾癌,从改善病人生

存的角度出发,手术是不得已而为之的办法。血液透析病人可伴有心律失常、贫血、出血、机体抵抗力下降,增加手术的并发症^[1],特别是实施后腹腔镜下手术。因此,此类病人围术期的护理尤为重要。2013 年 1 月—2017 年 10 月我科对 7 例肾癌合并肾衰竭血液透析病人实施后腹腔镜下根治性肾切除术,同时加强围

术期护理,取得满意效果。现将围术期护理总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2013年1月—2017年10月我科实施后腹腔镜下根治性肾切除术治疗肾癌合并肾衰竭血液透析病人7例,男3例,女4例;年龄31岁~59岁;均无肉眼血尿、腰痛、腹部包块;病人日常均在肾内科每周规律行血液透析2次或3次,维持性血液透析时间19个月~62个月;日尿量0 mL~1 500 mL。血液透析原因均为慢性肾小球肾炎所致。均先后经泌尿系彩超、CT平扫及增强扫描检查,符合影像学诊断肾癌,肿瘤均为单发,左侧5例,右侧2例;肿瘤位于肾上极1例,肾中部4例,肾下极2例;大小2.5 cm~4.5 cm;均未发现淋巴结、肾上腺、远处脏器转移及腔静脉、肾静脉瘤栓形成。排除标准:合并严重心肺功能障碍等疾病;合并广泛肿瘤转移,存在影响手术操作的出血性障碍性疾病,以及有后腹腔镜手术禁忌证,不能耐受全身麻醉者。经医院伦理委员会审批并报医务部门备案后实施。

1.2 手术方法 7例病人行气管内插管全麻,实施后腹腔镜下根治性肾切除术,手术时间67 min~115 min(87.0 min±12.5 min);术中出血量55 mL~120 mL(82.0 mL±13.5 mL)。术后常规留置中心静脉导管,肾窝引流,除2例无尿外,另5例留置导尿管。常规静脉输注抗生素和止血药,术后第1天行无肝素化血液透析。

1.3 结果 7例病人术中生命体征及循环稳定,无术中大出血、中转开腹及术后迟发性出血。术后无广泛的皮下气肿形成及严重酸中毒发生。麻醉复苏期间意识恢复良好。术后5 d~7 d拔除肾窝引流管。8 d~12 d内切口拆线,均愈合良好。1例在术后5 d出现急性心力衰竭,经强心、利尿等抢救后心功能恢复,7例均痊愈出院。随访3个月~32个月未见明确肿瘤复发及转移。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前准备 严格评估病人心肺功能状况、营养水平、凝血功能、贫血、水、电解质及酸碱平衡等情况。根据血浆白蛋白水平,术前2 d酌情输注红细胞悬液、血浆和人血白蛋白,保证病人术前血红蛋白>90 g/L、血清白蛋白测定值<30 g/L。监测凝血功能,严密观察血压,避免血压过高。术前心脏彩超检查左心室射血分数>50%,无心包积液。肺功能检测指标正常。必要时联合麻醉科、肾内科术前共同全面系统评估病人身体状态。指导病人深呼吸,学会有效咳嗽排痰,向病人讲述咳嗽的重要性,以促进全身麻醉后恢复。术前22:00后禁饮食,术前行清洁灌肠,防止术后呕吐引起窒息和吸入性肺炎^[2]。术前12 h~24 h行无肝素化血液透析,以减少术中术后出血。

2.1.2 心理护理 由于长期接受血液透析治疗,病人

无论是精神上还是肉体上都承受着巨大的痛苦,肾癌面临即将进行的手术,既抱有很大的希望,又有很多顾虑,因而特别需要医护人员的关心、帮助和支持,急于想知道有关自己手术方面的各种问题。医护人员术前需与病人及家属充分沟通,让其对该疾病情况及手术治疗的利弊获得足够认识,术中、术后可能出现的并发症,术后护理应注意的问题,消除病人的顾虑,以良好的心态积极与医护人员配合。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 按全身麻醉常规护理,去枕平卧,头偏向一侧,以防呕吐物误吸引起窒息^[3],6 h后可适当抬高床头取半卧位。

2.2.2 密切观察病情变化 术后继续监测心电图、血压、心率及血氧饱和度,防止低氧血症、早期通气不足及二氧化碳潴留带来的危害。二氧化碳潴留可能出现高碳酸血症加重透析病人酸中毒程度,动态监测血气分析,根据酸中毒程度,遵医嘱输注5%碳酸氢钠注射液每天125 mL~250 mL,改善病人酸中毒症状。

2.2.3 管道护理 术后肾窝放置引流管可及时引流积液、积血,减少感染的发生。肾窝引流管接负压吸引球,妥善固定,保持引流通畅,防扭曲和脱管,并记录引流量、颜色、形状。本组7例病人肾窝引流管无异常发生,于术后5 d~7 d拔除。对本组5例留置导尿管,做好尿管护理。尿袋不高于膀胱平面,以免引起逆行感染^[4],保持会阴部清洁,尿道口用温水清洗后喷洁悠神每天2次,尿道口有溢血及时清洗,用厚棉垫包裹尿道口,避免污染床单元。

2.2.4 预防感染 维持性血液透析加重贫血,红细胞免疫功能降低,加上各种营养素丢失,对感染和创伤的抵御能力明显下降。①病房定时开窗通风,保持病房环境整洁并做好消毒隔离工作。②加强基础护理:给予温水擦浴及口腔护理,每天2次,防止受凉咳嗽。③遵医嘱使用肾毒性最小的抗生素预防感染。④做好中心静脉置管护理,保持切口外敷料干燥。

2.2.5 补液的护理 严格控制输液量及速度,24 h补液总量不宜超2 000 mL,避免引起心力衰竭^[5],所有液体使用输液泵匀速给予。本组1例病人在术后5 d,因短时间内液体输注速度稍快及未遵医嘱摄入过多水,出现急性心力衰竭,经强心、利尿等抢救后心功能恢复。

2.2.6 密切观察并发症 ①继发出血:术后出血是最严重且最危险的并发症。如频繁呕吐、剧烈咳嗽、过早活动都有可能干扰手术区,使结扎线脱落,造成出血。因此,术后应观察引流管引流量情况,肾区是否有隆起或肿块,外敷料是否有渗血、渗液。若引流液出现鲜红色、引流量突然增加,结合脉搏、血压变化情况,通知医生及时处理。②腹部脏器损伤:腹腔镜肾手术最严重的并发症是未发现的肠道损伤^[6]。注意观察有无腹部压痛、反跳痛及发热,发现异常及时通知医生。③皮下

气肿:由于气腹针头活动时,气体漏到皮下或气腹压力过高而二氧化碳弥散力强,直接渗入皮下组织造成气肿,一般少量可自行消失。④由于手术是在高压二氧化碳气腹下完成的,二氧化碳滞留腹膜后腔,对病人循环、呼吸有一定影响,可出现一过性碳酸血症,严重时可能发生肺栓塞^[7]。术后应严密观察病人呼吸情况,同时给予低流量吸氧,提高氧分压,排出积聚的二氧化碳。本组 7 例病人未发生并发症。

2.2.7 饮食与活动护理 维持性血液透析病人各种营养丢失严重,不利于机体康复。腹腔镜术后 24 h 可进少量清淡饮食,无腹胀、恶心、呕吐等现象,嘱病人进高热量、低盐、低脂、优质蛋白、富含纤维素、易消化的食物,促进体力恢复及伤口愈合。术后 1 d~3 d 可下床活动。鼓励病人早期床上活动上、下肢,向病人及家属说明术后早期活动胃肠功能恢复快,肺部并发症少,更适合血液透析病人^[8]。术后 1 个月可恢复正常的学习、生活及社会活动。

2.2.8 出院宣教 指导病人控制水钠摄入量,每天测体重,避免食用或不食含钠高的腌制品,如:咸菜、咸蛋。强调优质蛋白,保证能量供给,如蛋、猪肉、鱼、奶等。预防高钾、高磷饮食,忌浓茶、咖啡。参加力所能及的活动,适当锻炼身体。定时测血钙、血磷,必要时补钙及维生素 D。3 个月至半年复查 1 次泌尿系 B 超及腹部 CT,了解肿瘤复发与转移情况。规律血液透

析,有不适及时来医院就诊。

综上所述,对于肾癌合并肾衰竭血液透析病人实施后腹腔镜根治性肾切除手术治疗,术前严格评估心肺功能状况,监测病人营养水平、凝血功能及贫血等情况;针对病人心理状态进行有效的疏导,术后严密监测病人的病情变化,严格控制输液速度及输液量,做好管道护理,预防感染,对保障肾衰竭血液透析病人手术安全具有重要意义。

参考文献:

- [1] 王毅,胡志前,吴德敬,等.血液透析及肾移植患者的腹腔镜下胆囊切除术[J].中国普通外科杂志,2003,12(4):304-305.
- [2] 万国英.84 例全身麻醉经后腹腔镜下肾切除病人的围术期护理[J].全科护理,2014,12(9):807-808.
- [3] 朱玉清,张锐.经腹膜后腹腔镜下肾癌根治术的围术期护理[J].实用医药杂志,2013,30(6):550.
- [4] 陈永文.泌尿外科留置尿管患者预防尿路感染的护理[J].中国实用护理杂志,2012,28(21):35-36.
- [5] 郑朝旭,吴志棉,谭敏,等.血液透析患者腹腔镜胆囊切除术的围术期护理[J].世界华人消化杂志,1999,7(10):916-917.
- [6] 付玉秀.后腹腔镜肾癌根治的护理研究进展[J].全科护理,2014,12(23):2130-2131.
- [7] 黄慧玲,刘泰荣.泌尿外科腹腔镜围术期的观察与护理体会[J].赣南医学院学报,2012(1):133-134.
- [8] 俞兆祉,吴一峰,邓青,等.腹腔镜下胆囊切除在血液透析患者中的应用[J].中国微创外科杂志,2008,8(9):851-852.

(收稿日期:2017-12-25)

(本文编辑 王钊林)

伤口护理软膏配合氧疗治疗宫颈癌放射性皮炎的效果观察



张莹娟,陈唐庚,余玉娇,陈榕华,林丹

摘要:[目的]探讨伤口护理软膏配合喷氧治疗Ⅱ度以上宫颈癌放射性皮炎的效果。[方法]按照随机数字表法将 2016 年 12 月—2017 年 8 月收治的 57 例Ⅱ度以上宫颈癌放射性皮炎病人分为观察组 29 例与对照组 28 例,对照组病人给予常规放疗后皮肤护理和喷氧治疗,观察组病人给予常规放疗后皮肤护理和伤口护理软膏配合喷氧治疗。比较两组病人疼痛程度、创面愈合时间、放射性皮炎疗效以及满意度。[结果]观察组疼痛程度评分低于对照组,创面愈合时间短于对照组,放射性皮炎治疗总有效率高于对照组,满意度高于对照组($P < 0.05$)。[结论]伤口护理软膏配合喷氧治疗Ⅱ度以上宫颈癌放射性皮炎可有效减轻病人疼痛程度、加快创面愈合,提高治疗效果和病人满意度。

关键词:宫颈癌;放射性皮炎;伤口护理软膏;喷氧;护理

中图分类号:R473.73 文献标识码:A doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2018.28.039 文章编号:1674-4748(2018)28-3549-03

宫颈癌是妇科常见恶性肿瘤之一,已经给女性病人的生命与健康造成了极大的威胁。目前针对宫颈癌

高且时间长易导致病人放疗后产生不同程度的并发症,其中以放射性皮炎最为常见,且难以自行修复。对于较为严重的病人会影响放疗的持续性,不利于病人放疗及预后。因此,对宫颈癌放射性皮炎病人给予有针对性的护理与治疗显得尤为重要,但搜集资料发现目前仍缺乏统一有效的治疗方案^[1]。2016 年 12 月—2017 年 8 月采用伤口护理软膏配合喷氧治疗Ⅱ度以上宫颈癌放射性皮炎病人,取得较好的效果。现报告

作者简介 张莹娟,副主任护师,本科,单位:350014,福建省肿瘤医院;陈唐庚、余玉娇、陈榕华、林丹单位:350014,福建省肿瘤医院。

引用信息 张莹娟,陈唐庚,余玉娇,等.伤口护理软膏配合氧疗治疗宫颈癌放射性皮炎的效果观察[J].全科护理,2018,16(28):3549-3551.

病人主要采取放射治疗,在治疗过程中由于放疗剂量