

**1.2.4 血栓形成** 血栓形成的常见原因为血管壁损伤、化学作用、患者的血液处于“高凝、高聚”状态等,多见于置管的静脉中。

**1.2.4.1 血栓形成的表现** 患者可无任何症状及体征,也可表现为同侧手臂、颈、手的疼痛、肿胀感,护士操作时抽回血有阻塞感。

**1.2.4.2 预防血栓形成及处理措施** 穿刺及送管时,动作要轻柔,尽量一次成功,避免损伤血管壁。每次输液前应先抽回血检查有无血栓,若有阻力切勿用液体加压冲洗,可用力抽吸借负压吸出血栓,如无效可用链激酶或尿激酶溶栓。正确有效的封管,可减少血栓的形成。

**1.2.5 导管异位** 导管外露长度增加或敷料贴不在原处,X线检查结果显示导管尖端位置不在原基础位置,即为导管异位。导管异位最易发生于颈内静脉。掌握 PICC 置管长度的测量方法和置管技巧,可有效预防导管异位。成人取平卧位,穿刺侧手臂外展 45°或 90°,从穿刺点沿静脉走向至右胸锁关节再折向下至第二肋间隙止,即为进入导管长度,导管尖端最终应位于上腔静脉远离右心房的外 1/3 处<sup>[7]</sup>。当导管尖端大约到达预定部位时,嘱患者把头转向插管的上肢方向、下颏贴在肩部,以降低导管尖端误入颈内静脉的可能性。下肢静脉的定位,术侧下肢与肢体成 45°,穿刺点沿静脉走向至同侧腹股沟静脉处再至脐部。颈外静脉置入导管长度约为 20~30 cm。通过 X 线实时透视或 B 超引导可使导管头部更容易到达预定部位。

## 2 讨 论

**2.1 健康教育** 正确的健康教育能减少 PICC 置管并发症的发生,提高患者对护理工作的满意度,提高护理效果。

**2.1.1 穿刺前的教育** 健康教育能帮助人们形成正确的观念和行,促进身心健康,需要护士做好宣教工作,让更多患者认识、了解并接受 PICC。在获得医生的医嘱后向患者及家属深入浅出地讲解 PICC 置管术的目的、意义、操作程序、配合方法以及置管后的维护,特别是 PICC 置管后可能导致的并发症。以取得患者和家属的理解、信任和配合,并签署知情同意书。

**2.1.2 PICC 操作后的健康教育** PICC 置管成功后,为使导管的留置时间延长,术后的健康教育至关重要。给患者发放书面资料,让患者和家属正确掌握置管后的相关知识和注意事项,对不识字的患者由护理人员完成指导。定期抽查患者能否复述术后教育内容,直至其完全了解和配合。主要包括:

(1)穿刺点出血的观察;(2)置管侧手臂的负重要求;(3)穿脱上衣的方法;(4)导管的保护;(5)各种症状的信息反馈;(6)带管沐浴方法等。也可将整个维护过程制作成 VCD,对带管回家的患者及家属,要求观看全程 VCD,以增加对整个维护过程的熟悉程度。同时护士应该对患者及其家属讲解每项操作的步骤,通过提问了解家属掌握的程度,对整个维护过程进行反复讲解和示范,在护士的指导下要求家属反复练习,直到达到要求为止。

**2.2 PICC 的好处** PICC 置管为输液治疗提供了一条安全、简便的途径,减少反复穿刺给患者带来的痛苦。PICC 能有效减少化疗药物对血管的毒性作用,且不受年龄、性别、疾病种类的限制。PICC 在临床上有很大的应用前景,值得进一步推广使用,但 PICC 是一项侵入性操作,易给患者造成担忧、恐惧的心理,而且常伴有并发症的发生。解决 PICC 并发症关键在于防治。本组对 60 例 PICC 置管患者采用并发症的防护措施,成功率达到了 96.66%,同时开展全程健康教育,使患者感受到护理人员在实施操作时对患者的重视程度,感受到护理人员人性化服务的一面,提高患者对护理工作的满意度,提高临床护士对 PICC 置管患者的护理质量,加强了患者的信任。

## 参考文献

- [1] 郭丽娟,王立,任少林,等.预防 PICC 置管并发症的护理方法[J].实用护理杂志,2003,19(7):5-6.
- [2] 周雪贞,李利华,冯晓玲.儿科 104 例 PICC 置管并发症高危因素分析[J].中国实用护理杂志,2004,20(4):50-51.
- [3] 黄红健,彭南海,柏屏.经外周导人中心静脉的临床应用进展[J].中国实用护理杂志,2004,20(10):73-75.
- [4] 赵李克,江萍,宋小敏.颈内静脉置管阻塞的影响因素分析[J].实用护理杂志,2002,18(3):44.
- [5] 陈妙华,曾文,周玉华.改良的 PICC 无针输液系统在颅脑外科的应用[J].实用护理杂志,2002,18(4):47-48.
- [6] 邓前红.如何减少中心静脉留置针院内感染的调查分析[J].实用护理杂志,2003,19(9):68.
- [7] 黄晓华,吴美琴,冯君,等.PICC 的临床应用体会[J].实用护理杂志,2002,18(2):48.

(收稿日期:2010-07-02)

# 老年患者腮腺肿瘤切除后的护理

刘慧平,杨 键(第三军医大学大坪医院野战外科研究所颌面外科,重庆 400042)

**【摘要】 目的** 探讨老年腮腺肿瘤患者术后护理技术。**方法** 对 104 例老年腮腺肿瘤手术患者进行术后心理护理、专科护理、伤口疼痛护理、并发症的预见性护理和重点加强负压引流观察。**结果** 通过对腮腺肿瘤患者进行一系列的护理干预,保证了患者术后的平稳恢复,为手术提供了安全保障。**结论** 针对老年腮腺肿瘤患者设计有针对性的术后护理处置措施,可以稳定患者情绪,促进术后康复,是提高手术质量的重要辅助环节。

**【关键词】** 腮腺肿瘤; 术后护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.066

中图分类号:R739.8

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)21-2407-02

在口腔颌面部涎腺肿瘤中,腮腺肿瘤的发生率一直高居首位。有研究表明,随着人民物质生活水平的提高和医疗条件的

改善,人的平均寿命不断延长,而老年腮腺肿瘤患者的比例也呈上升趋势。本院 2007 年 4 月至 2009 年 3 月共收治腮腺肿

瘤患者 104 例,其中 65 岁以上的高龄患者 33 例,通过精心治疗和护理后均治愈出院。

## 1 临床资料

33 例高龄患者中男 21 例,女 12 例;年龄 65~83 岁,平均 70 岁。冠状动脉粥样硬化性心脏病 2 例,慢性支气管炎 2 例,肺气肿 3 例,原发性高血压 12 例,糖尿病 14 例。其中诊断为恶性肿瘤 9 例,良性肿瘤 24 例。临床表现为耳前、耳后、耳垂下肿块。手术方式采用腮腺浅叶切除 18 例,腮腺全切除 11 例,腮腺全切除加颈淋巴结清扫 4 例。术后并发暂时性面神经麻痹 19 例,3 个月内均恢复,术后并发涎瘘 3 例,通过对症治疗和护理,2~3 周后恢复。

## 2 讨 论

**2.1 常规术后护理** (1)饮食护理:由于患者的手术切口在面侧部,手术后伤口需要行加压包扎,且必须持续加压到拆线,一般为 7 d,这会导致患者张口及咀嚼困难,在此期间只能进食流质或半流质饮食。为保证营养,应提醒患者选择高热量、高蛋白、不含纤维素的温凉流质饮食或半流质饮食,同时还要说明不能食刺激性食物(如酸性或辣的食物),以减少并发症的发生<sup>[1]</sup>。(2)伤口疼痛的护理:手术 6 h 后让患者开始睡枕头以减轻头部不适,可取半卧位,减轻头部充血、组织水肿,减轻疼痛。护士对患者的疼痛及时做出反应,鼓励患者要坚强,并根据疼痛程度及时与主管医生交流,必要时可给予镇静剂、止痛剂。(3)做好口腔护理:首先要嘱患者每次进食后要及时用漱口液漱口,保持口腔清洁,抑制细菌生长;然后每天安排一次口腔清洗,使用牙科综合治疗椅,用水枪结合双氧水彻底清洗患者口腔,如无治疗椅可采用注射器抽取双氧水和生理盐水,用针头喷入患者口腔内并用棉签清洗,反复冲洗至口腔清洁为止。

**2.2 针对老年患者的特殊护理** 对于腮腺手术后的患者,尤其是老年患者,首先要做好的就是呼吸道管理,因为很多老年患者会因为全身麻醉插管而导致呼吸道分泌物增多,而自己又不能及时咳出,所以术后当天床旁一定要备用吸引器,及时清理患者口腔内的分泌物。术后 2~3 d,患者伤口疼痛,且局部加压包扎后,张口困难,有效咳嗽能力下降,护士要多协助患者翻身拍背,鼓励患者及时吐出口腔内分泌物。由于极大部分患者手术时采取全身麻醉,且老年患者往往合并有其他慢性疾病,心肺功能较差。术后要严密观察血压、脉搏、呼吸的变化。合并高血压的患者在心内科医生配合治疗及术后血压的密切监护下,注意维持血压平稳,一般术后第一天便可开始口服降压药物。有慢性支气管炎的患者,除了术前控制咳嗽、咳痰症状外,术后应注意保暖,防感冒,多做深呼吸。糖尿病患者要加强血糖的检测,加强饮食宣教,控制好血糖,保证创口的正常愈合。同时注意观察伤口敷料有无渗血现象,术后一般在腮腺区伤口放置引流条并加压包扎,若发现敷料渗透要及时更换,引流条一般在 48 h 后拔除<sup>[2]</sup>。

## 2.3 并发症的观察和处理

**2.3.1 面瘫的护理** 有 3 例患者行面神经切除术出现面瘫。患者虽为老年人,但对术后口角歪斜、闭眼不全等表情功能的改变也一时无法接受,尤其是老年女性患者。所以护士除了在术前向患者说明术后可能出现的改变外,术后更要关心劝慰患者,保持乐观情绪。对闭眼不全者,重视眼睛保护,涂眼药膏,戴眼罩,防止暴露性角膜炎的发生。本组另有 19 例患者术后出现暂时性面神经麻痹,予以神经营养治疗,同时辅以理疗,配合表情肌功能锻炼,3 个月内均恢复正常。

**2.3.2 涎瘘的预防和治疗** 涎瘘多由于术后加压包扎不到位所致,腮腺组织残留腺体没有萎缩而继续分泌唾液,一般在术后拆线时或拆线后 2~3 d 即可出现。其预防的方法主要就是术后做好加压包扎,一般持续 7 d,加压一定要可靠,每次换药后都要重新包扎固定好。同时术后可口服阿托品,抑制腺体分泌,护士在平时发现患者包扎有松脱或移位时要及时通知主管医生。有时有些老年患者因加压不适会自行推移绷带导致加压不到位,护士要及时制止,给予反复说明加压包扎的原因和重要性。本组有 3 例患者经常规治疗后出现涎瘘,用细针穿刺吸出积液,加强换药,延长加压包扎时间,2~3 周后恢复<sup>[3]</sup>。

**2.3.3 味觉出汗综合征** 又称为 Frey's 综合征,主要原因是被手术切除的分布于腮腺的副交感神经纤维和分布于汗腺的交感纤维发生错位再生联合。当味觉受刺激时,副交感神经兴奋,出现术后皮肤出汗或潮红现象,过去很多患者术后均会出现此并发症,因其不会引起严重的不良后果,除了向患者做好解释工作外,一般不做特殊处理<sup>[4]</sup>。目前本科室采用在手术中保留腮腺筋膜以及使用生物组织补片覆盖创区的方法可很好地预防味觉出汗综合征的发生。

**2.3.4 心理护理** 老年患者对面部手术普遍存在恐惧心理,担心术后发生面瘫,担心伤口在脸上留下瘢痕,特别是面瘫患者不敢面对公众,尽量避开熟人和朋友,把自己隔离起来,容易产生焦虑、抑郁情绪。所以护士应给患者更多的关心和照顾,使患者得到心理上的支持,多与其交流,鼓励其说出心中的想法,予以开导和宣教,鼓励家人陪伴在旁,照顾生活,使患者有温暖感。同时做好安全护理,防止老年患者坠床、上厕所跌倒等意外发生。

## 参考文献

- [1] 于宝云.腮腺肿瘤手术的护理[J].天津护理,2001,9(3):125.
- [2] 梁利荣,赵士芳.腮腺术后负压引流与正压引流的对比研究[J].口腔医学,2003,3(6):356.
- [3] 唐梦琳.23 例 80 岁以上高龄食管癌患者围手术期护理[J].重庆医学,2008,37(9):1005-1006.
- [4] 严丽丽.细节护理在临床护理中的应用[J].重庆医学,2007,36(8):759-760.

(收稿日期:2010-06-21)