

■ 专科护理

一名前纵隔畸胎瘤患儿的护理要点

□程青云 丁密

护理措施

纵隔内部包含胸导管、胸腺、气管、食管、大血管、心脏、胸腺脂肪和淋巴组织等,解剖结构复杂,导致纵隔肿瘤类型较多。前纵隔是纵隔肿瘤发病率最高的部位。畸胎瘤多位于前纵隔,较多位于前纵隔中部,于心脏与主动脉弓交界处,X线、CT(计算机层析成像)检查显示前纵隔心底部水平有质地浓密的圆形、类圆形或结节状块影。前纵隔畸胎瘤生长缓慢,约1/3无症状,早期诊断困难,常导致误诊和漏诊。36%~41%的前纵隔畸胎瘤可发生破裂。当瘤体增大或破裂时,会压迫周围的组织和器官,或严重粘连或穿破周围组织,患者可出现咳嗽、喘息、咯血、胸痛、呼吸困难、肺部感染等症状。对前纵隔畸胎瘤可以进行一般治疗、药物治疗、手术治疗、放射治疗、化学治疗等。手术切除是纵隔成熟性畸胎瘤的有效治疗方案,但存在术后感染、出血、支气管胸膜瘘等并发症,因此,需要精心的护理和健康宣教,以减少并发症,提高治疗效果。

临床资料

一名6岁2个月的男性患儿,以发现前纵隔占位5天为主诉到我院进行治疗。据了解,今年1月10日,该患儿在外院进行胸部CT检查,发现“前纵隔囊实性团块影,界面大小54.5毫米×33.3毫米”。1月15日,为求进一步诊疗,该患儿到我院就诊。医护人员对该患儿进行查体,发现患儿无明显咳嗽、咯痰、咯血、无胸痛、胸闷、喘息等不适。入院后,医护人员对患儿进行胸部增强CT检查,结果显示“右前上纵隔见一团块,较大横截面积为49毫米×29毫米,病灶内部动脉轻度硬化,近右心耳部分受压改变”。医护人员为该患儿完善术前检查后于1月18日11时,在全麻下为患儿进行正中开胸纵隔肿瘤切除术。术中,患儿体温37.3摄氏度,脉搏18次/分,呼吸18次/分,血压104毫米汞柱/77毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),出血量约20毫升,手术时间110分钟,未输血。术后,该患儿生活自理能力10分,处于重度依赖水平;疼痛评估NRS(数字评分法)8分;非计划拔管评估12分,处于高风险水平;跌倒坠床评估结果为高风险。

疼痛护理
疼痛是纵隔肿瘤患者的主要症状之一。患儿术后早期疼痛评估NRS(数字评分法)为8分,严重影响了患儿的自主咯痰、康复锻炼和睡眠质量。为缓解患儿的疼痛,护理人员每4小时评估1次患儿的疼痛程度,指导患儿家属正确使用

镇痛泵;当患儿疼痛剧烈不能缓解时,及时进行疼痛评估。同时,护理人员遵医嘱对患儿使用镇痛药物:氟比洛芬酯注射液+氯化钠注射液,静脉滴注,以缓解患儿的疼痛症状。在静镇痛注期间,护理人员还严密观察患儿是否出现恶心、呕吐等不良反

应。患儿年龄小,难以准确表达疼痛感受,再加上对疾病的恐惧,容易哭闹,会加重术后伤口的疼痛。根据埃里克森的人格发展理论,该患儿本阶段的人格特点是勤奋对自卑。对此,护理人员在护理过程中,鼓励患儿说出内心的恐惧和疼痛的原因及特

点,并耐心倾听获得患儿的信任,适时给予患儿赞扬和适当的奖励(送小玩具),从而提高患儿治疗的配合度、减少由于哭闹导致的疼痛和不适。最终,在护理人员的努力下,患儿的配合度得到提升,疼痛也得到有效缓解,未出现药物不良反应。

营养支持
肿瘤患儿营养不良发生率高达90%,会加重并发症。因此,肿瘤患儿的营养支持极为重要。患儿术后第二天进行实验室检查,结果显示:红细胞 $3.49 \times 10^{12}/\text{升}$,血红蛋

白102克/升,白蛋白33.1克/升,提示患儿存在轻度营养缺乏。患儿的主治医师、责任护士及营养科医师成立多学科合作小组,根据患儿的营养需求、饮食偏好和口味,为患儿制订了个性化的膳食计划。

早餐有3种选择:第一种是2个煮鸡蛋;第二种是蒸鸡蛋;第三种是瘦肉粥。午餐有3种选择:第一种是鸡肉丸子+青菜+米饭或饭团;第二种是鱼肉+西蓝花+米饭或饭团;第三种是番茄牛腩+米饭或饭团。

晚餐可选择鸡蛋羹或者瘦肉粥。每天可以让患儿自主选择,根据自己的意愿选择自己想吃的食物,并在患儿吃完后给予适当的鼓励。最终,经过调理,患儿的各项指标有了回升。

预防感染
感染是手术后常见的并发症之一。患儿术后第一天进行实验室检查,结果显示:中性粒细胞占比77%,C反应蛋白50.46克/升,体温37.2摄氏度。查体:双肺呼吸音粗,右肺闻及少许湿

性啰音,患儿间断咳嗽,咯少量黄色、质地黏稠的痰液,提示术后机体炎症反应。护理人员遵医嘱给予患儿:每12小时静脉滴注头孢唑林钠,进行抗感染治疗;呼吸道雾化吸入布地奈德+复方异丙托溴铵;静脉滴注化痰药物

盐酸氨溴索,预防肺部感染;给予雾化后体位引流及叩击排痰,促进痰液排出。除此之外,护理人员还严密观察患儿胸部切口处敷料是否清洁、干燥,切口处皮肤是否发生红肿、渗液,引流液颜色及量是否发生异

常,管道是否妥善固定。如果发现患儿有异常情况要及时告知医生,协助处理。患儿术后前2天,引流液的颜色为淡红色,术后第3天为淡黄色,术后第7天未见新的引流液。护理人员拔掉引流管,患儿未发生术后感染。

康复护理
有关研究将早期活动定义为术后第1天即逐渐活动,直至第5天能够独立自主进行活动,并认为其有利于增加骨骼肌对乳酸的再吸收与利用,从而加快肌力恢复的时间,同时可以预防

相关并发症。患儿术后早期因为切口疼痛,害怕进行康复活动。护理人员可以通过给予早期锻炼的健康教育、早期镇痛等措施,增加患儿早期活动的意愿。基于对患儿肌力和疼痛的评分,借鉴Brissie^[1]音译

为布里西语)等制订的早期活动“八步法”和患儿的实际情况,护理人员可协助患儿开展早期活动。患儿术后当日进行被动肢体活动,术后1日逐次进行床上45度靠坐、床上端坐、床上坐位、床边坐位。此时,该患儿的肌力为2

级~3级。护理人员佐以踝泵运动、直腿抬高运动等,术后第2日起,协助该患儿进行床旁活动、病房外活动等。在护理人员精心细致的康复护理下,该患儿未发生肢体肿胀、下肢深静脉血栓、切口愈合不良等并发症。

心理护理
疾病作为心理社会性应激源,会对患儿的身心造成巨大的影响。该患儿年龄小、难以准确表达自己想法,在疾病未知的情況下出现了恐惧心理。因此,科室护理人员通过叙

事护理,与患儿及其家属建立信任感,认真聆听他们的诉说,并通过表情、行为等非语言表达,了解患儿恐惧心理的原因。通过患儿家属的分享,护理人员可以了解到患儿生活中勇敢积极的事件,找到阳性支持,

帮助患儿重新认识疾病,树立战胜疾病的信心。此外,如果患儿出现抑郁、焦虑等不良的情绪,护理人员要及时进行心理疏导,让患儿做一些感兴趣的事情,转移注意力,缓解不良的情绪,有利于身体恢复。同时,患

儿家属要积极配合护理人员,共同为患儿讲解手术的重要性及早期运动锻炼和好好吃饭的重要性。患儿家属要积极配合给予支持和陪伴,让患儿能够积极配合治疗,争取尽早康复出院。

日常护理
患儿要养成良好的生活习惯,早睡早起,避免熬

夜,适当运动,促进身体血液循环,增强机体免疫力,有利于身体的恢复。远离

被污染的环境,保持身心愉悦。避免患儿情绪激动,尽量不使患儿哭闹,减少不必

要的刺激。定期去医院复查,及时关注身体的恢复情况。

护理体会

该患儿是在外院检查时意外发现的纵隔肿瘤,由于发现较早,入院治疗时尚未出现纵隔肿瘤压迫器官产生的胸闷、呼吸困难等症状,但患儿术后疼

痛、营养缺乏及年龄小导致的恐惧心理等护理问题较为突出。因此,护理人员针对该患儿的年龄、人格发展阶段特点、饮食偏好等,给予针对性、个体化

的护理。最终,该患儿病愈出院。在院外随访中得知,患儿已经恢复正常生活。儿童成熟前纵隔畸胎瘤的病例在临床上较为少

见,希望此案例能够为同行交流提供借鉴,更好地为前纵隔畸胎瘤患儿的健康保驾护航。(作者供职于河南省胸科医院)

前列腺癌的早期症状和筛查手段

□李秋苻

前列腺癌是指发生在前列腺的上皮性恶性肿瘤,是当今全球男性第二常见的恶性肿瘤。我国乃至整个亚洲的前列腺癌发病率远低于欧美,但是目前,前列腺癌的发病率有上升的趋势。去年,有关统计数据显示,前列腺癌已经取代了膀胱癌,成为男性泌尿系统发病率最高的恶性肿瘤。

前列腺癌早期阶段有广泛的非特异性症状,因此,早期诊断和准确评估,对于改善患者预后,降低前列腺癌的死亡率至关重要。前列腺癌病灶通常没有显著包膜,外形明确、影像识别度高,往往呈现多中心、多病灶的特点。早期前列腺癌根治标本的观察研究显示多为低中危局限性前列腺癌,13%~38%为单发病灶,19%~63%为局限于单侧叶病灶。前列腺癌的发病机制仍不清楚,且其生

物学行为极其复杂。前列腺癌的发生除与遗传因素有关,还与性活动、饮食习惯等有关。

前列腺癌的早期症状

- 1.进行性排尿困难,前列腺异常增大。逐渐增大的前列腺压迫尿道可引起进行性排尿困难,严重的患者可能出现急性尿潴留,大部分患者在发生排尿困难时,误以为是良性的前列腺增生,容易误诊或漏诊。
- 2.夜间尿量增加。前列腺癌会导致夜间尿量增加,很多男性患者每晚不得不起床四五次。
- 3.尿频、尿急、尿失禁。前列腺癌发生时,由于前列腺对尿道的压力,患者可能出现尿频、急迫排尿,甚至尿失禁。
- 4.肉眼血尿。许多前列腺癌患者会出现肉眼血尿。

前列腺癌的早期筛查手段

早期,在临床医学上,可以通过前列腺特异性抗原(PSA)、直肠指检、经直肠超声检查,来对前列腺癌进行初期识别。如果疾病指征异常,可进一步对前列腺组织进行实验室检查,以确定是否罹患前列腺癌。血清PSA:血清PSA是目前前列腺癌最敏感的标志物,建议50岁以上男性每年例行接受PSA检查,特别是有泌尿系统症状的老年男性。很多患者PSA值在正常范围内,但直肠指检查出了病灶,因此直肠指检联合PSA检查是早期发现前列腺癌最佳的初筛方法。经直肠超声检查:当前列腺内出现体积较小的结节时,通过直肠指检往往摸不到。但通过经直肠超声检查可以发现这种异常结节。

前列腺穿刺活检:经过直肠指检、PSA检查和经直肠超声检查后,基本已经能诊断患者是否患有前列腺癌。前列腺穿刺活检是诊断前列腺癌最重要的标准。

前列腺癌的治疗

- 1.药物治疗:抑制睾酮分泌;阻断雄激素与受体结合。
- 2.手术治疗:前列腺根治切除术;局灶治疗。
- 3.免疫治疗。
- 4.中医治疗:需要辨证分型论治,主要有补肾法、活血化瘀法、益气健脾法、软坚散结法、化痰清法等。

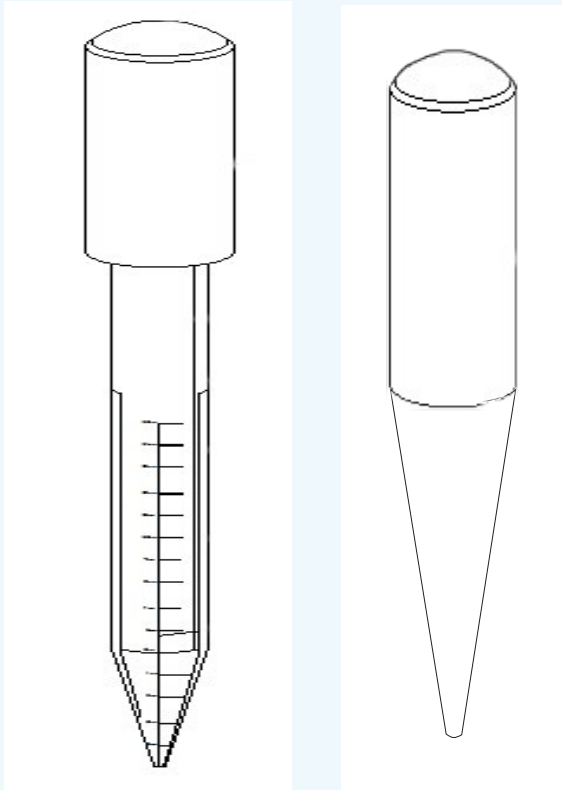
前列腺癌的预防

- 1.定期检查。前列腺癌多发生于中老年男性,男性在50岁之后应每年到医院做前列腺癌筛查。有前列腺癌家庭史的男性,

应从45岁起每年到医院做一次前列腺癌筛查。

- 2.避免压迫前列腺。在日常生活中,男性要养成良好的生活习惯,避免久坐和穿过紧的裤子,以免对前列腺造成压迫,引起局部充血;可以多喝水、多排尿,预防发生前列腺感染。
- 3.注意日常饮食。尽量少吃或不吃高脂肪的食物,多吃水果蔬菜;戒烟、戒酒,不喝浓茶、浓咖啡;限制刺激性食物的摄入量,有助于降低前列腺癌的发病率。
- 4.节制性生活。过度性生活会让前列腺处于充血的状态,影响前列腺的正常功能。
- 5.适当运动。适当进行体育锻炼对前列腺健康也有很大好处。男性可以选择做一些锻炼大腿、臀部、腹部的运动,有助于改善局部血液循环,增强抵抗力,减少前列腺疾病的发生。(作者供职于河南省肿瘤医院)

■ 小发明



阻生牙拔除中可定位深度的钻针的结构示意图

阻生牙拔除中可定位深度的钻针防护帽的结构示意图

技术背景

因各种原因导致不能正常萌出的牙齿被称为阻生牙。最常见的阻生牙是下颌第三磨牙,其次是上颌第三磨牙和上颌尖牙。据统计,在成人中,阻生牙的发生率为20%。这种阻生牙和覆盖在它上面的牙龈之间很容易藏污纳垢,滋生细菌,引起口臭、龋齿。当身体抵抗力下降的时候,常常会发生炎症。因此,如果发现阻生牙,需要将阻生牙及时拔除。而拔阻生牙时,需要用到相应的钻针。现阶段的钻针,在使用时虽然能够满足基本的使用需求,但是仍然存在一些不足:

- 1.现阶段的阻生牙钻针缺少刻度,不能通过影像的方式准确定位阻生牙的位置,使手术的精准度难以把握,且在临床操作中不能通过钻针把握好切割深度,进而导致切开过多,损伤正常组织。很多临床经验不足的医生,经常会因为把握不好磨牙深度,损伤下牙槽神经(损伤后会现出下唇麻木),给患者的后期生活带来很多不便。
- 2.现阶段的阻生牙钻针,标识色带及刻度纹缺少防护机构,切割牙齿过多时容易出现车针磨损,标识不清,影响使用。为解决上述问题,笔者设计了一种阻生牙拔除可定位深度的钻针。

创新亮点

该阻生牙拔除可定位深度的钻针,包括针柄、针体和针头。针柄和针头对应连接在针体的上端及下端。针头底部的外壁上设有延伸至针体上部的刻度纹。刻度纹的外部固定有透明薄膜防护层。针体的外壁上设有延伸至针头的环形槽。透明薄膜防护层对应嵌合在环形槽内。针体的外壁上及针头的外壁上均设有标识色带。标识色带设在透明薄膜防护层的内侧。针柄的上端设有钻针连接部。针体的外部及针头的外部套接有防护帽。防护帽内包括上帽体和下帽体。上帽体和下帽体之间为一体式连接。刻度纹的刻度间距为1毫米。针柄、针体和针头均由钢材材质制成。

有益效果

- 1.该阻生牙拔除可定位深度的钻针上设有刻度纹,刻度纹能够准确测量阻生牙的位置及大小。医生在使用该钻针时,可以利用全景片、锥形束CT(计算机层析成像)等影像学设备测量牙齿的长度,继而根据测量数据进行相应的实际操作,方便医生使用,大大提高手术的准确性,同时防止切开过多,损伤正常组织。临床经验不足的医生在切割牙齿的时候也不再畏手畏脚,有效提高微创拔牙技术水平。
- 2.该阻生牙拔除可定位深度的钻针,通过在刻度纹及标识色带外侧设的透明薄膜防护层,能够对刻度纹及标识色带起到保护作用,避免刻度纹及标识色带磨损,进而保证其使用年限,解决了现阶段的刻度纹及标识色带缺少防护机构而减少使用年限的问题。
- 3.目前,数字化导板在种植手术中的应用越来越频繁,但导板的制作较为烦琐,且费用较高,很难普及到智齿的拔除上。在使用中,可定位深度的钻针通过定深的方式防止差错,和数字化导板技术的核心要点有异曲同工之妙。可定位深度的钻针没有导向方面的限制,更利于在口腔内操作,一般选择垂直方向为准,若张口度有异常,亦可根据实际情况结合影像学定位进行调整。

(作者供职于濮阳市第三人民医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……
《护理管理》《专科护理》
《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!
投稿邮箱:
568689252@qq.com