

■ 专 科 护 理

# 乳腺癌切除术后患者的护理要点

□王 岩 周 圆

## 护理措施

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>伤口护理</b><br>保持伤口清洁干燥,避免沾水和感染,按时更换敷料,注意观察伤口是否有红肿、渗液等异常情况。告知患者绷带包扎的目的和重要性,指导患者不要自行解开或放松绷带。避免剧烈运动和提拉重物,以防伤口出血。如果出现伤口疼痛、肿胀或发热等不适症状,应及时告知医生。                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>引流管护理</b><br>乳腺癌切除术后通常会放置引流管,以排出伤口内的积液和血液。要妥善固定引流管,避免引流管扭曲、受压或脱落。告知患者管道维护的方法,如翻身或下床时注意不要牵拉管道。密切观察引流液的颜色、量和性质,并做好记录。若引流液颜色突然变红或增多,应及时告知医生。做好管道标记,正确固定管道,防止脱落,每日更换引流装置,并注意无菌操作。                                                |
| <b>疼痛管理</b><br>术后出现疼痛是患者常见的症状,正确评估患者疼痛的部位、性质、程度、相关因素等。可以遵医嘱使用止痛药,注意药物的剂量和使用时间,确保药物的效果和安全性。采用冷敷或热敷的方法可以减轻疼痛和肿胀,冷敷有助于收缩血管,减少炎症;热敷则能促进血液循环,放松肌肉。保持舒适的体位,避免压迫或牵拉伤口,选择合适的枕头和床垫,以支撑身体并减轻压力点的不适。在护理过程中,要保持动作轻柔,减少移动疼痛部位。另外,可以通过看电视、听音乐、阅读等方式转移患者的注意力,从而缓解疼痛,帮助患者放松心情,提高舒适度。                                                                                                                                                                | <b>心理护理</b><br>乳腺癌切除术后,患者可能会因失去女性特征而产生一定的心理压力,多数患者会出现情绪低落、烦躁、自卑等症状,甚至缺乏治疗信心。建议患者与家人和朋友保持良好的沟通,分享自己的感受和情绪。护理人员应主动与患者沟通,赢得患者的信任,并采用患者最容易接受的方式,如勤巡视、多交谈,介绍治疗的必要性和重要性。同时,鼓励患者参加支持小组或与同类型病友多交流,获取支持和鼓励。必要时,寻求专业心理咨询师的帮助,进行心理疏导和治疗。   |
| <b>功能锻炼</b><br>术后早期上肢功能锻炼有助于预防上肢水肿和关节僵硬。指导患者进行功能锻炼的自我管理,每天练习1次~3次,每次20分钟~30分钟。锻炼要循序渐进,避免过度疲劳。术后24小时内开始握拳运动;患肢内收,患侧手向上,五指分开,握拳;术后2日~3日进行绕腕运动;患肢内收,健侧手托住患侧肘关节,握拳,正反转动手腕;术后4日~7日进行搭肩运动;患肢内收,健侧手托住患侧肘关节,患侧肘关节屈曲搭向肩膀,鼓励患者用患侧手洗脸、刷牙、进食等;术后1周,待皮瓣基本愈合后,开始做上举运动;患肢内收,健侧手掌托起患侧肘部逐渐抬高直至与肩同平。肩部运动:肩部向上、下提拉,左右旋转。摸耳运动:患肢内收,屈肘从耳垂开始,越过头顶触摸对侧耳部;爬墙运动:面对墙面站立,患侧手指沿墙壁向上伸,伸至一定高度时,停留3秒~5秒,再缓慢放下,直至患侧手指高举过头。出院后,继续练习爬墙运动,并逐渐以肩关节为中心,做旋转运动及适当的后伸和负重锻炼。 | <b>预防上肢淋巴水肿</b><br>避免在患肢进行有创操作,如抽血、输液等。穿着宽松的衣物,选择合适的胸罩,以防影响淋巴回流。保持患侧皮肤清洁,避免蚊虫叮咬和皮肤感染,这些都可能诱发或加重水肿。避免高温环境,防止烫伤,患侧手臂不进行热敷,沐浴时水温不宜过高,避免桑拿和日晒。避免提拉重物,患侧肩部不要负重,避免重体力劳动和剧烈运动。尽早恢复手臂功能,乘机时佩戴弹力袖套。保持适当体重,戒烟戒酒。若出现手指、手背或胸膛轻微肿胀等症状,应立即就医。 |

## 病例分析

一位66岁的女性患者在体检时发现左侧乳房肿块,此前左侧乳房偶有疼痛,双侧乳头无溢血或溢液,未曾接受治疗。为了寻求进一步诊治,患者来到我院就诊。随后,我院门诊以“左侧乳房肿块”将患者收治入院。彩色超声检查显示:左侧乳房实性肿块(BI-RADS 5类)(BI-RADS为美国放射学会制定的一套标准化评估系统,用于统一描述乳腺影像检查结果);左侧乳房实性结节(BI-RADS 3类)。乳腺MRI(磁共振成像)平扫+增强检查提示:左侧乳房肿块,BI-RADS 4C类。患者入院后完善相关

辅助检查,其他无明显异常。科室医生讨论并与患者及其家属沟通病情后,决定以“左侧乳房肿块,恶性待排”为手术指征,次日在全麻下为患者实施“乳腺癌改良根治术”。术中取样送检,病理报告显示为乳腺癌。术中分别在腋下和胸壁放置硅胶引流管,切口用弹力绷带加压包扎。术后,患者安全返回病房,接受一级护理,心电监测,吸氧,留置导尿管。医护人员持续给予止血、镇痛、护胃、抗感染、补液等对症处理。在医护人员的精心治疗和护理下,患者术后18天拔除腋下及胸壁引流管,术后19天治愈出院。

■ 护 理 感 悟

## 病房里的双重温度

□曾 果

“护士长,您现在有空吗?”正在查房的我被3床陈老先生的女儿叫住。我见她欲言又止的模样,猜想她或许是不好意思在病房里和我讲。于是,我和她走出病房,问道:“陈女士,有什么我能帮到您的吗?”

陈女士向我倾诉,老先生年事已高,比较怕冷,可病房里另外两名患者怕热,空调一直开得很低。她担心处于病情恢复期的父亲会因此感冒,希望我们能给老先生换个病房。

听完陈女士的讲述,我立刻和值班护士一起将陈老先生转到了另一间住着同样怕冷患者的房间。陈老先生和陈女士十分感激,特意来到护士站向我们致谢。我微笑着对陈老先生说:“不用客气,这都是我们的分内事。如果您还有其他需求,随时可以找我们。”

第二天查房时,我询问陈老先生换完房间后睡眠如何。陈老先生笑着说:“年纪大了,睡眠浅,失眠是老毛病了,没关系。”陈女士欲言又止,我明白陈老先生昨天晚上大概是没睡好,便向陈女士询问具体情况。陈女士说:“护士长,昨天晚上隔壁床的病友睡得很晚,洗漱和半夜上厕所的动静较大。我父亲睡眠浅,没睡好。”

了解到这一情况后,我回到护士站查看了病区的床位情况,经过协调,为陈老先生腾出了一个单间。陈老先生和陈女士得知这一情况后十分感动。陈女士拉着我的手说:“真是太麻烦你们了。我知道最近床位紧张,你们还如此费心,我实在过意不去。”说着,陈女士眼眶泛红。我和责任护士赶忙安慰她:“帮助患者解决问题、促进患者康复是我们的本职工作。”

一周后,陈老先生康复出院。出院时,陈老先生的子女给我们送来了鲜花和他们当地的特色食品,以表示感谢。他们用最质朴的方式为这段护患情谊烙下了温暖的印记。食物的温度终究会消散,鲜花也会枯萎凋零,然而,那份关心患者冷暖、倾听患者心声的护理之心所散发的光与热,会在医患之间长久传递。

病房的温度,影响着身体的舒适度;护理的温度,能直达灵魂的深处。前者是营造环境的技术,后者是体现人文的艺术。真正的疗愈,起始于病房内恰到好处室温,成就于人文关怀带来的温暖。这双重温度共同谱写着生命最动人的篇章。

(作者供职于南阳市第二人民医院耳鼻咽喉二病区)

## 我在心病科学会的“细功夫”

□郭慧云

推开河南省中医院心病科二区病房门的那天,走廊里弥漫着淡淡的艾香,带教老师陈慧贞微笑着接过了我的实习手册:“慢慢来,这里的学问藏在听诊器和艾灸条里。”如今一个月过去了,再回首,那些从陌生到熟悉的技能,已成为我的成长印记。

实习第一周,测量血压时,我总是把握不好放气的速度。陈老师便握着我的手,一遍又一遍地陪我练习,耐心地指导:“观察血压值下降的速度,就如同触摸患者的脉搏,要跟随心跳的韵律。”她还教我手绘心脏解剖图,一边画一边讲解:“二尖瓣区位于左锁骨中线第五肋间。你仔细听,正常的心音如同‘咚哒’声,要是出现杂音,就好像风吹过缝隙的声响……”

后来,学习查看心电图时,陈老师用红色笔圈出P波(心电图代表左右心房激动的除极波)、QRS波(心电图反映心室快速除极过程的波形),并说:“将这些波形视为患者的‘心跳日记’,先识别正常的波形,再去寻找异常之处,这就如同辨认熟人的面容。”

第二周,当我开始接触中医特色操作时,才发觉“火”与“针”之中处处有讲究。

第一次旁观针灸时,陈老师让我站在患者侧方,叮嘱道:“注意看姜泥的厚度,既要能够隔热,又要保证可以传导温热。艾绒点燃之后,必须时刻盯着火星,不能让灰烬掉落患者的皮肤上。”

学习胡芦灸时则更有趣。陈老师指导我将胡芦底对准关元穴,然后轻转手腕,说:“力度过轻会起不到效果,过重又会让患者感到不适。”

游走罐最考验手感。我第一次操作时,罐口总是歪歪扭扭。陈老师握住我的手腕进行示范,说:“要顺着经络移动,就好像沿着河流行船一样。如果罐吸附得太紧,就要稍微放些气;如果太松,又无法留住温热。”

留置针护理也是一项细致的工作。从选择血管到固定贴膜,陈老师总在旁细心叮嘱:“老年患者的血管较为脆弱,穿刺时角度要小一些。贴膜要从穿刺点向两边压,别留气泡,则容易渗液。”

在用药安全课上,陈老师拿着药理学手册,说:“心病科用药繁多,例如地高辛,剂量哪怕仅相差0.1毫克,都极可能引发问题。”“三查七对”务必牢记。”在护理文书书写课上,我的护理记录被修改得密密

麻麻,老师再三叮嘱,记录一定要详细,这既是对患者负责,也是对自己负责。

在学习的过程中,我总担心自己问的问题过于基础,然而老师从不含糊其词。有一次,我将心经和心包经的概念弄混淆了。陈老师便拿来经络图,一边画一边给我耐心讲解这两者的区别。陈老师的口袋里总是装着便签,每当我有疑问,她就会随手在便签上写下要点。

如今再次测量血压时,我的手指能够随着血压值的变化平稳地进行放气操作;查看心电图时,我也能率先找到“正常节律”的基准。

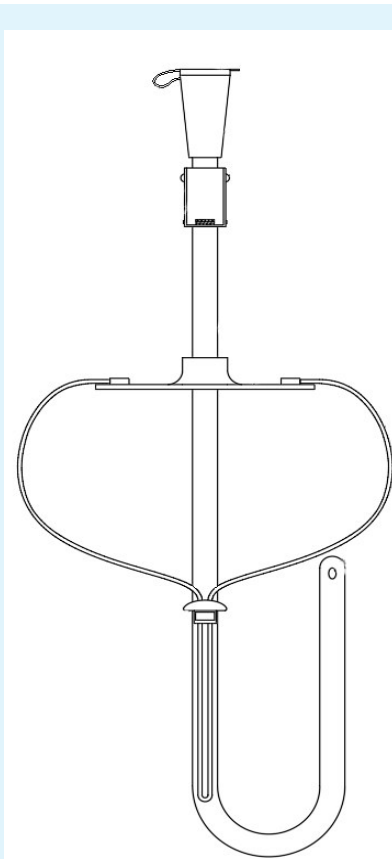
那天,我为3床患者完成封管操作后,他微笑着说:“小护士,你的手法比上次稳多了。”

原来,所谓的成长就是将老师传授的“要点”变成自身的“习惯”,把书本上的“知识”转化为病房里的“回应”。

在心病科实习的这一个月,我聆听着听诊器里的心跳,感受着艾灸条的温热,更体会到老师给予的每一份耐心。这些都成了我未来前行的底气,也让我真切领悟到:护理这一行向来是于细微之处彰显真功夫,在用心之处尽显温情。

(作者供职于河南中医药大学)

■ 小 发 明



新型口腔管的简易正视图

### 技术背景

咽喉障碍是指由于口腔、咽喉、食管等器官的结构或功能受损,无法安全有效地将食物送入胃内的情况。临床上,为了应对直接经口腔留置食管管带来的不适、患者神志不清等原因导致的意外拔管,以及反复重置食管管造成的痛苦,IOE(间歇性经口至食管管饲法)技术应运而生。IOE是指通过口腔将食管管插入食道,为患者进行管饲注食。插管过程中刺激咽喉后壁诱发吞咽反射,以达到吞咽功能训练的效果。进食结束后立即拔除,使患者通过自身胃肠消化吸收提供营养支持。IOE是一种进食补偿手段和技术,患者后期能自行在家中完成下管操作。目前,下管时食管管需插入30厘米~35厘米,但因现有食管管无法帮助患者确定下管距离和固定位置,容易导致下管过深或过浅的问题。此外,患者需紧闭嘴唇控制食管管,易造成唇部及周围肌肉疲劳,并可能引起口水外溢等不适,导致患者产生抵触心理。因此,有必要设计一种新型口腔管。

### 创新内容及有益效果

这种新型口腔管包括管体,管体上安装有接头、闭管夹和唇挡。唇挡位于管体远离留置端35厘米处。接头与连接绳一端固定连接,连接绳另一端与帽盖固定连接。闭管夹由夹座和夹片组成,夹片通过转轴与夹座转动连接,夹片上设置有卡块,夹座上设置有卡孔。唇挡上安装有挂绳,挂绳上设置有调节扣。调节扣与挂绳穿套连接。管体上设置有通孔。

挂绳的设立,可便于当下管完毕后唇挡与患者唇部贴合时,只需将挂绳经患者两侧脸颊绕至两侧耳后,按动调节扣上的按钮,调整调节扣在挂绳上的距离,令调节扣上端顶合在患者下颏处,即能够收紧张绳对管体进行位置固定。通过闭管夹的设立,可便于当使用注射器反复连接接头进行注食操作时,医护人员或患者能够使用闭管夹在注射器拔离接头前,对管体进行夹闭操作,防止在反复注食间隙时,大量空气易经管体内部进入患者胃内,从而导致患者胃胀气。

为了对接头开口进行闭合保护,帽盖与接头为盖设连接。设置帽盖可以方便封闭接头开口,防止接头和管体内部受到污染。

为了固定和开启夹片,设置了2个卡块,分别位于夹片左右两端的上部。卡块与夹座左右两端上部对应的卡孔为卡合连接。

通过在夹片上设置卡块,并使卡块与夹座上的卡孔卡合连接,当夹片卡合在夹座内部对管体进行夹闭操作时,卡块会移动到卡孔处,在夹片内部弹簧的作用下,向外弹出并卡合在卡孔中,固定夹片的位置。当向内按动卡块使其回缩到夹片内部后,夹片在转轴中部设置的扭簧的作用下,从夹座内部向外转动,解除对管体的夹闭操作。

为了方便固定管体位置,连接绳的两端分别设置在唇挡的左右两侧。通过唇挡上的挂绳,可以环绕患者的脸颊、耳部和下颏,从而固定管体位置。

为了保护患者的下颏,防止划伤,调节扣设计成蘑菇状,以避免在接触患者下颏时造成不适。

(作者供职于焦作市人民医院)

## 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)、《护理》《护理感悟》等栏目真诚期待您的参与!

投稿邮箱:  
568689252@qq.com