

■ 专科护理

# 肺腺癌合并甲状腺癌联合根治术患者的护理

□ 任定琚

## 临床资料

患者,女,74岁,因间断咯血10余天,突发加重4小时,先后入住我院胸外科一病区、七病区及乳腺甲状腺外科病区。患者既往有高血压病史15年,最高血压达160/100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),每日口服1片硝苯地平,每日一次,血压控制尚可。入院评估:体温36.5摄氏度,脉搏68次/分,呼吸19次/分,血压156/91毫米

汞柱。入院后,完善胸部CT(计算机层析成像)、心电图、超声、冠状动脉CT血管造影等检查。胸部CT检查提示:右肺上叶尖段可见一混合磨玻璃结节,大小为20毫米×17毫米,边缘可见分叶、毛刺。超声检查提示:甲状腺左侧叶低回声结节(TI-RADS 4b类)(TI-RADS为甲状腺影像报告和数据库系统),甲状腺双侧

叶囊性结节(TI-RADS 2类)。根据检查结果,患者被诊断为右肺上叶腺癌、左侧甲状腺癌、高血压2级。

随后,患者在全身麻醉下行“胸腔镜下右肺上叶楔形切除术+右肺上叶后段切除术+左侧甲状腺叶切除术”。因手术范围较大,术后患者转入重症监护室进行观察。术后第2天,患者病情趋于平稳,被转入

普通病房。术后给予抗感染、止血、化痰、平喘、护胃等治疗,待病情稳定后加用抗血栓治疗。术后第3天,护理人员遵医嘱嘱停止心电图监护并拔除尿管,并密切观察胸腔引流液的颜色、性质;术后第6天,拔除胸腔引流管及颈部引流管,之后继续给予了抗感染、镇痛等治疗,并每日观察伤口情况。术后第16天,患者恢复良好,出院。

## 护理措施

### 加强引流管的护理

在患者留置引流管期间,护理人员对术中放置的引流管进行了规范护理:采用高举平

合法固定引流管,确保患者活动或翻身时引流管不受牵拉或脱落,维持引流通畅;定时挤压引流管,并在每班交接时

详细记录引流液的颜色、性状及量。通过观察引流液的颜色、透明度及量的变化,护理人员可及时发现感染、出血等潜在

并发症。该患者术后第3天引流液量较多,达300毫升,随后逐渐减少,颜色亦逐渐变淡。

### 观察患者病情变化,积极预防术后并发症

胃肠道反应:恶心、呕吐是患者术后常见的胃肠道反应。术后4小时内,护理人员指导患者取平卧位,头偏向一侧,以维持呼吸道通畅,并及时清理呼吸道分泌物,避免呛咳及误吸。该患者术后1小时出现恶心、呕吐等胃肠道反应,护理人员报告医生后,遵医嘱停止使用镇痛泵,并给予了甲氧氯普胺注射液10

毫克肌肉注射,症状得到有效缓解。

切口出血与呼吸困难:术后12小时~48小时内,切口出血可能引发呼吸困难甚至窒息,这是最危急的术后并发症。术后,护理人员主动询问患者的呼吸状况,而呼吸困难症状通常在术后48小时左右出现,此时需严密监测生命体征,及时排查喉头水肿、切口出血等情况,以减轻气管受压程度。在护理人员的密切观察、

患者及其家属的配合下,患者未出现切口出血、呼吸困难等并发症。

喉返神经、喉上神经损伤:甲状腺癌手术中易损伤喉返神经及喉上神经。术后,护理人员需密切观察患者是否出现声音嘶哑、饮水呛咳或音调降低等神经损伤表现。该患者术后出现轻微声音嘶哑,经药物治疗后症状消失。

甲状旁腺功能减退症及低钙血症:甲状旁腺受损、切除

或血供不足易引起甲状旁腺功能减退症及低钙血症。为预防上述并发症,护理人员指导患者限制含磷较高的食物,多进食高钙食物。患者术后定期监测血钙水平及肝肾功能。当出现低钙血症时,护理人员立即报告医生,遵医嘱及时静脉注射葡萄糖酸钙,同时补充口服钙剂及骨化三醇。经过一周的治疗,该患者的症状基本消失,血钙水平恢复正常。

### 早期评估营养风险,改善营养状况

甲状腺癌手术后患者可能出现吞咽等多种问题,一般要求患者在术后6小时给予少量多次饮用温开水,每次间隔2小时;若未出现异常,则给予流质饮食。术后12小时,护理人员

给予了以清淡、少盐、少油为主的半流质饮食,并逐步增加饮

食量,直至患者恢复正常饮食。在此过程中,护理人员需密切留意患者在饮食过程中的肠胃反应,若出现异常及时上报主治医生,采取适当措施并调整饮食方案。该患者术后未

出现吞咽困难等并发症,但营养状况欠佳。

针对患者的营养状况,临床医师结合其日常饮食偏好制定了饮食方案,使用预后营养指数对其当前营养状态进行了评估,建议患者日常饮食以“均衡”为主要原则,即各类食物均

适量摄入,确保营养素比例平衡并满足机体需求,总体遵循“三多”(多蔬果、多杂粮、多白肉与豆类)、“三少”(少盐、少糖、少动物脂肪)及“四个搭配”(荤素搭配、红白肉搭配、粗细搭配、动植物蛋白搭配)的原则。

### 多模式联合镇痛管理

手术后,患者的颈、胸部均有手术切口,术后镇痛管理至关重要。护理人员术前加强健康宣教,告知患者缓解疼痛的方法;术后每日根据患者的疼痛情况,使用疼痛数字评

分法对患者进行了评估。该患者术后第一天主诉切口疼痛明显,疼痛数字评分最高达5分,咳嗽时疼痛加剧,出现拒绝咳嗽的现象;在早期床上康复活动中,患者因疼痛影响了训练强度。为减轻

疼痛、保障康复练习顺利进行,护理人员在医生的指导下给予了多模式联合镇痛:氟比洛芬酯50毫克静脉滴注,每日2次;持续使用镇痛泵,同时将芬太尼透皮贴剂贴在疼痛最明显部位皮肤,每3

天更换1次。

术后1周,通过精准疼痛评估与多模式联合镇痛用药,该患者的术后疼痛得到有效控制,疼痛数字评分降至并稳定在0分~1分,后期康复训练积极性也有了显著提高。

### 实施个性化肺康复训练方案,改善肺功能

肺部并发症是导致患者术后病死率升高、住院时间延长及医疗费用增加的主要原因之一。研究表明,个性化肺康复训练可帮助患者及时、有效清除呼吸道分泌物,预防肺不张、肺部感染等并发症。患者入院

时胸部CT显示,其右肺上叶尖段有一个混合磨玻璃结节,随后接受了右肺上叶楔形切除术+右肺上叶后段切除术。针对患者术后情况,医护团队制定了以下康复方案:

药物治疗:氨溴索溶液静脉输注,每日两次;布地奈德混悬液1毫克联合特布他林雾化

液5毫克雾化吸入,每日3次。

有效咳嗽:每日责任护士通过讲解示范、发放健康教育手册等方式,向患者及其家属介绍有效咳嗽的方法——指导患者取坐位或半卧位,先缓慢深呼吸数次,随后屏气3秒~5秒,再进行2次~3次短促有力的咳嗽,最后缩唇将余气尽量

呼出。

评估与监测:每日评估患者术后痰液情况、胸部CT结果,并结合其主观症状。患者术后第2天的胸部CT显示,双肺纹理增多增粗,右上肺野可见高密度斑片影;查体结果为双肺呼吸音清,未闻及干、湿啰音。(作者供职于河南省胸科医院)

# 一种便携式病毒灭活装置

□ 王凡明 王丽娜 袁冉冉 文/图

## 技术背景

破坏微生物的生物学活性及血清中补体活性的过程被称为灭活。灭活病毒时,病毒蛋白的高级结构遭到破坏,使病毒失去生理活性,进而丧失感染、致病和复制能力。目前,普遍采用使病毒蛋白质变性的方法对病毒进行灭活,能引起蛋白质变性的化学制剂(如次氯酸盐、酒精)或物理加热,均可实现病毒灭活。现有的病毒灭活装置虽然灭活效果显著,但是成本较高、不方便携带且操作烦琐,仅适用于实验室场景,难以满足居民的日常生活需求。因此,有必要设计一种便携式病毒灭活装置,供居民家庭使用。

## 创新内容

这种便携式病毒灭活装置包括蒸发壶,蒸发壶的底部活动连接有底座,顶部设置有加液口。蒸发壶的内表面固定连接有固定板,固定板的顶部设置有置物孔,其内表面活动连接有储存杯。储存杯的两侧均固定连接有圆弧形块,两个圆弧形块的底部均与固定板的顶部固定连接。储存杯的底部固定连接有滴管,滴管的内部与储存杯的内部连通。

底座的顶部固定连接有连接头。蒸发壶的底部设置有通槽,通槽的内表面与连接头的外表面相适配。蒸发壶的内部固定连接有电磁线圈。

储存杯的内表面固定连接有限位环。限位环的内表面固定连接有风扇,顶部固定连接有漏斗,漏斗的底端贯穿限位环并延伸至限位环的外部。

加液口的内表面滑动连接有顶盖,顶盖上方设置有通风口,且固定连接有连接块。

固定板的顶部固定连接有隔离板,且顶部两侧均设置有通槽。蒸发壶的两侧均固定连接有连通管。

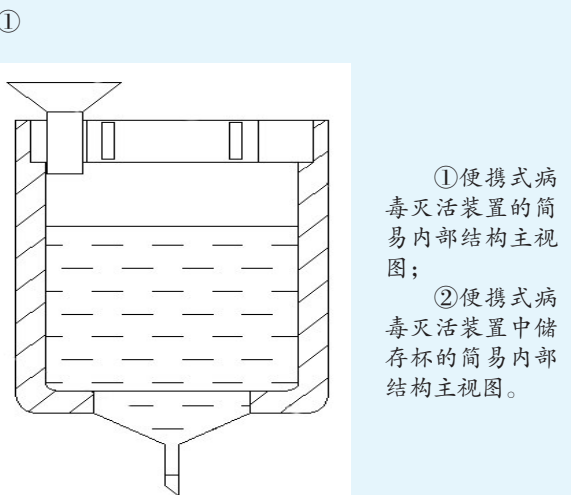
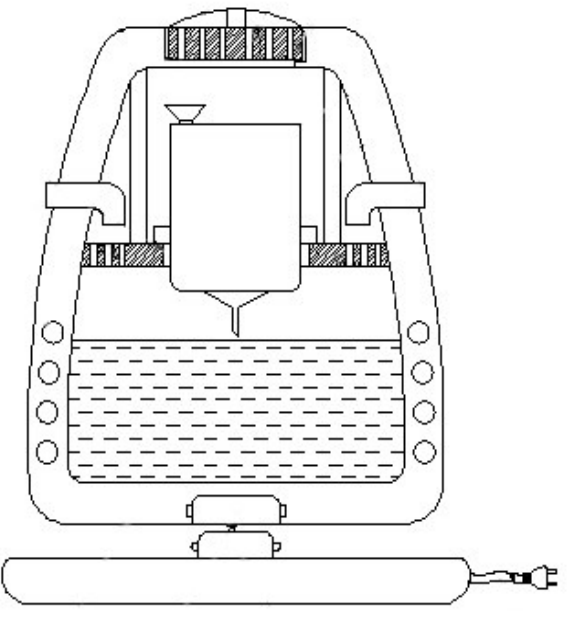
底座的一侧固定连接有电源线,蒸发壶的一侧固定连接有把手。通风口的数量设置多个,并均匀分布在顶盖上方。

## 有益效果

1.通过在蒸发壶内设置固定板,配合固定板上的储存杯,再利用储存杯底部的滴管,将电磁线圈通电后,可使储存杯内的消毒液与水一同蒸发,从而将消毒液以气态形式排出。该便携式病毒灭活装置能够杀灭周围空气中的病毒,不仅操作简单、成本较低,还易于携带。

2.通过在储存杯内部设置限位环,配合限位环内风扇与顶盖上方的通风口,可将外界空气抽入蒸发壶内部,利用消毒液蒸发产生的气体对空气中的病毒进行灭活。这一结构能进一步提升病毒灭活效率。

(作者供职于民权县人民医院)



① 便携式病毒灭活装置的简易内部结构主视图;  
② 便携式病毒灭活装置中储存杯的简易内部结构主视图。

■ 护理感悟

## 那份专属的信任

□ 栗岩

这是一个接受肠造口还纳术3个多月的患儿。那天上午,我推着治疗车走向12床时,患儿正醒着,哼唧着扭来扭去,小脸涨得通红。我刚要开口说明灌肠排气的治疗事项,患儿的奶奶便急忙从床边站起身,焦虑地说:“护士,你看孩子这会儿正闹呢,能不能等会儿再做?”她的手始终没有停,轻轻拍着患儿的屁股,试图安抚这个刚经历手术的小生命。“他应该是饿了。”我凑近看看,患儿正抿着小嘴哭,哭声中带着明显的烦躁。“可不是嘛!”患儿的奶奶叹了口气,声音里满是心疼,“这孩子才出生3个多月,做完手术后一直没有吃东西,也没有喝水,小嘴巴总是张着找吃的,看

着真让人心疼。这么小的孩子,遭这罪,换作大人也扛不住啊。”

“您不要太担心,孩子其实比我们想象中要强。”我轻声安慰道。

话音刚落,我便看见患儿的奶奶眼角泛起了泪花。可能怕我看见,她急忙别过头擦了擦眼泪,轻声回答:“能不能让我先哄哄他?等能做了我再喊你。”“好的,您随时叫我。”我点点头,悄悄退出了病房。

不到10分钟,患儿的奶奶从病房里走出来,对我说:“护士,你现在方便吗?要不就不现在做吧?”我跟随她进入病房时,她特意从墙角搬了一把小板凳,对我说:“你坐着慢慢做,不着急。”

我一边操作一边轻声安抚:“您看,这孩子长得多可爱,水灵的大眼睛就像会说话一样。”没想到整个过程,孩子竟然没有哭闹,结束时还对着我咧嘴笑了笑。“哎哟,这孩子喜欢你。你给他灌肠他都没有哭!”患儿的奶奶高兴得直拍大腿,眼里的愁云散去了大半。

从那以后,每到灌肠时间,患儿的奶奶总会站在走廊里张望,见到我就说:“我家孩子的灌肠,还得你来做。上次你给他灌肠时,他没有哭。若是换了别的护士,他能哭上半天。”后来她更是直接跟我说:“我们不着急,就等你有空了慢慢来。你给他灌肠,我们很放心。”

之后每次进行治疗时,我都会特意先观察患儿的状况,与奶

奶闲聊几句家常,并询问患儿当天的排便情况。操作过程中,我会特意留出时间观察他的反应,一边轻柔地操作,一边用玩具逗弄他或者哼唱一些不成调的儿歌。患儿的奶奶总会在一旁贴心地配合我。

病房里的那把小板凳,后来总被患儿的奶奶擦得干干净净,并放置在床边最顺手的位置。每次我来给患儿灌肠时,患儿的奶奶都会贴心地让我坐下;患儿看见我时,也从最初的陌生变成每次都伸出小手抓住我的衣角。

原来,护理不是单向的治疗。护理的核心在于建立人与人之间的情感连接与相互理解,它超越了单纯的治疗和照护,更强调了对个体心理需求的关怀

与回应。

在护理过程中,护理人员通过耐心倾听、细致观察和温暖陪伴,与患者建立起深厚的信任关系。这种信任源于每一次真诚的沟通、每一个细微的关怀,以及对个体独特性的尊重。当信任逐渐积累,服务对象会感受到被理解、被接纳,原本因不适、恐惧或孤独而产生的哭闹、焦虑等,也会在安全的环境中得到释放和转化。护理人员的及时安抚与支持,能帮助服务对象从不安中获得慰藉,从焦虑中找到安心。这种双向的情感互动,不仅提升了护理效果,更体现了护理作为一门人文科学的深刻内涵。

(作者供职于南阳市中心医院)

## 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……

《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》等栏目真诚期待您的参与!

投稿邮箱: 568689252@qq.com