

用胸带加压包扎伤口,不宜过紧,以能放入1指为宜,以防影响乳头、乳晕及皮瓣血运。本组患者均无乳头、乳晕及皮瓣坏死。

2.2.3 假体植入后护理

2.2.3.1 假体植入后并发症 假体植入后部分患者出现感觉异常,7例患者术后出现明显胸部胀痛不适,遵医嘱使用止痛药物,3天后症状逐渐减轻,6例患者5天后症状完全消除,1例患者由于植入最大型号假体,胸部胀痛症状持续时间较长,9天后症状完全消除。3例患者术后主诉患侧胸前异物感,及时向患者说明与假体植入有关,不必过度紧张,术后7天患者主诉异物感消除。

2.2.3.2 防止假体移位 为保证术后重建乳房良好塑型,术后2周内胸壁伤口胸带加压包扎固定,并在重建乳房上方多放置纱布加压特别固定,防止假体向上移位。护士每班密切观察胸带包扎情况,若有松动及时重新进行加压包扎,同时注意观察植入假体是否发生向上移位。若患者伤口愈合良好,无皮下积液,假体固定位置良好,可在术后14~21天去除胸带加压包扎。指导患者术后1周内避免患侧上肢进行大幅度外展、扩胸运动,防止假体移位。术后1周开始指导患者坐位时采取前倾位,身体向前与地面呈60~70度角,通过假体自身重量可以使重建侧乳房微微下垂,尽量保持和健侧乳房外形一致。本组患者术后无假体移位发生,患者对重建乳房外形满意。

2.2.4 患肢功能锻炼 乳腺癌改良根治术同期假体植入乳房重建术患者功能锻炼不同于常规根治术患者,术后不宜过早进行患肢功能锻炼,防止假体移位。护士每日带领患者进行患肢功能锻炼,并依据患者具体情况制定功能锻炼计划,每日进行效果评价,有针对性帮助患者达到锻炼标准。患者术后7天内仅可以进行患肢握拳、转腕、屈肘功能锻炼,每日3次,每次10 min,避免患侧上肢进行大幅度外展、扩胸运动。术后8天增加练习患肢上举运动、绕肩运动;术后10天增加练习摸耳运动、爬墙运动。15~16天增加练习患肢抱头运动、外展运动、后背手运动。1例患者担心术后患肢功能恢复慢,术后10天自己开始练习患肢抱头运动、外展运动、后背手运动,第2天出现腋下伤口牵拉痛,责任护士发现后立即通知主管医生,经检查患者腋下伤口未发生皮下积液,植入假

体未发生移位。向患者讲解患肢功能锻炼应循序渐进进行,并将该患者的患肢功能锻炼计划悬挂于患者床尾,每日与患者共同评价锻炼效果并记录,得到该患者积极配合。本组患者术后随访3个月,患肢肌力恢复达到预期标准,未发生患肢水肿。

2.2.5 出院指导

2.2.5.1 保证重建乳房良好塑型 为保证重建乳房良好塑型,指导患者术后3周内注意采取前倾坐位,身体向前与地面呈60~70度角,使重建侧乳房微微下垂,尽量保持和健侧乳房外形一致;术后3周伤口拆线后,开始进行重建乳房自我按摩,指导患者将食指、中指、无名指平放于患侧乳房,由乳晕开始由内向外进行顺时针环形按摩,每日2~3次,每次10 min,坚持2~3月,防止后期纤维挛缩,影响重建乳房塑型。

2.2.5.2 保护患肢 指导患者不宜在患侧肢体测量血压、静脉穿刺;避免皮肤破损、减少感染的发生;衣服袖口勿太紧,防止肢体肿胀;患肢避免提重物、避免重体力劳动;勿长时间暴露于阳光下;依照责任护士指导坚持患肢功能锻炼5~6个月,每日3次,每次15~20 min,防止患肢肌肉萎缩,利于患肢功能的恢复。

3 小结

腔镜下乳腺癌改良根治术同期假体植入乳房重建术具有创伤小,美容效果好,痛苦小、费用低等优点。应充分认识腔镜下乳腺癌改良根治术同期假体植入乳房重建术护理的重要性,做好术前准备和术后病情观察护理,保证负压引流通畅,及时做好伤口皮瓣及保留乳头、乳晕血运观察和假体植入后护理,保证重建乳房的良好塑型,指导患者有计划进行患肢功能锻炼,加强出院指导,促进患者康复。

参考文献

- [1] 陈育红,强万敏.延期腹直肌皮瓣乳房再造术的护理[J].天津护理,2011,19(5):273-274
- [2] 范林军,姜军.全腔镜乳腺癌皮下腺体切除一期疾病腔镜假体植入乳房重建[J].中国微创外科杂志,2008,8(6):484-487

(2011-08-31 收稿,2011-03-06 修回)

靶向药物吉非替尼治疗晚期非小细胞肺癌的护理

范慧竹

(天津医科大学总医院,天津 300052)

关键词 非小细胞肺癌;吉非替尼;护理

中国分类号 R473.73

文献标志码 B

文章编号 1006-9143(2012)04-0210-02

2010年8月至2011年8月,我院应用吉非替尼治疗非小细胞肺癌患者18例,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者18例其中男10例,女8例,年龄43~83岁。腺癌10例,鳞癌8例。按国际肺癌TNM分期标准,18例均为无手术指征的ⅢB、Ⅳ期晚期患者,其心、肝、肾、骨髓等功能均正常,近1个月未接受过化疗或放疗。

1.2 治疗结果 服药后所达到的治疗疾病控制率为72%(13/18)。全组18例病例中,14例(77.8%)1~2周出现I~II级皮疹,多分布于颜面和躯干部,不需要特殊处理。6例(33.3%)在服药后7天左右发生腹泻,为I~II级,经思密达对症处理后好转。另有3例患者出现恶心、食欲下降,全组18例未见明显的骨髓抑制、皮肤干燥、口腔溃疡、间质性肺炎的病例,亦未见严重心、肝、肾功能等毒副作用。

2 护理体会

2.1 心理护理 护士在整个护理过程中始终与患者保持良好的沟通和交流,建立良好的护患关系,有针对性地进行心理疏导,鼓励

患者家属、朋友积极参与治疗过程。征得患者及家属同意,告知患者出现如皮疹、腹泻、恶心、呕吐等不良反应发生率和大多数不良反应的可逆性及相应的处理措施。

2.2 用药指导 每日空腹口服吉非替尼10 mg,10~15 min后服用吉非替尼1片(250 mg),每日1次,并服温开水100 mL,服药前后1 h不再服用其他药,不要进食,以促进药物的充分吸收。在治疗过程中不使用胃酸抑制药物,以免影响药物的正常吸收。如果患者吞咽困难,可将片剂置于半杯饮用水中,无需压碎,搅拌至完全溶解(约需10 min),即刻饮下药液,再以半杯水冲洗杯子后将水饮下,也可将溶解后的药液通过鼻-胃管注入。如出现漏服现象,漏服后的第2天不可补服。服药时间3~12个月,中位7个月。所有患者均定期随访观察,并接受护理指导。

2.3 不良反应护理

2.3.1 皮疹 应用吉非替尼靶向治疗皮疹发生率较高,约60%~80%^[2]。本组皮疹发生率77.8%,表现为痤疮样皮疹、脓疱性皮炎等,多在服药第1周出现,最早在第4天,最迟在第26天出现,有的为普通皮疹,有的为痤疮样囊泡型皮疹。主要分布在面部、颈部及躯干,其中3例患者伴有皮肤干燥和瘙痒。文献报道皮疹的发生及其严重程度与靶向治疗最后疗效有关,皮疹较重者治疗有效的可能

性更大。嘱患者衣着宽松柔软,避免抓挠皮肤,勿用碱性肥皂和刺激性洗涤剂及粗糙毛巾擦洗,保持皮肤清洁,外出时避免强烈日光照射,皮肤干燥可涂用润肤剂。对出现皮疹的患者做好心理护理,使其更好地配合治疗。本组 14 例 I-II 级皮疹经上述日常护理措施并经应用润肤剂、氢化可的松软膏后好转,继续完成了治疗,1 例重度皮疹患者出现局部感染,嘱患者注意保持皮肤清洁,避免应用酒精等刺激性消毒剂,局部应用百多邦软膏,暂停口服吉非替尼,并口服罗红霉素 1 周后症状缓解,并继续完成了治疗。

2.3.2 腹泻 本组腹泻发生率达 40%,多发生在服药的 4~10 天。表现为大便次数增多,不成形,也有出现严重腹泻者。观察并记录腹泻的次数、性状、颜色和量,并报告医生,轻者予思密达 1 g 冲服,每天 3 次,至腹泻停止;重者先口服易蒙停 2 片,以后每 2 h 口服 1 片,至腹泻停止 12 h 后停药。对腹泻严重者监测水电解质情况,适当补充水电解质,维持水电平衡。鼓励患者多休息,进清淡易消化食物,避免辛辣、刺激的食物,少吃产气、粗纤维、豆类、牛奶等食物。便后注意清洗肛周并涂擦鞣酸软膏。本组 5 例病人出现腹泻,4 例较轻,经应用思密达后缓解,仅有 1 例出现较重腹泻,每日腹泻 7~8 次,嘱患者控制油腻刺激性食物,适当补充果

汁等富含维生素电解质饮料,同时应用易蒙停后缓解,后继续应用吉非替尼未再出现腹泻。

2.3.3 毒副作用的护理 吉非替尼的毒副作用除皮疹腹泻外还有恶心呕吐、肝功异常、黏膜炎、间质性肺炎等。本组患者中有 3 例出现恶心、食欲下降,我们及时告知患者这是一种常见的不良反应,消除患者的顾虑,嘱患者服药前进食少量,易消化、易吸收的饮食,避免空腹。因空腹会出现恶心、呕吐胃区不适,但也不能过量。按医嘱给予吗叮啉等对症处理后好转;1 例患者出现轻微肝功异常,经注意劳逸结合,适当加强营养并加用保肝药物后好转。本组病例中虽没有出现间质性肺纤维化,但因后果严重,临床上需注意观察患者有无胸闷、气促的症状、体征,以免出现严重肺纤维化,危及患者生命。

参考文献

- [1] 程翠英,刘彦玲,王俊先,等.恶性肿瘤患者心理特点及护理[J].中华现代临床护理学杂志,2006,1(11):62-63
- [2] 李燕,厄洛替尼治疗晚期非小细胞肺癌并发皮肤不良反应的护理对策[J].天津护理,2010,18(2):66-68

(2011-11-29 收稿,2012-03-28 修回)

脱钙人牙基质在儿童骨埋伏多生牙拔除术中的应用及护理

韩荣红

(南开大学附属口腔医院,天津市 300041)

摘要:应用脱钙人牙基质(DTM)对 53 例埋伏多生牙患儿拔牙术后骨缺损进行修复治疗,通过术前准确定位及有效的围手术期护理,术后无 1 例感染发生,无任何不良反应及排异反应,创口均 I 期愈合,创口骨缺损处可见大量新骨形成,局部骨质再生良好。

关键词 脱钙人牙基质;骨缺损;儿童骨埋伏多生牙;护理

中国分类号 R473.72 **文献标志码** B **文章编号** 1006-9143(2012)04-0211-02

儿童埋伏多生牙拔除术临床较为常见,发生率 1%~3%^[1],临床多见于上颌前牙区。因手术取出埋伏牙后常见恒牙邻牙牙根暴露,手术区拔牙窝较大,位于牙窝上的恒牙由于根尖部无组织、空虚,在咬合压力下易产生松动。我科自 2010 年 4 月至 2011 年 4 月采用脱钙人牙基质(Decalcification Tooth Matrices,DTM)材料填充拔牙创后的骨缺损,均达到预期效果,现将其临床治疗及护理要点总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组儿童骨埋伏多生牙患儿 53 例,男 43 例,女 10 例,年龄 8~14 岁,均为上颌前牙区埋伏多生牙,其中多生牙 2 枚者 6 例,冠倒置、横位 47 例。骨缺损范围 0.4 cm×0.4 cm 至 0.8 cm×1.2 cm 之间。

通过术前临床检查及常规对上切牙根尖、上咬合龄,曲面断层、头颅侧位 X 光检查或三维 CT 检查,利用各种投照角度进行术前准确定位,分析埋伏牙相对于恒牙的具体位置及其冠根形态,与邻切牙的关系,与邻牙根接触是否紧密或重叠,以确定埋伏牙偏向邻牙根的唇侧或腭侧,确定唇、腭侧手术进路。

1.2 手术和 DTM 的植入 局部麻醉或静脉浅麻醉^[2]。行颌骨内埋伏多生牙拔除加 DTM 填充术。拔牙术毕用生理盐水冲洗创腔,彻底止血,根据拔牙创口骨缺损大小,将已灭菌好的 DTM 2~4 g 适量植入骨缺损处,在其表面覆盖医用胶原蛋白海绵,严密缝合关闭创口。术后定期复诊、拍片,观察患儿体温、局部反应、骨质愈合情况。

1.3 结果 术后 1 个月时植骨区 DTM 颗粒大部吸收,并有大量新骨形成,骨密度与正常骨密度基本接近;3 个月内植骨区可见骨小梁与周围骨组织无明显区别。本组患儿术后无 1 例感染,无任何不良反应及排异反应,局部骨质再生良好,创口均 I 期愈合。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 术前向患儿家属详细讲解埋伏多生牙拔除手术及 DTM 的相关知识,拔牙术后骨缺损处植入适量 DTM,可促进局部骨质形成,加快骨质愈合过程,较早消除骨创腔,对稳固邻近恒牙提供了牢固的骨支持,可尽早接受正畸治疗。使其对埋伏多生牙的治疗及预后有了全面了解,消除患儿家属的顾虑及紧张情绪。对依从性差、惧怕疼痛的患儿耐心细致讲解,告知患儿手术时间相对较短,术中基本无痛,鼓励安慰患儿,取得患儿信任,使其积极配合治疗。

2.1.2 完善术前检查 检查患儿口腔情况,全面评估患儿身体状况,协助医师做好各项检查,了解患儿上颌前牙区牙列及唇腭侧软组织情况,是否有龋齿、牙龈炎、松动乳牙等症状,并做好记录;术前积极治疗消除口腔病灶,术前 3 天用漱液漱口清洁口腔,预防术后创口感染。术前常规行 X 光检查,仔细分析辨别埋伏多生牙与未萌出牙的关系及牙形态的差异,是否造成上颌切牙间隙增宽、恒牙异位萌出、扭转或萌出受阻,准确定位并协助医师进行标记。询问家属有关患儿用药史、药物过敏史及术前进食等情况,排除手术禁忌证,建立医学档案并归档保存。

2.1.3 植骨材料及手术器械、物品的准备 按无菌要求开启装有 DTM 的小瓶,待白色基质颗粒沉于瓶底,去除瓶内液体,用生理盐水反复清洗 3 遍,每次 1 min,以备。

备高速涡轮钻(45°)、口腔专用吸唾器、唇颊拉钩、牙挺(4#、6#)、儿童专用根钳、牙龈分离器、刀柄、针持、止血钳、灭菌手套、缝合针、线、安尔碘、生理盐水、医用胶原蛋白海绵。另备好静脉穿刺物品、氧气、监护仪、各种急救器械、物品及药品。

2.2 术中配合 根据唇、腭侧手术进路及医师要求,调整好椅位,使其感觉舒适,并安慰鼓励患儿,做好椅旁护理。术前协助医师在患儿口腔内填置纱布,使患儿口与咽喉隔离,以防止术中取出或意外脱落的多生牙误入食管、气管内。术中动作轻柔,避免使用骨