

# 恶性肿瘤肩关节离断术的手术护理

欧春红, 蒙少凤, 骆如香, 潘艳芳

作者单位: 530021 南宁, 广西医科大学第一附属医院手术室

作者简介: 欧春红(1974-), 女, 大学本科, 医学学士, 主管护师, 研究方向: 手术室护理。E-mail: OCH123@126.com

**[摘要]** **目的** 探讨对肢体恶性肿瘤肩关节离断术的护理和配合要点。**方法** 对6例恶性肿瘤肩关节离断术的术前、术中护理与术后回访进行总结。**结果** 6例患者中, 5例肩关节离断端愈合良好, 1例术后第2天发现离断端有大量血凝块积聚, 经清创+扩创术后延迟愈合。**结论** 肩关节离断术是一种高位截肢手术, 术前必须严格执行手术同意书审批手续, 并认真做好术前的各项准备工作; 术中严密观察患者的生命体征, 熟练配合手术操作, 严格执行无菌技术操作是护理层面上保证手术成功的关键。

**[关键词]** 恶性肿瘤; 肩关节离断术; 护理

**[中图分类号]** R 472.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)06-0554-02

**doi:**10.3969/j.issn.1674-3806.2012.06.29

肩关节离断术是一种较为严重的高位截肢手术, 常用于肢体的原发性恶性肿瘤或因肢体严重感染坏死而其他治疗方法无法控制的情况<sup>[1]</sup>。我科在2009-01~2011-06行恶性肿瘤肩关节离断术6例, 手术过程顺利, 疗效较满意。现将手术护理方法及体会介绍如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组患者6例, 均为男性, 年龄38~64岁, 病因为恶性肿瘤局部手术切除治疗后反复发作, 病程1~5年, 临床表现为患侧肩部及上肢肿胀、肩部皮肤溃烂、肿瘤呈菜花样、有恶臭等。其中左肩关节2例, 右肩关节4例。

**1.2 手术方法** 手术切口取前方入路, 切口上部起自胸锁乳突肌外缘, 沿锁骨前侧面向外延伸, 经锁骨关节上方到达肩胛冈, 经肩胛体到达肩胛角。下部起自锁骨中1/3处, 沿三角肌、胸大肌、肌间沟向下延伸, 经过腋部与肩胛角和上部皮肤切口相连。游离锁骨从中点锯断, 游离并结扎切断腋动脉、静脉和锁骨下动脉、静脉以及神经。缝合胸大肌、斜方肌及其它残留肌肉, 覆盖外侧胸壁形成一个软组织衬垫, 对合皮肤边缘, 放置16#硅胶多孔引流管, 缝合皮肤。

## 2 结果

6例患者中, 5例肩关节离断端愈合良好, 于术后7~10d转科化疗。1例右侧肩关节离断端术后第2天有大量血凝块积聚, 进行二次清创, 给予清除

血凝块和明确坏死组织后, 用弹性绷带加压包扎, 加强换药后愈合, 于术后14d转科化疗。手术出血量平均1000~1500ml, 术中平均输红细胞10~20U, 血浆800~1000ml。

## 3 护理

### 3.1 术前护理

**3.1.1 做好心理护理。**高位截肢会给患者带来严重的精神和肉体上的创伤, 因此, 术前应常规进行访视, 详细地向患者及家属解释截肢必要性, 并做好思想工作。采用通俗易懂的语言讲解与截肢手术有关的知识, 耐心细致地做好心理疏导, 减少其恐惧感, 使其积极配合手术治疗。

**3.1.2 严格执行查对制度。**接患者进入手术室时, 除了对患者的身份、病历、手术通知单、手术同意书等内容常规查对外, 更要查对手术计划书(手术计划书必须有科室主任和医务部的审批签字)。注意检查配血和手术备血情况, 以确保手术的安全进行<sup>[2]</sup>。

**3.1.3 建立静脉通道。**选择下肢大隐静脉, 用16#套管针建立1条静脉通道; 麻醉成功后, 麻醉师再进行股静脉穿刺置管建立第2条通道, 以保证输液、输血的通畅; 在健侧桡动脉或足背动脉穿刺置管用于术中做血气分析。术前30min输注抗生素, 以保持术中有效的血药浓度。

**3.1.4 留置导尿管。**待患者麻醉后留置导尿管, 一方面可以避免手术过程中膀胱过度膨胀, 另一方面

可以观察尿量,了解患者的病情变化,为指导输液、输血提供参考指标。

### 3.2 术中护理

3.2.1 由于手术的路径较长,术野的范围较广,手术中出血、渗血较多,护士应密切观察患者的生命体征变化,根据对手术计划的评估情况,准备好红细胞 10 U,血浆 1 000 ml 及必要的全血,随时做好输血、输液的准备。术前备好适合的盛装离断肢体的容器,并在容器外附上患者的科别、床号、姓名等。

3.2.2 为了减少术中出血量和提高手术效率,护士应提前准确地备好手术所需的器械、缝针、缝线等。尤其是当手术开始游离锁骨时,要及时备好线锯、线锯柄;当锁骨中点锯断时,要及时在挫平处涂抹骨蜡;当游离到腋动脉和静脉及锁骨下动脉和静脉时,

给予4#线结扎及1#线缝扎。切口缝合前给予43℃的无菌蒸馏水冲洗、浸泡创面3 min,以避免肿瘤细胞种植和播散<sup>[2]</sup>,放置引流管。

3.3 术后护理 缝合伤口后,给予烧伤纱布加压包扎<sup>[3]</sup>;手术结束后护送患者到麻醉恢复室,做好床边交班工作。

### 参考文献

- 1 王淑华. 截肢术的围手术期临床护理体会[J]. 医学信息, 2011, 24(8): 5583.
  - 2 李海燕. 手术室护士无瘤操作技术体会[J]. 中国医学杂志, 2008, 6(8): 12-13.
  - 3 汤银惠, 汤秀芸, 汤妙瑜, 等. 深Ⅱ度以上烧伤合并肩关节离断手术的护理配合[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(14): 122-123.
- [收稿日期 2012-03-01][本文编辑 杨光和 蓝斯琪]

## 护理研讨

# 院内获得性肺炎原因分析及护理对策

黄燕玲

作者单位: 535000 广西, 钦州市第一人民医院呼吸二区

作者简介: 黄燕玲(1976-), 女, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 院内获得性肺炎的护理。E-mail: huangyanling1979@163.com

**[摘要]** 目的 分析院内获得性肺炎(HAP)的原因并探讨其护理对策。方法 对2009-07~2011-07住院的58例HAP的发生特点、原因及危险因素进行回顾性分析,并采取相应的护理对策。结果 HAP的发生以重症病人多见,与高龄、基础疾病多、菌群失调、侵入性操作、手和空气的污染等有关。结论 对HAP危险因素应予以重点关注,并针对原因采取相应的护理对策。

**[关键词]** 院内获得性肺炎; 原因分析; 护理

**[中图分类号]** R 473.56 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)06-0555-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.06.30

院内获得性肺炎(HAP)是指患者在医院内获得的肺炎,包括在住院期间发生的感染和在医院内获得感染而在出院后出现临床表现的肺炎。HAP在院内感染中患病率为10%~20%,病死率居所有医院获得性感染之首<sup>[1]</sup>。HAP的出现不仅影响患者的预后,加重患者的经济负担,甚至严重威胁患者的生命安全。因此,认识HAP的发生特点、原因及危险因素,对有效预防HAP的发生有着重要意义。现对2009-07~2011-07在我科住院的58例HAP患者进行总结和分析,报告如下。

## 1 临床资料

58例患者中,男38例,女20例,年龄35~98岁,平均66.2岁;住院时间为10~112 d,死亡2例,3例因经济问题自动出院。慢性阻塞性肺疾病(COPD)31例,脑血管意外后遗症8例,恶性肿瘤6例,糖尿病5例,同时有2种以上疾病的34例。昏迷者8例,气管切开4例,气管插管者15例,需行呼吸机治疗13例。所有患者均使用2种或2种以上的抗生素,留置尿管35例,胃管25例。临床表现:47例有不同程度发热(体温 $\geq 38^\circ\text{C}$ ),52例发现痰