

骨盆肿瘤患者的个案护理体会

张 静 曹培春

北京大学人民医院, 北京 100033

【摘要】骨盆是人体重要的组成部分,解剖结构复杂,是骨与软组织肿瘤的好发部位之一。肿瘤的切除,尤其累及髓臼周围的骨盆肿瘤,因其功能重建的复杂性而显得尤为困难,肿瘤体积大、侵及范围广,因此手术技术难度大、术后合并症多,易发生切口感染或不愈合,给治疗和护理带来许多困难。2017年1月-12月,我科对1例接受根治切除手术的巨大骨盆肿瘤患者实施围手术期的整体护理,效果满意,报告如下。

【关键词】骨盆肿瘤;护理;配合

1 病例介绍

患者,女,32岁,2016年9月顺产后出现大小便困难,伴坠胀感,当地医院诊断为盆底肌功能恢复不良,经功能锻炼后好转。近半年自觉大小便费力再次出现。否认过敏史。患者2月前无明显诱因出现左髋、左大腿及小腿后侧酸痛,伴走路轻微跛行,左腿后伸困难。于当地医院就诊,查MRI提示:骨盆闭孔区肿瘤。于2019-1-17行穿刺活检:间叶组织来源肿瘤。现为进一步治疗,收入我科。主诉:左下肢疼痛伴跛行2月。入院时间2019年2月19日。于2019年3月5日全麻下行“左骨盆II、III区肿瘤切除人工半骨盆假体置换术”。

2 护理措施

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理

因手术是外科治疗疾病的手段,同时也是创伤过程。对于患者来说手术风险高、手术费用高、专业知识匮乏等均可加重患者的心理负担。因此术前巡回护士在进行术前访视时,对患者要亲切耐心地讲解手术前配合对手术的重要性。患者是一位教师,理解能力比较强,能够正确面对疾病,性格也比较开朗,乐观,多和患者交流,多倾听患者的主诉,遇到问题耐心为患者解答。患者比较担心术后恢复情况以及以后工作是否受影响,正确指导患者术后的功能锻炼以及术后生活的注意事项,也请主管医生为患者解答了以后在工作中的相关事宜[1]。

2.1.2 术前准备

因患者5年前曾行骨盆肿瘤切除术,且行局部放疗,现肿瘤复发且肿块巨大,手术风险大,为确保手术安全进行,我们医疗组请妇科、放疗科、麻醉科、输血科、普外科、泌尿科等6个学科的专家组进行术前会诊。(2)练习床上大小便。(3)骨盆肿瘤位于盆腔,与直肠相邻,且手术前路从腹膜外阻断血管,后路从骶尾部入路均有可能造成肠壁损伤,故术前应彻底清洁肠道,术前3d给予流质饮食,术前晚间常规禁食并行生理盐水加开塞露清洁灌肠[2]。(4)因手术创伤大,出血量多,术前1d按医嘱抽血样并送往血库备血。(5)骨盆及骶骨肿瘤部位复杂,切口距离肛门、会阴较近,术晨手术区备皮,并观察有无泌尿系感染及肛门疾患。

2.2 术中护理

2.2.1 手术配合

此类手术复杂,手术级别高,可安排资历深、经验丰富的护理团队。特别是器械护士应熟练掌握手术操作流程,无菌操作意识强,可缩短手术时间、防止术后并发症的发生[3]。

2.2.2 保暖

由于手术特点手术中预防术中低体温对于预防伤口感染、避免麻醉苏醒延迟等方面至关重要。常采用主动保暖措施。首先维持室温在22-24℃之间[4]。对手术床的加温目前压力气体加温盖是较新的一种方法,在不影响手术的前提下盖被覆盖、对手术床加温都可以。术中进行体腔冲洗时,应注意冲洗液加温至37℃左右。输入血液和液体时加温至36-37℃,均可预防术中低体温的发生。

2.3 术后护理

2.3.1 体位护理

术后患者去枕平卧。骨盆及骶骨肿瘤患者出血量多,根据医嘱,术后当日减少翻身次数,以免切口出血。如若改变体位,须向主管医生请示。骶尾部软组织少,切口愈合缓慢,故术后患者可取右侧卧位平卧位,少用左侧卧位(该患者切口位置偏左侧),以免影响切口血液供应或造成脂肪液化而影响其愈合。

2.3.2 生命体征的观察

因手术时间长(12h),切除范围大,故术后观察生命体征尤其重要。患者返回病区后,取仰卧位,去枕、头偏向一侧防误吸,保证呼吸道通畅。持续低流量吸氧。测量体温、血压、脉搏、呼吸,1次/15min,平稳后改为1次/h。

2.3.3 皮肤护理

由于切口大,覆盖敷料厚,应严密观察有无皮肤坏死。做好床头交接班,每隔按摩受压部位皮肤,1次/1-2h。床单位被血迹等污染时及时更换。红光治疗仪照射切口,2次/d,15-20min/次。如发现皮肤颜色发黑、破溃、血运循环差等征象,及时报告医生,给予相应处理。

2.2.4 饮食护理

术后为预防大便污染切口,故禁食1周。骨盆手术对患者肠道刺激大,加之麻醉的影响,术后易出现腹胀、便秘等症状。患者第8天首次饮食,从流食开始,患者进食后第2天出现腹泻,经饮食调理后1天,腹泻停止。以后过渡至高热量、高蛋白质饮食。应注意少量多餐,逐渐增加食量,并注意补充纤维素以利排便[5]。

2.3.5 术后并发症的预防

(1)坠积性肺炎:鼓励病人咳嗽、排痰。注意保护刀口,咳嗽时,可适当按压刀口,有利于减轻疼痛。必要时,应用止痛剂,雾化吸入。并适量多次饮水,湿化痰液,易于咳出。

(2)褥疮:定时按摩受压皮肤,协助病人在耐受的情况下,活动翻身。

3 结果

术后患者切口愈合良好, 下肢运动、感觉正常, 住院 36 d, 无并发症发生。出院后患者继续进行功能锻炼。患者经术后 1 个月、3 个月、5 个月随访疗效满意, 原术前局部疼痛及神经症状缓解, 未发生局部皮肤坏死。

4 结论

骨盆手术的复杂性决定了围手术期护理的重要性。护理人员掌握有关护理知识和熟悉其对患者身体和情绪的影响, 充分发挥和运用一切可以运用的力量, 使护理工作顺利进行。因此围手术期积极实施整体护理计划重点是机体功能的重建护理, 达到提高疗效的目的。

参考文献

- [1]赵海燕, 傅利勤, 吴红, 漆燕芬, 朱小霞, 焦闪云. 64 例半骨盆置换术患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2011(06):89.
- [2]李晓红. 康复训练程序在人工髋关节置换术患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2011(04):99.
- [3]郭卫, 徐万鹏, 李南, 唐顺, 李大森, 曲华毅, 杨毅. 骨盆原发恶性肿瘤的手术治疗[J]. 中华骨科杂志, 2005(05):25-26.
- [4]王晶莹, 解哲, 武建忠. 骨盆肿瘤切除人工半骨盆置换术围手术期护理[J]. 河北医药, 2012(12):33-34.
- [5]阮小燕. 骨盆肿瘤患者半骨盆置换术的围术期护理[J]. 实用临床医药杂志, 2014(06):55.