

或打喷嚏先兆时,嘱其张口呼吸或用舌尖顶住上腭,避免鼻腔活动性出血。(2)鼻部冷敷:起到收缩血管、减轻鼻部水肿、降低神经末梢敏感性、减轻疼痛的作用。(3)及时给地塞米松:按医嘱给予地塞米松 10 mg+5%葡萄糖 250 mL 静脉滴注,1 次/天,连续 3 d,起到抑制炎症反应、减轻局部水肿与疼痛的作用。(4)必要时可遵医嘱使用止痛剂和镇静剂^[5]。

2.2.4 术后心理护理 由于视觉障碍,多数患者术后会产生依赖心理,术后疼痛不适,生活自理不便,护士更应在情感上给予患者关怀和支持,同时加强常规护理,清楚病房中的障碍物^[10]。

2.2.5 饮食指导 饮食宜清淡,多食蔬菜、水果及粗纤维食物,多饮水,忌吃辛辣、刺激性食物,保持大便通畅;如有便秘及时处理^[6,10]。

3 出院指导

3.1 心理指导 鼓励患者保持乐观向上的稳定情绪,嘱其家属多从生活上体贴照顾患者,树立起战胜疾病的信心和决心。

3.2 营养指导 坚持饮食清淡和富有营养的原则;多食蔬菜、水果及富含纤维素的食物,多摄入蛋白质、维生素,以促进伤口愈合,忌吃辛辣、刺激性食物,少吃油腻食物,防止大便干结。

3.3 运动与休息 在保证安全的情况下适量活动,避免碰撞和剧烈运动,睡眠要充足,特别要防止感冒。

3.4 药物指导 交代正确的服药时间和方法;坚持遵医嘱用药,尤其是口服泼尼松,宜饭后服,切不可自行停药;教给患者和家属正确的使用眼药的方法。

3.5 专科指导 嘱患者出院 1 周后来门诊复查,但如出现眼胀、眼痛、发痒等症状或伴头痛时,需及时就诊,并将我科咨询电话号码告诉患者及家属,以便保持联系^[6,11-12]。

4 小结

眼外伤是眼科一种复杂眼病,要经过多次手术及治疗,而且患者视力预后不好,因此对于对此类患者术前充分评估,做好常规护理,加强心理护理,预防意外伤害;术后预防出血、加强疼痛护理;出院指导注重用药指导及不良反应监测。特别重视将心理护理贯穿于治疗及复查的全过程。术后 1 个月随访,患者愈后良好,对护理工作非常满意。

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.03.052

81 例腮腺恶性肿瘤患者术后并发症护理体会

解冬梅,曾婉婷[△],刘蓉蓉,关力谦,张 氏,雷 英,姬长友

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所耳鼻咽喉头颈外科,重庆 400042)

[中图分类号] R739.87

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)03-0428-03

涎腺又称唾液腺,由腮腺、颌下腺、舌下腺三大对涎腺,以及位于口咽部鼻腔和上颌窦黏膜下层的小涎腺组成^[1]。涎腺肿瘤是涎腺组织的多发病,绝大多数发生在腮腺,约占 80%,腮腺肿瘤中良性肿瘤占大多数,约占 80%,而恶性肿瘤占少数^[2]。腮腺恶性肿瘤的治疗以手术为主,术后放疗相结合的方式。本文依据 81 例腮腺恶性肿瘤的手术期护理情况进行探讨,研究其并发症发生原因及护理防治方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾分析 2005 年 2 月至 2012 年 2 月在本院

参考文献

- [1] 马志中. 我国眼外伤预防的现状和未来[J]. 继续医学教育,2006,20(21):63-65.
- [2] 胡建道,廖建春,金国荣,等. 鼻内镜下筛蝶窦入路视神经管减压术[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,20(2):85-86.
- [3] 张瑞勇,高慧丽,林红娟. 功能性鼻内窥镜手术 623 例疗效分析[J]. 医学美学美容(中旬刊),2015,24(6):957-957.
- [4] 张洪涛,候伟坚,曾宪平,等. 经鼻内镜视神经管减压术治疗外伤性视神经病疗效分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2015,21(2):128-131.
- [5] 姚春苗. 鼻内窥镜手术的护理[J]. 药物与人,2014,27(10):252.
- [6] 李桂珠,郭全荣. 优质护理服务在眼外伤患者中的应用[J]. 科技风,2014,27(18):175.
- [7] 韦燕飞,黄美江. 鼻内窥镜鼻窦手术围手术期护理[J]. 右江民族医学院学报,2006,28(5):907-908.
- [8] 郭全荣,左一红,郭全伟,等. 心理支持联合放松训练对眼外伤病人焦虑情绪的影响[J]. 护理研究,2014,7(20):2496-2497.
- [9] 王香,周轸伦. 眼外伤病人的心理问题及护理对策[J]. 中原医刊,2005,32(4):63.
- [10] 吴秀萍,陈蒙,陈姬弋,等. 整体护理在眼外伤病人中的应用[J]. 全科护理,2010,20(8):686-687.
- [11] 李荣芳. 出院患者满意度调查对科室工作质量的影响[J]. 当代医学,2015,21(25):12-13.
- [12] 丁小容,杜艳丽,邓小梅,等. 电话回访出院患者护理满意度的调查分析[J]. 中国实用护理杂志,2005,28(30):76-77.

(收稿日期:2016-07-10 修回日期:2016-10-06)

进行手术切除的 81 例腮腺恶性肿瘤。纳入标准:(1)有完整的临床护理资料;(2)经病理诊断为腮腺恶性肿瘤;(3)均进行手术治疗。81 例患者中男 34 例,女 47 例;最小年龄 12 岁,最大年龄 74 岁,以 30~50 岁年龄组最多见;病史最短 1 个月,最长为 7 年。

1.2 方法 所有患者均进行外科手术切除,有腮腺区域性切除术 22 例,腮腺浅叶切除术 17 例,腮腺全叶切除术 35 例,腮腺全叶切除加颈淋巴结清扫术 7 例。其中 5 例患者于外院行第 1 次手术,术后未予任何辅助治疗,因复发入本院行再次手术。

表 1 术后住院期间不同手术方式并发症发病率(%)

手术方法	时间	n	面神经障碍	涎瘘	味觉出汗综合征	皮瓣坏死	切口感染
腮腺区域性切除术	术后住院期间	22	4.55	31.82	13.64	0	0
	2 年随访	18	5.56	5.56 ^a	11.11	0	0
腮腺浅叶切除术	术后住院期间	17	17.65	35.29	23.53	0	0
	2 年随访	15	6.67	6.67	13.33	0	0
腮腺全叶切除术	术后住院期间	35	22.86	0	17.14	0	0
	2 年随访	27	3.70 ^a	0	3.70	0	0
腮腺全叶切除加颈淋巴清扫术	术后住院期间	7	57.14	0	42.86	14.29	14.29
	2 年随访	5	20.00	0	20.00	0	0
合计	术后住院期间	81	19.75	18.52	19.75	1.23	1.23
	2 年随访	65	4.93 ^a	6.17 ^a	7.40 ^a	0	0

^a: $P < 0.05$, 与术后住院期间比较。

68 例患者术后行放射治疗。观察每个术式术后住院期间及 2 年随访时出现的术后并发症发病率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 进行分析, 计数资料用率表示, 组间采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组 81 例患者随访 65 例, 随访时间为 6 个月至 6 年, 余 16 例失访, 存活时间超过 3 年 60 例, 超过 5 年 55 例, 3 年生存率为 92.3%(60/65), 5 年生存率为 84.6%(55/65)。

腮腺恶性肿瘤术后并发症主要有面神经障碍、涎瘘、味觉出汗综合征、皮瓣坏死、切口感染等。本次回顾分析住院期间术后并发症发病率与 2 年随访并发症发病率发现, 2 年后并发症发病率显著低于住院期间的发病率 ($P < 0.05$)。术后住院面神经障碍发病率中, 腮腺区域性切除术最低 (4.55%), 腮腺全叶切除加颈淋巴清扫术最高 (57.14%); 涎瘘 4 组相比差异有统计学意义, 腮腺区域性切除术 (31.82%) 与腮腺浅叶切除术 (35.29%) 发病率显著高于其他两种 (发病率均为 0%), 见表 1。

3 讨论

腮腺肿瘤的组织学分类达 30 多种^[3]。随着外科手术的发展, 腮腺肿瘤的预后已经取得了较为理想的效果, 特别是良性腮腺肿瘤。但是, 恶性腮腺肿瘤的手术难度与术后并发症依然成为医学界的难点之一, 特别是恶性腮腺肿瘤面神经损伤^[4]。肿瘤的恶性程度与手术方式有密切关系^[5], 也与术后并发症有显著相关性。

3.1 面神经障碍 由于腮腺所处的位置比较特殊, 神经和血管丰富且分布复杂, 因此手术时最大的难点就是尽可能地避开神经, 特别是面神经^[6]。然而, 腮腺恶性肿瘤手术治疗时常常需要全切术, 穿插在腮腺的神经也成了必须切除的部分^[3]。而神经的损伤或切除, 导致术后面神经障碍, 影响患者的生活质量。在手术结束后, 如何预防或早日发现并处理术后并发症是腮腺恶性肿瘤术, 特别是腮腺根治术与淋巴清扫术后护理的重点, 具体措施如下。(1)减轻头面部水肿。术后遵医嘱给予激素、抗生素等治疗, 叮嘱患者适当多摄入富含 B 族维生素的食物。同时, 良好的体位也可以减轻头面部水肿。在患者麻醉清醒后, 患者可以采取半卧位的体位, 让头面部“立”起来。(2)面神经障碍的早发现。在术后每日定期询问患者面部的感觉, 有

无麻木、放射性疼痛等, 并仔细观察鼻唇沟、眼睛闭合和额纹等是否有异常^[7], 在患者能忍受的前提下让患者鼓腮和吹口哨, 观察是否有困难。每一次询问与观察都进行记录, 并交予或亲自与医生沟通。(3)面神经障碍的护理。对于有异常者, 要判断是否为暂时性或永久性的面神经障碍, 同时给予营养神经的药物。护理人员对于出现面神经障碍者, 可帮助进行表情肌功能训练, 以提高面神经障碍患者的痊愈率^[8]。

3.2 涎瘘 由于创伤或外科手术损伤涎腺或涎腺导管造成涎液外流者, 称为涎瘘。涎瘘产生的原因有: (1)手术中残留腺泡结扎不彻底; (2)术后加压不当; (3)术后引流不畅。因此, 要预防涎瘘, 术后护理中应注意对手术伤口的加压和术后引流畅通。(1)加压包扎: 采用弹性绷带包扎伤口, 加压的强度以患者开口说话一横指为宜。不能过松也不能过紧, 过松则导致绷带滑脱, 特别是患者头部在睡眠等情况下受到摩擦, 在开口说话和进食的情况下, 很容易出现涎瘘。而过紧则会影响患者的舒适度, 导致呼吸不适, 且会影响包扎的局部血液循环的畅通, 有报道因弹力绷带过度加压导致耳垂坏死, 造成部分耳垂切除^[9]。对于伤口的加压和包扎情况要定时巡查, 特别是交接班的时候要成为重要内容。

3.3 味觉出汗综合征 此种并发症的原因是被切断的耳颞神经和原支配腮腺分泌功能的副交感神经纤维再生时, 与被切断的原支配汗腺和皮下血管的交感神经末梢发生错位连接愈合, 故而当咀嚼和味觉刺激时引起副交感神经兴奋, 同时引起面部潮红和出汗。该并发症虽然没有给患者带来严重的后果, 但是影响了患者正常的生活^[10]。该并发症的护理主要是正确指导患者饮食, 减少刺激性食物对患者的刺激。

3.4 皮瓣坏死 皮瓣坏死的原因: (1)手术中血管的损伤; (2)术后感染、包扎过紧等情况。因此, 术后要严密观察皮瓣的情况, 包括皮瓣表面温度和皮瓣颜色^[11]。一般术后 12 h 皮瓣温度略低, 但在 12 h 后皮瓣温度会有所回升。若在术后几天内, 皮瓣温度较高, 很可能是已经感染, 也需要积极处理。皮瓣颜色的观察, 若按压局部皮肤略显苍白, 稍后可以恢复, 皮瓣处于正常情况下, 若皮瓣出现紫色、绛紫色, 甚至紫黑色, 则是皮瓣出现异常, 需要尽快排除原因, 积极治疗。

3.5 切口感染 切口感染是随着无菌管理制度的完善, 以及术后抗生素的应用, 目前切口感染的发病率逐年降低。防治切口感染的护理, 密切观察切口皮肤周围的情况, 是否有红肿热

痛,切口处引流管的通常,换药时严格遵循无菌操作,遵医嘱使用抗生素。本次回顾分析发现,只有 1 例发生切口感染,其主要原因是该患者合并糖尿病,由于糖尿病是消化性疾病,常引起血浆蛋白下降、血细胞吞噬功能减退及机体免疫力下降,从而易伴发严重感染,加重病情^[12]。因此,对于术后有合并疾病的患者应高度重视感染情况的发生。

从本文的研究结果来看,腮腺全叶切除加颈淋巴清扫术的面神经障碍的发病率最高,而涎痿最低为 0。腮腺恶性肿瘤患者的并发症发生率较高,但在护理的过程中能够做到勤观察、早发现、早处理,不但可以降低因为护理措施不严谨而导致的并发症,还可以降低因为手术方式、病况而导致的并发症发生的严重情况。经研究分析发现,得到合理护理措施的腮腺恶性肿瘤患者在出院后其产生的面神经障碍、涎痿以及味觉综合征等症候已经有了明显好转,在 2 年后的随访中,其发病率已经显著低于住院期间。

但本文是回顾性分析,还没有明确的数据进行支撑。今后的临床护理研究中,可以给予更多的关注。

参考文献

- [1] 俞光岩,马大权.我国涎腺疾病研究现状[J].中华口腔医学杂志,2003,38(2):81-83.
- [2] 李 亮.腮腺恶性肿瘤的临床特征及预后因素分析[J].实用癌症杂志,2015,30(3):383-385.
- [3] Sungur N, Akan IM, Ulusoy MG, et al. Clinicopathological evaluation of parotid gland tumors: a retrospective

study[J]. J Craniofac Surg, 2002, 13(1): 26-30.

- [4] Bittar RF, Ferraro HP, Ribas MH, et al. Facial paralysis after superficial parotidectomy: analysis of possible predictors of this complication[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2016, 82(4): 447-451.
- [5] 曲荣坤.面神经减压(或移植)术治疗周围性面瘫的护理[J].护士进修杂志,2008,23(23):2157-2158.
- [6] Maahs GS, Oppermann Pde O, Maahs LG, et al. Parotid gland tumors: a retrospective study of 154 patients[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2015, 81(3): 301-306.
- [7] 刘文琴.腮腺肿瘤手术术后并发症的预防及护理[J].中国医药导报,2010,7(34):130-131.
- [8] 许业松,王清华.表情肌训练对周围性面神经麻痹的作用[J].实用医学杂志,2005,21(23):2674-2675.
- [9] 黄莉.腮腺肿瘤切除术后涎痿的护理与原因探讨[J].中国实用医药,2014(27):213-214.
- [10] 张存宝,王新木.味觉出汗综合征的预防与治疗研究进展[J].中国现代医生,2012,50(33):29-30.
- [11] 郑洵,喻爱喜,潘振宇,等.皮瓣术后坏死的原因及处理方法研讨[J].中华显微外科杂志,2015,38(6):601-603.
- [12] 张世凡.恶性腮腺肿瘤合并糖尿病病人的围术期护理[J].全科护理,2016,12(2):63-64.

(收稿日期:2016-07-20 修回日期:2016-10-10)

(上接第 423 页)

出现了几次,被动语态有几个,如何进行情态表达的等等。

在这一过程中,学生通过模仿分析,建立体裁概念,逐步掌握与该体裁相应的结构特点、语言特点及写作策略^[9]。

2.3 独立写作,学以致用 在这一阶段,学生有意识地将所获得的特定体裁知识运用到模仿写作当中,将获得的结构及语言特点转化到自己的知识结构中。在这一过程中,学生将根据所给题目及所得体裁知识进行独立实际写作,包括列出提纲、起草稿、定稿等写作过程。教师可给学生布置相关专项写作任务,让学生进行仿写,让学生尽量模仿教师所讲的典型范文,将语篇结构、语言特点及常用句型运用到写作当中,使学生从宏观结构到微观语言掌握医学文体的共性特征,并进行反复操练,让学生进行独立写作。

2.4 师生共评,编辑修订 这一阶段包括自己修改、同伴互评及教师批改。首先,在学生进行写作练习后,可以先自己进行查漏补缺、改正错误。其次,学生可相互交换作文,从语篇结构、语言特点、常用句型等方面是否符合医学英语的文体特征进行互相评价,指正错误,发扬优点。之后,教师可对学生的写作进行批改,进行总体及个体点评,让学生扬长避短。

3 结 语

医学学术英语有其独特的写作特点及语篇结构,将过程体裁教学法运用到学术语篇写作教学中,使得写作课集目的性、逻辑性、时效性及趣味性为一体,从教师示范分析,到学生小组讨论合作分析、独立写作到师生、生生互评,不仅培养了学生合作学习及自主学习的能力^[10],而且让学生认识到医学英语文体独有的体裁特征,使学生逐步提高语篇意识及写作能力。

参考文献

- [1] 刘伊娜,王明树.医学英语论文的撰写中英、汉表达差异的探讨[J].重庆医学,2014,43(5):630-631.
- [2] 王丽.过程写作法在 IMRAD 医学英语论文写作教学中的应用[J].上海中医药大学学报,2013,27(6):10-12.
- [3] 韩萍,侯丽娟.从体裁分析角度探索研究生学术英语写作能力培养[J].外语界,2012,33(6):74-80.
- [4] 李应强.语域理论关照下的医学英语教学探析[J].西北医学教育,2011,19(2):348-352.
- [5] 杨植. SCI 论文写作与中医药研究生医学英语写作课程建设探析[J].中国高等医学教育,2012,26(7):92-94.
- [6] 黄坚,李梅.过程体裁教学法在实用英语写作课程中的应用研究[J].外语教学理论与实践,2012,32(2):55-59.
- [7] 姚香泓.过程体裁法和成果法教学对学生写作应用策略及写作能力的影响[J].外语与外语教学,2010,32(3):30-34.
- [8] Li LJ, Ge GC. Genre analysis: Structural and linguistic evolution of the English-medium medical research article (1985-2004) [J]. Engl Spec Purp, 2009, 28(4): 93-104.
- [9] 王晶,杨莉萍.体裁教学法在大学英语写作教学中的应用[J].教育探索,2014,34(12):48-49.
- [10] 杨传鸣,曲丽丽.语法衔接与科技论文英语写作教学模式研究[J].黑龙江高教研究,2014,33(5):168-170.

(收稿日期:2016-07-20 修回日期:2016-10-14)