

出分娩后腹压下降,膀胱舒缩力功能下降,支配膀胱组织的神经功能出现紊乱,出现无力排尿。此外局部伤口的疼痛也可以导致尿道功能紊乱。

1.4.4 心理因素 为了保护会阴,医生会对自然分娩产妇采取会阴侧切,手术后患者惧怕疼痛,会不敢用力排尿,膀胱充盈过度后会造造成道括约肌痉挛。此外目前产科病房多为多人间病房,患者在排尿时会难免会出现紧张。

1.4.5 其他因素 ①随着年龄的增长,盆底肌肉弹性减弱易损伤。②新生儿出生时体重超过 3800 g,会提高器械助娩率和导致产程时间的延长。③会阴切开可引起反射性尿道括约肌痉挛而导致排尿困难。④手转头会使盆底肌肉及神经受损加重。

1.5 护理措施

1.5.1 麻醉药物选择 合理选择和使用硬膜外镇痛的药物,降低药物对外周和中枢神经的影响。

1.5.2 低频脉冲电治疗 使用神经肌肉刺激治疗仪,取平卧位,电极片放置耻骨联合上方、腰部骶 2 皮肤处、髂脊皮肤处,电流频率 35Hz,脉宽 200 us,逐渐增加调节电流强度,治疗时间 10 min,3 次/d。

1.5.3 盆底肌训练 取舒适位,护士告知患者吸气的同时收缩肛门,时间控制在 10 s 左右;呼气时放松。训练 5 次/d,每次持续时间 10 min。

1.5.4 心理分析 护士首先分析产妇的心理状态,告知产妇尿储留发生的原因,结合人体解剖、生理常识,做好心理疏导。对于害羞不愿排尿者,给予患者隐蔽环境,如患者床上进行小便时,用窗帘遮挡,保护隐私。在厕所进行小便时,利用流水声刺激膀胱收缩排尿。

1.5.5 预防措施 ①对于有泌尿系统感染者,做好产前治疗,消除感染病灶。②术前做好不必要的阴道检查,减少细菌侵入泌尿道的几率。③第二产程避免暴力前下挤压子宫,损伤膀胱副交感神经。④分娩后鼓励产妇下床活动。⑤术后补充能量,及时进食,促进体力的恢复。

1.5.6 药物护理 采取新斯的明 0.5~1 mg 肌肉注射,促进膀胱平滑肌收缩。酚苄明 10 mg 肌注,使膀胱逼尿肌收缩而引起排尿。开塞露塞肛可刺激肠道蠕动引起排便,引起排尿。对于上述处理无效时,给予导尿管,首次放尿禁止完全放空,会因膀胱压力突然消失,导致黏膜血管破裂出血。

1.6 观察指标 对比①两组产后尿潴留发生率。②两组护理前后膀胱残余量。

1.7 统计学方法 数据录入 EXCEL 中,经过核对无误后导入 SPSS 19 软件,计量资料 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产后尿潴留发生率 研究组和对照组产后尿潴留发生率分别为 4%、16%,结果比较有差异($P < 0.05$),见表 1。

表 2 两组护理前后膀胱残余量对比($\bar{x} \pm s$)

组别	膀胱残余量(ml)	
	治疗前	治疗后
研究组	254.6±76.4	25.3±5.6
对照组	259±84.2	74.2±6.6
<i>t</i>	0.43	8.23
<i>P</i>	>0.05	<0.05

2.2 两组护理前后膀胱残余量对比 研究组和对照组治疗前膀胱残余量、膀胱最大充盈量比较无差异($P > 0.05$);研究组和对照组治疗后膀胱残余量、膀胱最大充盈量比较有差异($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组产后尿潴留发生率

组别	产后尿潴留(%)
研究组	4
对照组	16
<i>t</i>	7.25
<i>P</i>	<0.05

3 讨论

产后尿潴留是产后常见并发症。尿潴留不仅妨碍子宫的收缩,还会影响产妇乳汁的分泌,若治疗干预不及时会引起子宫出血增加。在本次研究中我们首先认真分析产妇出现尿潴留的因素,并积极给予干预。在护理中不仅注重心理护理,还及时采取药物治疗,同时做好卫生宣教,积极治疗泌尿系统感染。同时在为产妇提供隐蔽的排尿环境^[1]。在产后加强宣传教育,鼓励产妇尽早下床活动。同时教会产妇正确的盆底肌训练方法,以帮助产妇盆底肌张力的恢复^[2]。综上所述,我们认为认真分析产后尿潴留的原因,给予针对性的护理措施能够明显改善产妇的排尿功能,达到自主排尿的目的。

参考文献:

[1]李兴兰.隔姜灸治疗产后尿潴留疗效观察[J].护理研究,2012,6(9):2408-2408.
 [2]陈延玲.电针治疗产后尿潴留 40 例[J].上海针灸杂志,2013,26(1):33.
 [3]马乐,王子莲,王小辉,等.中国妇女盆底功能障碍防治项目培训教材[N].2014,12:55-57.
 [4]高爱香,郭瑞霞,赵玲.产后康复综合治疗仪治疗产后尿潴留的疗效观察[J].中国误诊学杂志,2011,6(2):263.

编辑/孙杰

鼻腔冲洗器在鼻咽癌放疗患者中使用效果评价

麻杰

(南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)肿瘤内科,江苏 南京 210000)

摘要:鼻咽癌是一种原发于鼻咽腔的恶性肿瘤之一^[1]。肿瘤一般都位于深部,射线必须穿过其表面的正常组织才能达到肿瘤处,而鼻咽癌原发灶和颈部淋巴结转移区均须达到一定的照射剂量,肿瘤才能达到有效的控制或临床治愈。因此,在照射区内正常组织也会受到辐射,若辐射耐受量不足以抵抗辐射时,则会对正常组织造成一定损伤并由不同方式反应表达。如发生放射性粘膜炎、鼻中隔相贴。因此做好鼻咽癌患者鼻咽腔护理非常重要。我科自 2013 年 8 月~2014 年 11 月对 44 例鼻咽癌患者采用地中海死海海盐、柠檬酸钠、柠檬酸成分的鼻可乐冲洗器进行鼻咽腔冲洗,取得了满意的疗效。

关键词:鼻咽癌;放疗;鼻咽冲洗;护理

放射治疗是目前治疗鼻咽癌的首选治疗方法,然而肿瘤一般都位于深部,射线必须穿过其表面的正常组织才能达到

肿瘤处,而鼻咽癌原发灶和颈部淋巴结转移区均须达到一定的照射剂量,肿瘤才能达到有效的控制或临床治愈。临床中我们可以通过鼻腔冲洗的方法来处理,减轻鼻咽癌患者放疗

的反应。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 44 例患者,采用随机数字法均分为观察组和对照组各 22 例,其中男性 29 例,女性 15 例,年龄 37~75 岁,病程 2 个月~5 年,平均(2.4±1.8)年。临床多现耳鸣、头疼、鼻塞等症状。TNM 分期按鼻咽癌学术会议制定的标准,其中Ⅱ期 9 例,Ⅲ期 20 例,Ⅳ期 15 例。病理类型:腺癌 8 例,低分化鳞癌 24 例,未分化癌 12 例。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),可比。两组均采用直线加速器治疗,放射剂量为 60~70Gy。

1.2 鼻腔冲洗方法 ①观察组:先将一小袋内的洗鼻剂溶剂全部倒入冲洗瓶内,然后将 38~40℃清洁温水注到洗瓶内。盖紧后用手握住洗鼻器瓶身,用食指堵住鼻塞器出口,摇匀。患者取坐位,面前置一面盆,身体略向前倾,将鼻塞器头端堵严一侧鼻孔,用一只手一捏一松交替挤压冲洗瓶,即可将洗液连续不断地挤入鼻腔。注意轻捏即松手,而不要一次捏到底。鼻腔内脏物会随洗液从另一侧鼻孔流出。洗鼻时,避免吞咽或说笑以避免呛水,在换洗另一侧鼻腔前,可轻擤鼻子,将鼻内脏物排出。用洗鼻瓶上的鼻塞器头堵严另一侧鼻孔,重复以上步骤。弯腰使鼻尖朝向地面,使鼻内余水流出。直立后再深弯腰使鼻尖朝向膝部,使鼻内余水进一步流出。在处于这两个体位时,用嘴吸入和用鼻吹出气体,反复 5~10 次。②对照组:使用 38~40℃ 0.9%生理盐水 240 ml 常规进行鼻腔冲洗。

1.3 冲洗频率 观察组和对照组均冲洗 1~2 次/d,鼻腔分泌物多时可适当增加冲洗液量和冲洗次数。

1.4 评价项目 两组患者放疗结束后仍嘱其继续进行鼻腔冲洗,复查时间为鼻腔冲洗 1 月后。依据我院自拟的调查问卷,评价治疗后的鼻臭、鼻塞和鼻出血等不良反应的发生情况,当场回收调查问卷后开展统计分析,比较两组患者的治疗效果。

1.5 统计学方法 采用统计软件 SPSS16.0 分析,计数资料采取率(%)表示,组间率对比取 χ^2 检验, $P<0.05$,具统计差异。

2 结果

两组患者治疗效果比较,见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	鼻臭	鼻塞	鼻出血
观察组	22	2(9.1) [△]	4(18.1) [△]	1(4.5) [△]
对照组	22	5(22.7)	10(45.5)	3(13.6)

注:△观察组与对照组相比, $P<0.05$ 。

3 护理

3.1 心理护理 患者长期受到疾病困扰会产生抑郁和焦虑等一系列心理问题,严重制约着整体治疗的效果,开展鼻咽冲洗的知识教育,可以让患者认识到鼻咽冲洗的重要性,从而保证患者自愿进行鼻咽冲洗,提升治疗的依从性和战胜疾病的信心。

3.2 饮食护理 缘于鼻咽癌消耗性特性和放射治疗,患者治疗中的消耗极大,因此对患者营养提出了较高要求,一般进食要以高营养、高热量和高蛋白的食物为主,多食新鲜水果和蔬菜,禁忌辛辣等刺激性的食物。此外患者还需多饮水,通过漱口清除进食后的口腔异味,从而提升食欲。特别的当患者食欲欠佳时,应遵循尽量进食和少食多餐的原则,还需结合食物的色香味来增加患者食欲,通过不断改善患者的营养状况来达到增强体质和快速康复的效果。若出现严重口腔黏膜炎,应及时进行静脉营养治疗。

3.3 口腔护理 由于患者吞咽和进食容易致使口腔黏膜破损,在放疗过程中会出现有不同程度的黏膜损伤,坏死脱落物和脓性分泌物长期滞留在口腔中会产生诸多不良反应,刺激并加重口腔黏膜的损伤而诱发感染,因此在鼻咽冲洗后常用含漱液漱口,4~6 次/d,以保持口腔清洁,预防感染。

3.4 功能锻炼 在放射治疗中及结束后,进行张口练习运动,用口塞支撑在牙齿间,10~30 min/次,1~3 次/d,按摩颌颞关节,并作颈前后左右缓慢旋转运动,10~30 min/次,1~3 次/d,预防张口困难,颈部活动受限。

3.5 皮肤护理 放疗期间,要保持局部皮肤清洁干燥,有汗应擦干,不应穿高领或硬领衣服。照射野皮肤不宜用肥皂、粗毛巾热水擦洗。外出时避免阳光直晒。有脱皮时,切勿用手撕剥、抓痒。湿性反应用生理盐水清洗后,抗幅喷喷涂局部,4 次/d,局部暴露,保持清洁,以防感染。此外还应保持放射野标记的清晰、切不可私自涂改,否则将造成不必要的损伤。

4 讨论

鼻咽癌患者接受根治性放疗,一般鼻咽肿瘤剂量达 66~88 Gy^[2]。治疗时常并发急性鼻咽腔黏膜反应和放射性鼻窦炎。容易合并有厌氧菌感染,糜烂逐渐加重,暴露血管,一旦用力咳嗽、排硬便、打喷嚏,容易诱发鼻咽大出血,导致生命危险。如鼻咽合并感染,正常鼻腔黏膜上皮细胞会坏死,继而形成创面,此可以降低肿瘤对放疗的敏感性^[3]。因此,鼻咽癌放疗后进行鼻腔冲洗是十分必要的。

鼻腔冲洗器既可使鼻咽部保持干净,改善局部血液循环,增加缺氧细胞氧的含量,增加癌细胞对化疗的敏感度,提高局部控制率,又可减轻放疗反应,减轻病人的疼痛^[4]。因鼻可乐冲洗剂由有“天然杀菌剂”之称的海盐、柠檬酸、柠檬酸钠组成的专利洗鼻剂配方,死海海盐除了具有天然的消炎、杀菌的功效,可有效地减少鼻腔内的金黄色葡萄球菌的携带量,减少致病菌引起的上呼吸道感染,富含的镁能防止过敏源刺激鼻黏膜,加快鼻黏膜的修复;钾能维持鼻腔水分的平衡,保持鼻腔湿润、清爽的环境;溴化物能减少组织胺引起的涕多鼻塞症状,促进鼻纤毛有规律运动,保持鼻腔的通畅。天然柠檬酸-柠檬酸钠组成的缓冲溶液作用舒适,能与进入鼻腔的粉尘、重金属离子等污染物结合,形成可溶性螯合物随洗液排出,减轻污染物对鼻黏膜的刺激和附着,同时改善鼻腔血液循环,增强人体免疫力等功效。鼻可乐洗鼻剂对鼻纤毛的运动有明显的促进作用(清除糖精所用的时间最短),提高鼻腔自洁功能,明显优于普通生理盐水。鼻可乐合理利用双正压回流技术,保证洗液从洗鼻器出来时恒压平稳水流,除了清洗鼻腔外,患者鼻窦及鼻咽部均得到有效清洗,实现全面清洗的效果。洗液进入鼻腔和鼻窦唯一通道是洗鼻器,避免了鼻内的液体发生瓶内回流的现象,减少了呛水和“二次”感染的发生,在抵抗鼻腔、鼻窦感染中有较高应用价值。综上所述,使用鼻可乐冲鼻能显著减轻鼻咽癌患者放疗后的鼻咽黏膜反应,降低远期并发症的发生率。

参考文献:

- [1]谷铤之,殷蔚伯,刘泰福,等.肿瘤放射治疗学[M].2版.北京:北京医科大学.中国协和医科大学联合出版社,1993:452-471.
- [2]陈春燕,韩非,赵充,等.934 例鼻咽癌单纯放疗远期疗效分析[J].中华放射肿瘤学杂志,2008,17(6):411-415.
- [3]陈伊宁,宋斌,温文胜,等.鼻咽癌放疗后放射性鼻-鼻窦炎 56 例报道[J].中华放射医学与防护杂志,2005,25(1):77.
- [4]吴红伦,朱疆艳,王丽,等.沐舒坦联合糜蛋白酶在鼻咽癌放疗后鼻腔冲洗中的疗效分析[J].实用医学杂志,2010,26(10):1801-1803.

编辑/孙杰