

和心率减慢等症状。应暂停手术操作,去枕平卧,休息片刻后多可缓解,必要时遵医嘱皮下注射阿托品 0.5 mg 吸氧。

2.3.2 水中毒的护理 发生的主要原因是持续灌流状态下,大量的灌流液进入血液循环,导致血容量过多,低钠血症引起全身症状。预防措施是在手术中尽量采用低压灌流,准确记录灌流量,尽量缩短手术时间。

2.3.3 损伤的护理 手术过程中由于扩张宫颈或操作损伤,可发生宫颈裂伤、子宫穿孔等。应观察病人的面色、意识、生命体征变化及阴道出血情况,有异常情况及时报告医生,必要时遵医嘱给予宫缩剂、止血药等。

2.3.4 空气栓塞的预防和护理 在进行宫腔镜检查或手术时,要求严格按照操作规程进行操作,镜管进入宫颈前必须排净镜管、膨宫液管中的所有空气、气泡,必须防止空气进入宫腔。空气栓塞发病十分突然和严重,术中注意观察病人,必要时监护血氧饱和度,以便一旦发生能及时被发现。

2.4 术后护理 注意观察腹痛及阴道流血情况,术后病人大多出现下腹部疼痛、腹胀,少许阴道流血,告知病人腹痛会逐渐消失,阴道流血将持续 3~7 d。遵医嘱静脉滴注抗生素预防感染。

### 3 体会

宫腔镜应用日趋普及,并由诊断发展到手术,强调其安全性,强化安全意识,将有利于宫腔镜临床应用的健康发展<sup>[5]</sup>。

通过对 221 例病人的护理,我们体会到首先护理人员应详细了解宫腔镜的相关知识,熟练掌握仪器的性能和操作规程。掌握手术中的并发症以及并发症的预防和处理,术前、中、后做好病人的心理护理。其次做到术前排尽注水管内的气体,正确调节灌注液压力,术中密切观察进水量,严密观察病情变化,充分做好应急准备,也是预防并发症的关键。严格执行无菌技术,电源线、摄像头、导光束等用无菌保护套保护,术后器械严格按硬式内镜的清洗程序进行洗涤,宫腔镜头独立包装,用环氧乙烷灭菌,术后用物按消毒隔离制度进行终末消毒,以防院内感染。

### 参 考 文 献

- [1] 雷彦. 宫腔镜检查异常子宫出血的临床探讨 [J]. 广西医学, 2006, 28(6): 857-858
- [2] 陈雪梅, 韩临晓, 黄丽娥, 等. 宫腔镜诊治妊娠终止后月经异常的临床体会 [J]. 微创医学, 2009, 4(2): 114-116
- [3] 李涌弦, 于传鑫主编. 实用妇科内分泌学 [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1998. 332-335.
- [4] 蔡伟萍, 黄叶莉. 妇科腹腔镜临床应用及护理进展 [J]. 护理研究, 2004, 18(7A): 1142-1144
- [5] 夏恩兰. 重视宫腔镜手术的安全性 [J]. 中华妇产科杂志, 2009, 44(2): 99

(收稿日期: 2009-12-01 修回日期: 2010-01-31)

## 宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤的护理

杨凤雄

(广西壮族自治区妇幼保健院妇科, 南宁市 530003)

【关键词】 宫腔镜手术; 黏膜下子宫肌瘤; 护理

【中图分类号】 R 473.71 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2010)01-0087-02

我院 2006 年 1 月至 2009 年 8 月对黏膜下子宫肌瘤患者行宫腔镜子宫黏膜下肌瘤切除术 52 例, 效果良好, 现将护理体会报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 52 例, 年龄 24~59 岁, 平均 40.6 岁, 经 B 超或宫腔镜检查诊断为子宫黏膜下肌瘤, 肌瘤直径约 4 cm 者 8 例, 直径 2~3 cm 者 28 例, 直径 < 2 cm 者 16 例, 临床表现为经期延长、经量增多、头晕乏力, 如肌瘤脱出宫颈口时阴道分泌物增多有异味。

1.2 方法 腰硬联合麻醉成功后, 病人取膀胱截石位, 常规消毒外阴及阴道, 铺无菌巾。经宫颈置入宫腔镜, 通过内镜观察宫腔内病变, 置入切割器, 根据肌瘤大小、位置和有否根蒂进行电切手术, 同时使用 5% 葡萄糖注射液膨宫。

1.3 结果 本组 52 例患者术后恢复良好, 痊愈出院, 手术时

间最短 10 min, 最长 80 min, 平均 32 min, 术中出血量 20~30 mL, 术后肛门排气时间 8~24 h, 术后下床活动时间 8~10 h, 导尿管于术后 8 h 拔除, 术后平均住院天数 3 d, 无明显并发症发生。术后一个月电话回访, 患者月经均正常来潮, 其中 36 例经量较术前明显减少, 经量适中; 16 例患者月经无明显改变, 治疗效果良好。

### 2 护 理

2.1 术前护理 ①心理护理: 心理护理要贯穿在一切治疗护理过程中, 根据患者个体差异, 对手术了解程度和担心手术效果而产生的紧张和焦虑心理, 有针对性地做好心理疏导, 应把检查的目的, 手术的大致过程, 术前术后要注意的事项及配合要求简明扼要地告知患者及家属, 以减轻患者紧张和焦虑的情绪, 从而主动配合治疗和护理。本组病例中术前贫血者有 11 例, 需输血纠正贫血, 患者对输血治疗存在恐惧心理, 担心

感染其他疾病,通过向患者讲解输血的必要性以及国家对血液制品的管理法规,使患者顺利地完术前准备。②术前常规检查:术前做好血常规、血型、尿常规、凝血四项、肝肾功能、传染病四项、电解质、血糖、B超、心电图、胸片检查和阴道分泌物的常规检查,并告知患者检查的目的和注意事项。③阴道准备:月经周期的前半期是手术的理想时期,可减少术中出血,术前行 2% 碘伏消毒液冲洗会阴阴道,每天 1~2 次,术晨再用 2% 碘伏液冲洗会阴阴道 1 次,有阴道炎者治愈后再行手术。术前 1 d 口服米非司酮 100 mg(分 2 次服,期间间隔 12 h)软化宫颈<sup>[1]</sup>,利于手术操作。④药物过敏试验、备血:术前 1 d 了解患者药物过敏史,按医嘱做好药物过敏试验,做好术中配血准备。⑤胃肠道准备:术前一晚半流质饮食,术前 12 h 禁食,8 h 禁饮,术晨用 0.2% 肥皂液 500~1 000 mL 灌肠 1 次。⑥手术前护理:手术日晨更换衣裤,嘱患者排空膀胱,遵医嘱使用术前用药。与手术室护士交接手术病人,预祝患者手术顺利,以减轻患者紧张、恐惧心理,为避免术前插尿管给患者带来不适,体现人性化护理,手术病人均进手术室麻醉成功后方可插尿管并留置,可减轻患者的术前焦虑和留置尿管的不适,预防 and 减少泌尿系感染,同时缩短留置尿管时间<sup>[2]</sup>。

## 2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 患者返回病房后,妥善固定输液管、导尿管,向医生了解术中情况、手术时间、术中尿量、膨宫液的用量及注意事项等。

2.2.2 体位与饮食指导 术后 8 h 内去枕平卧,8 h 后可取舒适体位,并适当下床活动,术后 6 h 可进流质(免糖、奶、蛋)饮食,肛门排气后改为半流质,排便后改普食。

2.2.3 生命体征的观察 术后常规用多功能参数监护仪监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度 8h 每 30 min 记录 1 次,2 h 后改为每 1 h 记录 1 次至病情平稳,并注意观察患者的神志、面色、精神状态,如患者出现精神萎靡、表情淡漠、反应迟钝、颜面水肿、头痛时及时报告医生处理,警惕体液超负荷与稀释性低钠血症的发生。

2.2.4 病情观察 注意观察患者腹痛的情况、性质,警惕子宫穿孔;观察患者的阴道流血,宫腔镜术后都会有少量的阴道出血,遵医嘱使用止血药物,如出血多应及时报告医生处理。

2.2.5 导尿管护理 注意观察尿液的性质、颜色并记录尿量,如尿量过少,检查导尿管无特殊后应及时通知医生处理。一般术后 8 h 拔除尿管。

## 2.3 并发症的观察和护理

2.3.1 低钠血症性脑病 是最严重的并发症。是由于体内吸收大量非电解质灌流介质后所引起的一系列症状和体征。首先表现为心率缓慢和血压增高,继而出现血压降低、恶心、呕吐、头痛、视物模糊、焦虑不安、精神混乱和昏睡。这些症状是

由于血容量增加,稀释性低钠血症和血浆渗透压降低所致。做好对术后病人的观察,了解手术时间、术中膨宫液的用量是非常必要的,对术后病人的补液类型、补液量、补液速度具有指导意义,及时给予复查血常规、血电解质。当患者出现低钠血症性脑病前兆时,须立即给予高渗盐水、强心利尿、吸氧治疗<sup>[3]</sup>。

2.3.2 子宫穿孔 子宫穿孔是宫腔镜手术最常见的并发症。术后要严密观察患者生命体征的变化,特别是对术后 24 h 的疼痛应进行全面检查,疑及子宫穿孔时,协助医生做好相应的检查。

2.3.3 出血 宫腔镜手术后近期出血占宫腔镜手术最常见并发症的第二位,发生率约为 2.5%。观察术后患者阴道出血非常重要,常规遵医嘱使用止血药,但阴道流血增多时,及时通知医生处理。

2.3.4 感染 术后注意观察患者的体温变化、下腹疼痛的性质、阴道排液的情况,可及早发现感染征兆。

2.4 出院指导 (1)术后 2 个月内少量出血、排液均属正常现象,开始为少许血液,于 1 周内逐渐转变为淡红色水样,继而为黄色水样,最后为无色水样排液。(2)禁房事 2 个月。(3)定期门诊复查,建议术后月经来潮后(第 1 个月)第 1 次随访。①注意有否宫腔粘连及宫腔积血,必要时 B 超引导下扩宫治疗或放置宫内节育器。②有否周期性腹痛:有些病人术后经血减少,腹痛增加,是子宫肌层内埋藏有小的子宫内膜,形成腺肌症。③如有生育要求,术后应用雌激素及孕激素周期治疗可加速子宫内膜愈合及预防宫腔粘连。④术后 2~3 个月酌情行宫腔镜检查了解宫腔形态,内膜修复情况,如残存肌瘤,可行第 2 次切割术,如欲生育者,可酌情同时行输卵管插管通液以判定其通畅度。

随着医疗仪器的不断更新以及人们对手术范围观念的改变,现在宫腔镜下黏膜肌瘤切除术,因能完整保留子宫,不改变其周围解剖结构,而被认为是子宫黏膜下肌瘤手术治疗的首选方法和发展方向<sup>[4]</sup>。

## 参 考 文 献

- [1] 吕榜权. 宫腔镜下微型剪刀剪除子宫纵隔 28 例临床观察 [J]. 微创医学, 2009, 4(3): 278-279.
- [2] 张锦新. 妇产科患者术前不同时间留置尿管的观察 [J]. 南方护理学报, 2000, 4(7): 14.
- [3] 农光, 李聚禧. 经尿道前列腺切除综合征 2 例报道 [J]. 广西医学, 2003, 25(12): 2546.
- [4] 谭家均主编. 微创外科手术与麻醉 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 200.

(收稿日期: 2009-11-25 修回日期: 2010-01-24)