

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 89 例护理体会

何绍洁 黎英兰 伍焕秀

(广西壮族自治区人民医院, 南宁市 530021)

【关键词】 腹腔镜; 子宫肌瘤剔除术; 护理

【中图分类号】 R 608; R 74 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2008)05-0532-02

近年来,腹腔镜手术已广泛应用于诊治多种妇科疾病,有出血少、用药少、术后体温升高率低、住院日短、机体应激反应水平低等优点^[1],充分体现了微损伤和保留功能的特点,深受患者的欢迎。现将我科对 89 例子宫肌瘤患者在腹腔镜下行子宫肌瘤剔除术的护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2004 年 1 月至 2004 年 12 月,在我科行电视腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的患者 89 例,年龄 23~45 岁,平均 34 岁;已婚者 71 例(其中已育者 59 例),未婚者 18 例;每例患者肌瘤 1~4 个,其中单个肌瘤 62 例(69.66%),2 个或 2 个以上肌瘤 27 例;浆膜下肌瘤 42 个、肌壁间肌瘤 83 个,肌瘤大小(直径)3~10 cm 不等,平均 6.5 cm。所有病例术前均排除子宫内膜及宫颈恶性疾病。术前均有 B 超证实为肌壁间或浆膜下肌瘤。

1.2 术中与术后情况 89 例手术全部在腹腔镜下完成,手术过程顺利。手术后平均住院时间为 4 d(3~5 d)。术后生命体征均正常,术后 6 h 开始进食流质饮食,12 h 后均能下床活动,术后常规应用抗生素、止血药物等。术后最高体温 38℃,一般不超过术后 48 h,术后 3 d 体温均正常。术后 24 h 内均有肛门排气,术后有部分病例有少许阴道流血,少于经量,持续 1~4 d 不等。腹部穿刺术切口均甲级愈合。术后随访 1~12 个月, B 超检查子宫形态正常,无复发,无盆腔积液,月经均正常(绝经者除外)。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 向患者介绍手术步骤,说明该技术具有创伤小、痛苦少、恢复快的优点,对患者提出的各种问题要认真解释,以消除紧张、恐惧心理。让患者与同病区同病种患者交流沟通,消除顾虑,增强信心。精心细致的术前访视是取得患者及家属的信任和主动配合治疗的有效方法。

2.1.2 完善术前常规检查 适时交待好检查注意事项,做好术前常规检查、宫颈细胞学检查和 B 超检查,以了解患者有无手术禁忌证及明确肌瘤的部位、大小、数目及是否突入子宫腔,月经不正常者行诊断性刮宫以排除子宫内膜恶性病变。

2.1.3 阴道准备 0.1% 活力碘擦洗阴道 5 d, 2 次/d, 术前插尿管时擦洗 1 次以减少阴道细菌逆行感染;有阴道炎者须治愈

后再行手术。

2.1.4 脐部及皮肤准备 皮肤准备按常规腹部手术,但应特别注意脐部的清洁。由于腹腔镜手术需在脐部或脐周穿刺,因此既要彻底清除脐部污垢,又要保持脐部内皮完好无损。在备皮前用棉签蘸石蜡油浸泡脐内,待污垢软化后,用生理盐水棉球清洗污垢,再用 5% 碘伏消毒脐部,以防术后切口感染。

2.1.5 肠道准备 术前 1 d 进流食,术前日下午口服 20% 的甘露醇 250 mL + 温开水 1 000 mL 导泻,术前晚 10 点后禁食、禁水。术前晚 8 点及术晨 6 点各用肥皂水灌肠 1 次。

2.2 术后护理

2.2.1 常规护理 详细了解麻醉及手术情况。按全麻术后护理常规,麻醉未清醒前患者取去枕平卧位,头偏向一侧,以防误吸。由于腹腔镜手术是在 CO₂ 气腹下完成,术中吸收大量 CO₂,易致高碳酸血症,导致缺氧,术后常规给氧 2~3 h,氧流量 2~3 L/min,以提高氧分压,促进 CO₂ 的排出^[3],也减轻患者因气体刺激带来的不适。暂禁食禁饮。对无恶心呕吐者,术后 6 h 可给予流食,肛门排气后可进普食,以高蛋白、高热量、高维生素食物为主。6 h 后无特殊不适可以帮助患者起床活动,向患者说明术后早期下床对肠功能恢复的好处。

2.2.2 密切观察生命体征 因肌瘤剔除术切口有可能引起出血,应严密观察各项生命体征及腹部体征^[4]。术毕患者回病房后给予心电监护 6 h,每小时测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度 1 次,注意观察患者的面色及精神状况,直至病情稳定。早期发现有无内出血休克,遇有生命体征改变时应及时报告医生及时处理。每日测体温 4 次直至正常,3 d 后改为每日 1 次。

2.2.3 输液及尿量观察 由于手术时患者头低足高位,同时气腹可影响下肢静脉回流,故输液宜在上肢静脉进行,并观察管道是否通畅。尿管妥善固定,保持引流通畅。手术后 24 h 可拔除尿管,鼓励患者多饮水,勤排尿,以利膀胱功能恢复。

2.2.4 并发症的观察及护理 一是与经腹手术相同的并发症,如出血感染、临近脏器损伤。观察及护理也同经腹手术。二是腹腔镜特有的并发症^[5]: 肩痛、腹痛、腹胀、高碳酸血症、气促及呼吸困难。腹腔镜术后可因 CO₂ 残留腹腔引起腹胀,术后给予患者腹壁轻轻加压,将二氧化碳气体上升向盆腔聚集,以减少对膈肌的刺激;患者在床上突然坐起会使二氧化碳气体上升,引起呼吸困难,因此要嘱患者床上活动时避免过快坐起。本组病例均无以上情况发生。

2.3 出院指导 责任护士认真做好有关出院后注意事项的宣教,嘱患者保持伤口的清洁干燥,术后休息 1 个月,避免用力增



加腹压及过度活动。注意戒烟酒,忌刺激性食物,合理补充营养,促进伤口愈合。保持精神愉快,充足休息与睡眠,以利机体尽快康复。禁盆浴及性生活1个月,注意个人卫生及经期卫生,保持会阴部清洁。同时告知患者如有阴道大出血、腹痛、发热等症状应及时回医院诊治。

参 考 文 献

[1] 张建平,卢丹,王维. 妇科腹腔镜手术与剖腹手术机体应激反应的比较研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(10): 615-616.

- [2] 吴美燕. 术前访视在阴式子宫切除术中的应用[J]. 护士进修杂志, 2006, 21(6): 574-575.
- [3] 程琳,饶芸. 腹腔镜下胃上部癌根治术的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2007, 23(10): 27.
- [4] 蓝爱琴,王丹霞,谭玉珠,等. 电视腹腔镜子宫肌层肌瘤切除术[J]. 微创医学, 2007, 2(2): 146-147.
- [5] 潘海花,蒋志萍. 腹腔镜与剖腹子宫肌层肌瘤切除术效果比较[J]. 广西医学, 2006, 28(1): 93-94.

(收稿日期:2008-05-01 修回日期:2008-06-30)

右胸小切口心脏瓣膜置换术后的护理

曾 玲

(广西壮族自治区人民医院心胸外科, 南宁 530021)

【关键词】 心脏瓣膜; 置换术; 护理

【中图分类号】 R 74 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2008)05-0533-02

2001年6月至2006年5月,我院采用右胸小切口心脏不停跳下完成心脏瓣膜置换术69例,术后恢复顺利,现将护理体会总结报告如下。

1 临床资料

本组病人69例,其中男41例,女28例,年龄16~62岁,平均48岁。二尖瓣病变35例,主动脉瓣病变19例,联合瓣膜病变15例。术前心功能Ⅱ级32例,Ⅲ级37例。心胸比例0.58~0.81,平均0.64。完善术前检查后,全部经右胸小切口心脏不停跳下完成心脏瓣膜置换术。体外循环时间35~82 min,平均42 min,术后呼吸机辅助时间6~51 h,平均12 h,胸腔引流量210~880 mL,平均289 mL。全组术后恢复顺利,无低心排综合征及严重心律失常发生,全部治愈出院,平均住院19 d。术后随访1个月~20个月,无瓣周漏及瓣膜血栓形成。

2 护 理

2.1 循环系统的护理

2.1.1 维持稳定的心率、心律,持续心电监护 密切观察心电图的变化,正确分析心电图的性质,出现异常及时报告医生处理。由于手术心肌损伤、水肿、缺氧、低血钾、酸中毒等因素,易出现心律失常,特别对于左室扩大的病人,室性心律失常的发生率较高。本组发生心律失常12例,根据发生的原因分别给予西地兰、利多卡因、胺碘酮、氯化钾等药物对症处理,及时去除诱发因素后,心率、心律渐恢复正常。

2.1.2 持续血压、中心静脉压的监测 严密监测血压(包括有创和无创)、中心静脉压,临床上应根据病人心脏功能的具体情况确定合适数值,特别是中心静脉压是监测血容量、右心功能、血管张力的重要指标。如两者均降低,提示容量不足,要

及时补充胶体;中心静脉压高,血压正常或偏高时提示容量过多,应及时给予利尿剂并控制入液量,一般早期应略呈负平衡状态;如中心静脉压进行性升高且血压降低,则提示心功能不全或有心包填塞,遵医嘱加强心功能支持,解除心包填塞。

2.1.3 准确记录液体出入量,维持水、电解质平衡 保持出入量平衡,并使出量稍大于入量。术后留置导尿管并保持通畅,持续监测尿量、尿色,每小时记录一次,保持尿量大于1 ml/(kg·h);注意根据尿量及时补充电解质,随时监测血清钾,使血清钾维持在4.0~4.5 mmol/L之间。

2.1.4 心功能的支持 术后相当一部分病人都静脉泵入各种血管活性药物,如多巴胺、硝普钠、米力农等。低心排综合征是瓣膜置换术后常见的并发症和死亡原因之一,术后早期合理应用血管活性药物,是预防和治疗低心排发生的关键。如小剂量的硝普钠可扩张末梢循环小血管,降低左心室的后负荷,对治疗低心排十分有利。应采用微泵用药,以单独中心静脉通路为入路,不能采用其他静脉用药和测量中心静脉压的通路,以免加快或中断药物的使用,影响循环稳定。本组有2例病人因多巴胺与其他静脉用药合用同一通路,适当加快静脉用药后使多巴胺短时间内冲入过多,致使心率加快、血压升高,病人感觉心悸、胸闷不适。本组病人无低心排发生。

2.2 呼吸系统的护理 呼吸系统护理的重点在于保持呼吸道通畅和预防肺部感染。使用呼吸机辅助呼吸期间,经常听诊病人双肺呼吸音的变化,有痰液及时吸出,注意无菌操作,吸痰管一次性使用。监测动脉血气,有问题及时处理。对于循环不稳定的病人,即使神志、呼吸功能已恢复良好,也应延长呼吸机的使用,以减少呼吸肌做功,降低氧耗,保证心肌充足的氧供,减少二次插管的机会^[1]。拔除气管插管后主要进行脉搏血氧饱和度监测,要求保持在95%以上,拔管后2~3 d最易发生肺部并发症^[2]。遵医嘱予生理盐水10 mL+糜蛋白酶