

现、正确判断术中创血压监测的影响因素,主动给予相应处理,是心脏介入诊疗术顺利进行的重要保障。

参 考 文 献

[1] 吕树铮,陈韵岱.冠脉介入诊治技巧及器械选择[M].北京:人民卫生出版社,2003:28-39.

[2] 黄爱玲,田芳英,郝玉珍,等.术前访视对心脏介入手术病人的作用[J].护理研究,2004,18(2B):2198-2199.

[3] 张晓辉.有创动脉压测定在冠状动脉介入治疗中的影响因素及

处理[J].护理研究,2008,22(9):2423.

[4] 孟红丽,吴燕,毕珍珠,等.冠脉介入术中有创血压监测的伪血压变化及护理对策[J].中国误诊杂志,2008,8(11):2681.

[5] 杨佩娣.危重病人有创动脉压监测影响因素的探讨[J].中国实用神经疾病杂志,2008,11(8):46-48.

[6] 李占全.冠状动脉造影与临床[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2001:49-54.

(收稿日期:2011-04-22 修回日期:2011-06-28)

宫 腹 腔 镜 联 合 手 术 的 护 理 体 会

黄 莹

(广西壮族自治区妇幼保健院妇二科,南宁市 530003)

【关键词】 宫腔镜;腹腔镜;妇科手术;护理

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2011)05-0492-02

微创手术具有创伤小、疼痛轻、恢复快的优点。目前宫腔镜和腹腔镜已联合应用到妇科手术的诊治当中^[1]。现对本院妇科2006年1月至2010年12月采用宫腔镜、腹腔镜联合手术的80例患者的护理分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006年1月至2010年12月经本院彩色B超或宫腔镜检查确诊,并采用宫腔镜、腹腔镜联合手术的患者80例,年龄28~42岁,平均年龄(34±5.6)岁。病例分析初步结果:卵巢囊肿23例(其中合并黏膜下子宫肌瘤5例,合并子宫内膜息肉8例,合并输卵管梗阻10例),宫腔粘连6例,子宫完全纵隔5例,输卵管梗阻44例(其中合并黏膜下子宫肌瘤2例,合并子宫不全纵隔10例,合并子宫内膜息肉8例),宫内节育环嵌顿2例。

1.2 手术方法 手术均采用气管插管全身麻醉,患者采取膀胱截石位。医生进行腹腔镜探查,并严密监视屏幕显示情况,在腹腔镜进入体内进行检查后,确立下一步手术。同时进行宫腔镜手术,在操作过程中,严密监测患者生命体征、子宫内压力、液体流量及流速、仪器运行等情况,防止电灼伤、水中毒以及仪器异常等状况的出现。

2 临床护理

2.1 术前准备 首先做好患者及家属的心理指导,介绍手术的安全性和可靠性,以解除患者和家人的恐惧,积极配合调整生理心理状态。手术前询问病人月经周期,以便确定手术时间,一般安排在月经周期的前12d内,即子宫内膜增生期进行手术,此时子宫内膜较薄,镜下视野宽大而易于观察,便于手术进行。常规术前检查,包括血、尿常规、血型检

查及肝、肾、凝血功能、传染病、心电图、B超检查,合并卵巢囊肿和子宫肌瘤者还需检验AFP及CA-125等。术前清洁皮肤,特别是脐部,使用石蜡油棉球对脐部污垢进行清洗。术前以2%碘伏进行阴道冲洗,每天2次。术前1d口服米非司酮100mg软化宫颈,以利于手术操作。术前1d进行肠道准备,番泻叶10g泡茶饮,嘱患者少进食蔬菜、水果等高纤维的食物,晚餐后询问患者排便情况,必要时清洁灌肠,术前12h不能进食,8h禁水。

2.2 术后护理 ①常规护理:患者麻醉未清醒时,采用去枕平卧位,头偏向一侧,防止呕吐物吸入气管。完全清醒后,即可垫枕头。术后常规心电监护4h,每30min记录1次血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度,4h后改为每4h测量记录1次。患者术中使用CO₂建立人工气腹,术后常规吸氧2h,氧气流量3~4l/min,防止发生高碳酸血症。冬季术中使用的灌注液温度过低,术后患者会出现寒战及体温下降,注意采取保暖措施。术后6h患者可进流质饮食,肛门排气后改为半流质,排便后改为普食。术后留置尿管8h,拔除尿管后,嘱患者多饮水,及时排尿,预防尿路感染,鼓励患者下床活动。②病情观察:注意观察患者神志、面色、精神状态,腹部伤口敷料有无渗血、渗液,观察腹痛的情况、性质,观察阴道流血情况。

2.3 并发症的防治和护理

2.3.1 稀释性低钠血症 此症是由于手术时间长,术中膨宫液的用量大,血容量增加,稀释性低钠血症和血浆渗透压降低所致。本组发生2例,患者出现血压升高,恶心呕吐加剧,头晕、头痛,遵医嘱缓慢滴注5%氯化钠溶液,滴注高渗盐水易刺激局部静脉内膜而引起静脉血栓,输液局部用热毛巾湿敷,有利于预防血栓性静脉炎。及时复查血常规、电



解质。

2.3.2 出血 本组 2 例子官黏膜下肌瘤切除,术中出血较多,术中置双腔气囊导尿管压迫止血。术后注意观察引流液的量和性质,以及阴道出血的情况,遵医嘱使用止血药,保持外阴清洁,预防感染。术后 24 h 视出血情况取出导尿管。

2.3.3 皮下气肿 本组发生 1 例皮下积气,量比较少,无需处理^[2]。严密观察病情变化,尤其是呼吸的变化,延长术后吸氧时间,及时抽取动脉血查血气分析。

2.3.4 外阴水肿 由于手术时间长,手术器械长时间压迫所致,本组发生 2 例,给予 50% 硫酸镁溶液湿热敷外阴,每天 2 次。湿敷前检查外阴有无损伤,以免造成患者的不适。

2.3.5 CO₂ 吸收引起的并发症 CO₂ 经腹膜吸收后在腹膜局部造成的酸性环境对膈神经产生刺激,造成术后膈神经牵拉性疼痛,引起肩膀和肋骨的疼痛。本组 30 例患者出现不同程度的疼痛,术后常规吸氧,以利于 CO₂ 排出。鼓励患者早期下床活动,配合中频脉冲电理疗。

2.4 出院指导 患者术后 3 d 切口拆线可以出院,术后 1 个月禁盆浴、禁性生活,黏膜下子宫肌瘤切除术后 2 个月内阴道少量流血、流液均属正常现象,开始为少量血液,于 1 周内逐渐转变为淡红色血水,继而为黄色水样,最后为无色水样排液,术后 2 个月禁性生活^[3]。术后应用雌、孕激素周期治疗,加速子宫内膜修复及预防宫腔粘连。建议手术

后恢复第一次月经、月经干净后 2~3 d 回院复查。子宫纵隔切除、宫腔粘连分离术后,放置宫内节育器的患者,术后 3 个月回院行宫腔镜检查及节育器取出术。

宫腔镜、腹腔镜联合应用于妇科手术中,使其诊治疾病的范围增宽,而且手术视野清晰,操作准确,可进行子宫腔内外的疾病治疗或者宫腔内外双向治疗,为过去的一些没有合适手段进行治疗的疾患找到了一种诊治方法。对于宫腔盆腔合并病变采用此种联合治疗方法,使得疾病的诊断和治疗可以同步实施。

综上所述,宫腔镜联合腹腔镜手术在妇科手术治疗中起到了很好的手术效果,充分体现出了微创手术的优越性,但宫腹腔镜手术相对复杂,必须做好手术前准备,术后严密观察,及早妥善处理各种并发症,以增强手术的安全性,减轻患者的痛苦。

参 考 文 献

- [1] 陈韵洁,于江,俸珊. 宫腔镜与腹腔镜联合妇科手术 137 例体会[J]. 广西医科大学学报 2006 23(6):1003.
- [2] 沈芳. 宫腹腔镜联合手术 33 例的观察和护理[J]. 中国误诊学杂志 2009 9(26):6496-6497.
- [3] 杨凤雄. 宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤的护理[J]. 微创医学, 2010 2(87):1673-6575.

(收稿日期:2011-04-23 修回日期:2011-06-29)

“六个一”护理服务在经皮肾镜取石术患者中的应用[▲]

顾超琼 黎晓燕 许家丽 覃素娇

(广西壮族自治区人民医院手术室,南宁市 530021)

【关键词】 六个一护理服务;肾结石;经皮肾镜取石术;护理应用效果

【中图分类号】 R 472.3 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2011)05-0493-03

经皮肾镜取石术(PCNL)是肾结石患者的首选手术治疗方式,因手术需要俯卧位,环境改变,出现一定的不舒适感等不良反应,造成患者躁动,从而影响手术。“六个一”护理服务,即是:说一声亲切的问候,给一个洁净的环境,做一次认真的查对,给一个舒适的体位,给患者一个合适温度的冲洗液,给患者一个温馨祝福。2010 年 1 月至 2010 年 12 月我院对 100 例经皮肾镜取石术的患者实施“六个一”护理服务,取得了良好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 观察对象为我院 2010 年 1 月至 2010 年 12 月收治的经皮肾镜取石术的 200 例患者,随机分为观察

组和对照组。观察组 100 例,其中男 60 例,女 40 例;年龄 24~74 岁,平均(44±3.7)岁;其中单肾手术 85 例,双肾手术 15 例;多发性结石 27 例,完全鹿角形结石 31 例,单纯结石 42 例;实施“六个一”护理服务。对照组 100 例,其中男 52 例,女 48 例;年龄 25~72 岁,平均(45±3.5)岁;其中单肾手术 82 例,双肾手术 18 例;多发性结石 32 例,完全鹿角形结石 35 例,单纯结石 33 例;实施常规手术护理。

1.2 方法 对照组患者采用常规手术护理,观察组患者在术前、术中、术后分别实施“六个一”护理服务,具体措施如下。

1.2.1 说一声亲切的问候 手术室护士术前一天到病房访视患者时,仪表端庄、举止优雅、动作轻柔、语言得体,用护士的职业美感让患者舒心,带着微笑按照患者的年龄称呼患者,予患者亲切感,向患者说明第 2 天是其手术日,手

▲基金项目:广西医药卫生计划课题(桂卫 Z2011457)