

- [17] 易发锦. 心脏介入术后并发心血管迷走神经反射的护理[J]. 护理研究, 2005, 19(1B): 97-98
- [18] 刘亚红, 徐格林, 许亮, 等. 缺血性脑血管病血管内介入治疗并发病的预防和护理[J]. 护理研究, 2007, 21(1): 63-64.
- [19] 刘亚红, 王兴花, 吕双春, 等. 脑血管支架置入术围术期护理[J]. 医学研究生学报, 2005, 5: 477-478
- [20] 孙远荣, 安新明, 刘福梅, 等. 经皮冠状动脉介入术后并发症的监护[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(4): 542-543.
- [21] 白英利, 黄宝生, 郭顺林, 等. 造影剂肾病的风险因素[J]. 微创

医学, 2008, 3(3): 237-238

- [22] 赵小, 刘海燕. 临床护理工作指南在心血管疾病介入护理中的应用[J]. 国外医学·护理学分册, 2003, 22(11): 504-507.
- [23] 肖书萍, 王桂兰. 介入治疗与护理[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2005: 59-60.
- [24] W hoky MH, A HMubarek N. Updated review of the global carotid artery stent registry[J]. Catheter Cardiovasc Interv. 2003, 60(2): 259-266.

(收稿日期: 2010-06-01 修回日期: 2010-07-30)

45例牙根尖切除术的护理配合

钟秀芬

(广西壮族自治区人民医院口腔科, 南宁市 530021)

【关键词】 根尖切除术; 护理配合

【中图分类号】 R 473.78 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2010)04-0422-02

牙根尖周病变的治疗是去除患牙根尖部分和患牙根管内的病源刺激物, 并对其进行根管充填。我院 2007 年 1 月至 2009 年 12 月在本院口腔门诊对 45 例根尖切除病例行手术治疗, 现将护理配合报告如下。

1 临床资料

1.1 临床资料 本组 45 例 65 颗患牙中, 男 35 例, 女 10 例, 年龄 20~40 岁 35 例, 40 岁以上 10 例。其中上颌中切牙 13 例, 侧切牙 9 例, 双尖牙 4 例, 下颌中切牙 10 例, 侧切牙 6 例, 双尖牙 3 例。难治性根尖周炎 34 例, 根尖囊肿 6 例。

1.2 治疗方法 术前常规摄根尖 X 线片, 确定病变部位、大小; 若有急性炎症, 先行消炎治疗, 再行手术。常规局部浸润麻醉显效后, 对手术野消毒, 采用弧形切口, 直达骨面, 据 X 光片选择凿骨部位, 用涡轮钻形成去骨范围, 用骨凿去骨开窗, 暴露病变组织, 用涡轮钻切除根尖, 取出根尖断端, 搔刮根面及周围骨壁上囊壁、肉芽组织, 冲洗干净。对需要进行根管倒充填者, 用球钻从根尖孔将根管向冠侧磨一纵沟, 清理洁净后以玻璃离子水、复合树脂及银汞合金充填。

2 护理配合

2.1 术前配合 ①接待患者躺在牙椅上, 调整好患者的手术体位、灯光, 了解患者病史与病情, 查看病人病历, 掌握病人具体病情, 准备手术器械, 向医生了解手术的术式及程序, 作好配合手术的各种准备。②全面评估患者, 协助医生做患者的心理咨询, 了解患者对手术的心理, 以亲切和蔼的态度耐心地向患者介绍根尖手术的方法、基本治疗过程及预后情况和术中的注意事项等有关情况, 在精神上给予鼓励, 减轻患者的心理负担, 解除患者的顾虑, 使其消除惧怕心理。③准备特殊器械和物品, 如慢速手机、裂钻、碧兰麻专用注射器及针头、碧兰麻液、碘伏、口腔小手术包、0.1% 洗必泰等。

2.2 术中配合 ①先让患者含漱 0.1% 洗必泰液 1 min 准备麻药, 协助医生做局部麻醉, 用 2% 碘伏消毒好手术区。②将无菌手术包打开, 护士戴好无菌手套后, 协助医生为病人铺上孔巾, 由巡回护士准备冲洗液、其他手术器械及用物。③根据医生特点选择不同类型切口和不同的牙位, 手术护士用口角拉钩或吸唾器拉开患者唇侧或颊侧, 当医生做弧形切口时, 帮助隔湿, 并用纱布不时地止血, 擦干分泌物和血液, 用一次性吸唾管抽吸唾液血水, 尽量暴露患牙的手术视野, 医生翻瓣时, 帮助止血, 使破坏的根尖区牙槽骨充分暴露, 术中要注意保护翻起的粘骨瓣膜, 不要过分牵拉和压迫。④翻起粘骨瓣膜后, 准备凿骨暴露囊腔, 骨壁因囊腔破坏而较薄, 护士凿骨的骨锤的敲击力要轻巧, 用力不要太猛太垂, 以免损伤过多周围骨组织及牙齿, 切除根尖时, 要用左手拇指、食指固定患牙, 保护患牙, 避免震动而受伤害。在磨断根尖的过程中, 护士要滴少量的生理盐水以避免高热时对周围组织产生损伤^[1]; 最后帮助搔刮根尖病变组织, 认真将炎症组织囊腔彻底刮净; 用冲洗注射器抽吸生理盐水加庆大霉素 1 支反复认真冲洗囊腔, 医生锉平骨面后, 护士应检查骨创, 清除异物, 将骨腔内擦干, 将龈瓣复位, 协助缝合切口。⑤作根管倒充填者, 为了便于倒充填, 牙根断面切成唇、颊斜面, 用 4~6 号球钻从根管末端将根管向冠侧钻一纵沟, 长约 3~4 mm, 然后用球钻再向四周稍许扩大, 使之形成一个烧瓶状洞型, 协助医生拔干净残髓, 吸干根管内的水分, 以免发生欠充填^[2]。手术护士打开消毒外包装, 剪开口袋, 打开材料, 调拌材料传递给医生进行充填。

2.3 术后护理 因为口腔颌面部血液循环较丰富, 术后说话嘴角等运动造成局部血肿, 术后切口相应的面部加压包扎或冷敷, 术后 1~2 h 内尽量少说话, 进食流食, 减少口腔运动, 防止血肿; 观察治疗效果, 向病人交待注意事项并指导患者口腔卫生的自我护理, 术后 1~2 d 按医嘱抗菌消炎, 注意饮食, 不能进食过硬、过热的食物, 防止伤口出血。

3 结果

术后1年复查,结果治愈36例占80.00%,有效7例占15.56%,无效2例占4.44%,治疗成功效率为95.56%,与文献报道相近^[3]。

通过45例根尖切除的手术治疗与护理配合,笔者体会到:

- ①术前要做好充分的准备,包括环境、人员及器械的准备,做好病人的心理护理,打消病人的顾虑,消除其紧张和焦虑情绪;
- ②护士要熟悉该手术的全过程、手术的操作方法和步骤;
- ③必须熟练掌握口腔手术各种器械的使用方法,了解手术各阶段所需的器械,熟练、准确无误地将各种器械和材料迅速

平稳地送到术者手中;④加强口腔科手术各种设备的保养和保管。只有具备以上各种条件,才能很好地配合手术。

参 考 文 献

- [1] 毕海畅,高 岚. 牙胶尖刮治及切除术的护理配合[J]. 中外健康文摘·护理探讨杂志, 2008, 6(5): 275.
- [2] 周庆豪. 根管治疗失败原因分析及对策[J]. 广西医学, 2009, 31(2): 226-227.
- [3] 张文波. 根尖切除72例临床分析[J]. 中外健康文摘·临床报道, 2008, 5(6): 80.

(收稿日期: 2010-05-21 修回日期: 2010-06-28)

腹腔镜辅助腹会阴联合直肠癌根治术的护理

韦瑞丽 梁珠明 朱 霞 詹健玲

(广西医科大学第一附属医院结直肠肛门外科, 南宁市 530021)

【关键词】 腹会阴联合; 直肠癌根治术; 腹腔镜; 护理

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2010)04-0423-02

随着腹腔镜手术技术的不断进展,其以创伤小、疼痛轻、恢复快、进食早、肺部并发症少、住院时间短等优点而被越来越多的人所接受,同时也给护理专业增加了新的课题。2006年3月至2009年12月,我院成功地为15例低位直肠癌患者实施腹腔镜辅助腹会阴联合直肠癌根治术,经过严密观察及护理,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组低位直肠癌患者15例,男9例,女6例,年龄26~68岁,平均51岁;按Dukes分期, A期6例, B期9例,病理类型为低分化腺癌9例,中分化腺癌4例,息肉恶变2例,肿瘤下缘距肛门均在5 cm以内。

1.2 结果 本组15例患者手术均顺利,术后无并发症发生;术后人工肛门排气时间平均3.2 d,术后进食时间为2~5 d,平均3.6 d。术后未发生出血和感染,无造瘘口狭窄和黏膜坏死。术后随访18个月,未见切口种植及吻合口复发。

2 术前护理

2.1 心理护理 腹腔镜治疗低位直肠癌是国内新开展的项目,病人顾虑手术的安全性、有效性及高额费用,焦虑、恐惧等心理问题较突出。患者对腹腔镜手术普遍存在着疑虑、紧张等不良的心理状态,怀疑腹腔镜手术能否彻底切除肿瘤,担心术中、术后可能出现各种意外情况及不良效果。因此护士应本着对病人高度负责的态度,认真细致地为病人讲解手术的必要性和腹腔镜手术优越性,以及手术的效果,必要时让手术成功的患者现身说法,以打消病人的顾虑,增强病人的信任感、安全感和信心,使其积极配合手术。腹会阴联合直肠癌根

治术患者最大的担忧是永久的造口给病人生活带来的不便,护士应该耐心讲解造口的必要性,护理并不复杂,不影响日常生活和工作。同时取得患者家人及朋友的感情支持和经济支持,使病人安心接受手术。

2.2 术前检查 腹腔镜手术是全身麻醉,麻醉、手术等创伤可对病人心、脑、肺、肝、肾等重要器官造成影响。术前除常规检查外,应特别注意血气分析、PT、心电图检查结果。老年病人因呼吸肌、胸廓及肺组织的功能减退等因素,在持续CO₂气腹状态下容易引起高碳酸血症及呼吸性酸中毒,术前应做肺功能及血气分析检查,对病人手术耐受性做出准确评估;气腹对腹腔静脉的压迫使下肢血流受阻,加之采用头高脚低位,易发生下肢深静脉淤血和血栓形成,因此术前还应作凝血功能检测,对高危病人使用弹力袜和术中下肢加压装置^[1]。

2.3 皮肤准备 皮肤的清洁是预防切口感染的主要环节,备皮范围包括腹部、会阴、腹股沟区、肛门及肛周。因为脐部是腹腔镜的观察孔,应注意清洁。脐部准备的要求是既要彻底清除脐内污垢,又要保证脐内皮肤完整无损。在备皮时用松节油棉签擦拭,再用酒精棉球或者清水棉球反复清洗,达到预防感染的目的。本组备皮效果良好,术后无一例发生切口感染。

2.4 肠道准备 饮食和肠道准备与肠道开腹手术相同。术前3 d常规进流质饮食,口服链霉素、灭滴灵、石蜡油,术前1 d用磷酸钠盐口服液清空肠道。本组15例均采用口服洗肠法,即术前1日7 pm给予磷酸钠盐口服液150 mL,加温开水500 mL,于30 min内口服完,10~15 min后再饮水1 000 mL。观察排出大便的性状,若呈水样无渣则肠道准备良好;若大便含渣或呈黄色,说明肠道准备不充分,可改其他泻药如口服洗肠散、番泻叶或者灌肠处理。口服灌肠适用于肠道无明显梗阻、肾功能正常的病人,它的优点为服用方便、灌肠彻底,并且可