

- [J]. 中华泌尿外科杂志, 2002, 23 (10): 620 ~ 621.
- 17 Bauer JJ, Bishoff JT, Moore RC, et al. Laparoscopic Versus open pyeloplasty: assessment of objective and subjective outcome [J]. J Urol, 1999, 162(3): 692 ~ 695.
- 18 陈湘, 齐琳, 齐范, 等. 后腹腔镜下离断式肾盂成形术 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(6): 394 ~ 396.
- 19 Luke PP, Girvan AR, AlOmar M, et al. Laparoscopic robotic pyeloplasty using the zeus Telesurgical System [J]. Can J Urol, 2004, 11(6): 2396 ~ 2400.
- 20 马志方, 王东文. 机器人手术在泌尿外科应用和研究 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2005, 26(5): 355 ~ 356.
- 21 蒋绍博, 金讯波, 赵勇, 等. 机器人辅助腹腔镜肾盂成形术 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2005, 26(5): 295 ~ 297.

(收稿日期: 2007-01-07 修回日期: 2007-03-01)

宫腔镜手术的临床应用与护理进展

赵海琴

(广西壮族自治区人民医院妇二区, 南宁市 530021)

宫腔镜是近代妇科领域里出现的一门新技术, 具有不开腹、无切口、创伤小并保留子宫、手术时间短、术后恢复快、住院时间短等优点, 已被国内外学者广泛接受^[1]。但它也有一定的并发症和危险性, 因而其护理日益重要。做好患者的心理护理、健康教育, 进行充分的术前准备和细心的术后护理, 预防并及时发现处理并发症, 对促进患者术后尽快恢复有着重要的作用。现将宫腔镜手术的临床应用与护理进展综述如下。

1 宫腔镜手术的临床应用

1.1 宫腔镜下子宫黏膜下肌瘤切除术 1976年 Neuwirth 和 Amin 首次报道应用泌尿外科的前列腺电切镜作宫腔镜子宫肌瘤切除术, 如今宫腔镜切除黏膜下肌瘤和内突壁间肌瘤已发展为成熟的妇科手术^[2]。佟小明等报道一次手术成功率达 97.14%^[3]。

1.2 宫腔镜下子宫内膜切除术 对保守性激素治疗和 D & C 无反应的难治性子宫出血, 以往的处理方法是子宫切除。20世纪 80 年代起, 经宫颈子宫内膜切除术合理地替代了子宫切除术^[2]。国内外文献报道其成功率为 90% ~ 95%^[4]。

1.3 宫腔镜下宫颈良性病变电切术 宫颈良性病变包括宫颈肌瘤、宫颈息肉、慢性宫颈炎、宫颈湿疣等, 药物治疗往往无效, 以往多采用冷冻、激光、微波等物理治疗。因宫颈区域血管丰富, 特别是重度糜烂的宫颈, 常伴有粗大扩张的毛细血管网, 故术中宫颈创面的活跃出血是物理治疗的难点, 而宫腔镜电切术是根据宫颈病变种类和范围, 直视病灶并将组织放大, 使切割更准确、更彻底, 对宫颈糜烂患者切除范围达健康组织缘外 1 ~ 2 cm, 颈管息肉切至息肉的根部, 而颈管肌瘤切除肌瘤包膜即可。创面用滚球电凝止血, 疗效确切, 所以术中出血少^[5]。有资料显示^[6]: 一次治愈率达 93.5%, 术后创面光滑平整, 愈合不留疤, 无颈管粘连等并发症发生。

1.4 宫腔镜下子宫内膜息肉摘除术 子宫内膜息肉是异常子宫出血和不育症的常见原因。通常的治疗方法是盲目的刮宫术, 但盲目的宫腔操作并不能获得满意的效果。宫腔镜子宫内息肉摘除术是在直视下进行操作, 可“有的放矢”地钳

抓和从根部切除息肉。对无蒂息肉者, 常使用环形电极切除, 并且不损伤周围正常内膜, 术后满意率为 96.25%^[7]。

1.5 宫腔镜下宫腔粘连切除术 宫腔粘连是由于近期妊娠子宫损伤后瘢痕所致。宫腔镜宫腔粘连切除术是在直视下有针对性地分离或切除宫腔粘连, 使患者术后恢复正常月经周期, 改善与提高妊娠及分娩结果。葛春晓等^[8]报道, 宫腔镜手术治疗重度宫腔粘连 27 例后 65.2% (15/23) 月经恢复正常, 宫腔形态恢复正常占 63.0% (17/27), 基本正常占 33.3% (9/27), 总有效率 96.3%, 术后妊娠率 57.1% (4/7), 活产率 42.9% (3/7)。

1.6 宫腔镜下子宫纵隔切除术 子宫纵隔是最常见的女性生殖道畸形, 约占子宫畸形的 80% ~ 90%^[9], 在各类子宫畸形中其生殖预后最差。如今宫腔镜手术替代了传统的开腹手术, 被誉为治疗子宫纵隔的标准术式。虽然宫腔镜手术切除了子宫纵隔组织, 恢复了子宫腔的正常解剖结构, 但不意味着去除了所有影响妊娠的因素。文献报道^[10], 对于不孕患者宫腔镜手术子宫纵隔切除术平均受孕率仅为 44.1%, 但能使自然流产率由手术前的 84.1% 下降为 29.0%, 足月产率与活产率也分别由手术前的 3.3% 上升为 58.9% 和 97.4%。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 宫腔镜手术是一项新技术, 患者对宫腔镜手术不了解, 加之对自身所患疾病不甚清楚, 担心手术效果不佳及术后疼痛而产生恐惧和紧张心理^[11]。而患者的心理状态是决定手术成败的重要因素之一, 所以心理护理尤其重要^[12]。因此护理人员通过语言交流, 了解患者的需要, 对患者作出正确的评估, 并根据不同疾病所选择的不同手术方式向患者详细介绍手术过程、麻醉方法, 针对患者的不同情况给予耐心细致的心理疏导^[13], 让患者了解宫腔镜手术的优点及操作方法, 消除焦虑和紧张心理, 提高痛阈值及耐受性^[14], 使其进入积极的生理和心理状态, 主动配合手术和治疗, 这有利于患者术后躯体的康复。

2.1.2 术前常规检查 常规抽血检查, 了解患者的肝、肾功

能,有无贫血及凝血情况,做心电图、胸透,了解心肺功能。对有内科并发症如糖尿病、高血压、心脏病等患者应加强监护,必要时请专科医生会诊治疗,平稳后再考虑手术。

2.1.3 阴道准备 阴道准备是围手术期处理的重要环节,可预防术后感染,促进创面愈合。我们术前3 d用0.1%新洁而灭液冲洗阴道+阴道上药(灭滴灵片0.4 g),每天1次。

2.1.4 常规准备 手术前一天按常规准备会阴部皮肤、配血,仔细询问患者有无药物过敏史,遵医嘱进行手术带药的过敏试验,术前一晚给予安定5 mg口服,保证患者得到充足的睡眠。

2.1.5 肠道准备 术前一天晚上进半流质饮食,12 h禁食,6 h禁水。传统的方法于术前晚及术晨用肥皂水清洁灌肠,但操作烦琐,不易被患者接受。有报道^[15]于术前4~5 h一次性口服20%甘露醇250 mL,30 min后给予口服等渗盐水500~1 000 mL,排便2~3次后肠道基本清洁,比较适合妇科手术病人,而且作用快,副作用小,操作简单,病人痛苦少,易接受。我们的做法是:术前1 d午餐后半小时内,口服20%甘露醇250 mL+等量温开水共500 mL,1 h内服完,服后嘱患者多喝水,肠道清洁好,明显优于传统的灌肠法。不足的是少数患者排便次数过多,出现虚脱现象;而有少数患者排便次数过少,达不到预期的目的。如有内科并发症的患者,肠道清洁时我们于术前晚及术晨用外用生理盐水清洁灌肠。

2.1.6 器械准备及消毒 宫腔镜器械一般由专职护士经培训后管理,器械消毒前护士检查宫腔镜全套器械及其功能有无障碍,包括宫腔镜附件、冷光源、膨宫液调节系统、高频电刀等,准备足够的膨宫液和备用药物,确保整套器械在手术中使用安全。检查完毕,将宫腔镜体及全部光缆电极置于盛有2%戊二醛原液的密闭熏箱熏蒸8 h,摄像头用75%酒精擦拭两遍。

2.2 术中护理 术中监视仪器的正常运转,同时还要严密观察病情变化、注意患者的脸色和表情,观察血压、心率、呼吸、血氧饱和度等的监护情况,发现异常及时报告手术医生。因宫腔镜手术是以电能切割的方法进行的,为避免电灼伤,必须做好安全护理,将电极板与患者皮肤牢固接触。术前排尽注水管的气体,术中注意膨宫液,并随时更换膨宫液瓶,不能使膨宫液走空,以免发生空气栓塞。当手术时间过长,膨宫液入量超过出量过多,要及时提醒手术医生,以免发生水中毒^[16]。

2.3 术后护理

2.3.1 生命体征的监测 宫腔镜手术病人虽然损伤小,但仍存在着出血的危险,术后应每小时测血压、脉搏、呼吸1次,必要时给予心电监护,连续6 h平稳后3次/d。术后第1天可出现一过性发热,体温骤升至37.6℃~39℃,一般认为是灌流液的致热源反应,亦警惕感染的可能,应注意体温的变化,超过38.5℃应予物理降温,或使用退热药物。

2.3.2 阴道出血的观察 正常宫腔镜手术后,或多或少均会有阴道出血,应观察阴道出血量,尤其是较大宫颈肌瘤切除后,创面较大较深,阴道出血较多,如阴道流血多、持续时间长,可应用缩宫剂、止血剂。

2.3.3 抗炎治疗护理 因宫腔与外界相通,在创面未愈合之

前易发生逆行感染,故术后遵医嘱用0.1%新洁尔灭溶液擦洗会阴,每天1次,并常规应用抗生素预防感染。

2.3.4 腹痛的观察 宫腔镜手术后常因痉挛而引起腹痛,用阿托品0.5 mg皮下注射,可缓解症状,如腹痛严重时应查明原因,并注意观察腹痛的性质、部位、程度和伴随症状,腹部有无肌紧张、压痛、反跳痛,慎防子宫穿孔及其他脏器损伤。

2.3.5 饮食的护理 局麻的患者术后即可进食,硬膜外麻醉术后6 h给予半流质饮食并逐渐恢复普通饮食,予高蛋白、高维生素饮食,促进宫腔受损组织的修复,鼓励患者大胆食用新鲜水果和蔬菜,增加维生素C的摄入,以促进胶原蛋白的合成,减低血管壁弹性,增加血管通透性,促进伤口愈合。

2.3.6 健康教育 病人术后3~5 d即可出院,出院前应给予全面的健康指导,提高病人的自我护理能力,促进康复。告知病人阴道流血及排液情况,因宫腔创面尚未上皮化,术后2个月内阴道可有少许血液,于1周内逐渐转为淡红色血水,继而为黄色水样,最后为白色水样排液,是正常现象;如术后2个月内有月经量出血,应来院就诊。宫颈电切的患者,术后7~10 d为脱痂期出血,是术后正常现象,宫颈创面脱痂后有一个自然修复过程,使患者解除顾虑,出血量一般少于月经量,不须作处理,出血如同于月经量或超过月经量,也应及时来院就诊。指导患者术后避免重体力劳动或激烈运动1个月,禁性生活及盆浴、游泳1~2个月,此外,还要按规定来院,定期复查^[17]。

参 考 文 献

- 1 邹声泉.实用腹腔镜外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.755.
- 2 夏恩兰.妇科内镜学[M].北京:人民卫生出版社,2001.117~142.
- 3 佟小明,夏恩兰.宫腔镜手术治疗大宫腔内肌瘤的安全性研究(附70例分析)[J].中国内镜杂志,2006,12(4):352.
- 4 Perez-Medina T, Haya J, Frutor LS, et al. Factor influencing Long-term outcome of Loop endometrial resection[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2002, 9(3): 272~276.
- 5 关 铮.微创妇科学[M].北京:人民军医出版社,2004.347~348.
- 6 陈美一.宫腔镜电切治疗宫颈良性病变的临床研究[J].中国内镜杂志,2003,9(2):27~29.
- 7 王群策.子宫内肌瘤肉宫腔镜电切治疗80例临床分析[J].内蒙古医学杂志,2005,37(7):625.
- 8 葛春晓,裴德恩,左怀之,等.宫腔镜手术为主综合治疗重度宫腔粘连27例临床研究[J].中国微创外科杂志,2004,4(1):54.
- 9 Kupesic S, Kurjak A, Skenderovic S, et al. Screening for uterine abnormalities by three-dimensional ultrasound improves perinatal outcome[J]. J perinat Med, 2002, 30(1): 7~17.
- 10 赵 艳,段 华.宫腔镜子宫中隔畸形切除术生殖预后分析[J].实用妇产科杂志,2004,20(2):93.
- 11 岳春生,王彦患,李雅玲,等.脊柱内窥镜椎间盘摘除术的护理[J].中华护理杂志,1998,33(5):387.
- 12 封 丹.手术病人的心理护理[J].菏泽医学专科学校报,2003,(1):39.
- 13 翟丽英,贺敏丽.妇科手术病人的心理问题与心理疏导[J].护理研究,2004,18(5B):908.

- 14 陈巧云,孙爱芝. 宫腔镜检查及治疗前病人的护理干预[J]. 职业与健康,2003,19(1):159~160.
- 15 张敏杰,关喜凤,付颖,等. 妇科病人术前肠道清洁的护理体会[J]. 航天航空医药,2000,11(4):240~241.
- 16 郜红艳,刘冬俊. 宫腔镜手术出现水中毒2例[J]. 沈阳医学院学

报,2006,8(1):54~55.

- 17 夏福平,林桂梅,金国芳. 宫腔镜检查与手术护理[J]. 实用临床医学,2002,3(2):92~93.

(收稿日期:2007-01-05 修回日期:2007-02-16)

胃管置入方法的最新进展

黄颖¹ 周梅芳²

(1 解放军总医院第十二病室,北京市 100853; 2 广西南宁市红十字会医院,南宁市 530001)

近年来,尽管胃管置入适应证有所减少,但在急诊抢救中却必不可少。此外,对于上消化道出血、急性中毒、有肠道梗阻的晚期肿瘤病人及肠梗阻引起的顽固性呕吐和胃肠减压等,胃管是常用的急救措施。虽然胃管置入是临床护理基础操作之一,但在置管过程中常常出现置管困难和异常,导致病人痛苦和置管失败。为此,广大护理同仁对胃管置入方法进行了大量的研究,尤其是近几年,使之更具人性化和科学性。现综述如下。

1 新生儿胃管置入方法

由于新生儿吞咽、咳嗽反射不完善,因此增加了置管的难度。冯日珍等^[1]根据新生儿在置管中易哭闹的特点提出屏气间歇置入胃管法,即利用患儿“啊”的哭声瞬间,迅速将胃管插入咽喉部,然后在患儿哭声之后屏气间歇,迅速将胃管置入至所需长度。李华娟等^[2]提出,先将患儿头自然仰,将胃管置入口咽部后,抬高胃管使之贴近上腭,沿咽后壁下方置入,使鼻胃管在咽后壁形成一个曲率较小的曲线形状,减小阻力,提高置管成功率。王洪娟等^[3]主张患儿仰卧位,床头抬高 20° ~ 30° ,或者头高斜坡位 20° ~ 30° ,仰卧在家属怀中,评估及清洁鼻腔,测量长度,将安抚奶嘴放入患儿口中,在插管的过程中借助患儿吮吸奶嘴,做吞咽动作时,迅速将胃管通过咽喉部,然后缓缓插入所需长度,确定在胃中后固定胃管。

2 小儿胃管置入方法

对年龄小不能合作的患儿(1~2岁)应选择合适型号的小儿硅胶胃管。患儿坐于家长膝上,双膝夹在家长双腿之间,家长一手固定患儿头部,另一手固定患儿双手,操作者按常规操作做好标记后,用石蜡油润滑胃管,在给小儿心理安慰的同时,从患儿一侧鼻孔轻轻插入,当插到喉部时,抬高体外胃管呈 45° 角继续插入。如患儿不配合做吞咽动作,可稍停片刻,趁其哭泣中未深吸气时立即将胃管插入,因此时为吸气期,胸腔、食管内呈负压,食管贲门处平滑肌松弛,胃管受阻力小,易顺利插入胃内。对能张口配合的2岁以上患儿,利用塑料注射器外套管制成简易开口器,打开患儿口腔,使其咽部与外界形成通道,从而使胃管顺利插入,操作者窥视到胃管所经途径,避免胃管在口腔中盘曲,对牙关紧闭者,可避免使用一般

开口器所致损伤^[4]。

3 成人胃管置入方法

3.1 一般成人胃管置入法 常乃秀、陈淑玲等^[5,6]提出,让患者口含温开水 $5\sim 8\text{ mL}$,当鼻胃管插至咽喉部时,嘱患者将温开水咽下,同时将胃管顺势随水插入至所需长度。鞠贞会等^[7]提出在患者含化维生素C片剂约 60 s 后,插入胃管约 15 cm ,再随患者的吞咽动作置管。此方法依据维生素C显酸性,含化维生素C片剂时,在条件反射和非条件反射的共同作用下,患者会分泌唾液并不自主地产生吞咽动作,便于胃管顺利置入。陈茹等^[8]介绍缓速插管法效果好。当胃管沿一侧鼻腔缓缓插至咽喉部($14\sim 16\text{ cm}$)时,嘱患者作吞咽动作,随吞咽动作将胃管缓缓插入,并根据患者反应调整插管速度。如患者反应强烈或有阻力时,速度应减慢或暂停后再缓缓插入胃内。因插管速度较慢、动作轻,用力小而均匀,患者吞咽动作与护士插管动作易于配合一致。临床观察发现,插管前患者常有紧张、恐惧心理,因此缓速插管法符合患者心理需求,可边插管边鼓励、安慰患者,分散其注意力,使患者心理及精神放松,有利于胃管沿食管的自然弯曲下降。高小平等^[9]提出观察呼吸巧置胃管法。方法是向患者讲解观察呼吸的目的及配合置入的方法,当胃管插入 $10\sim 15\text{ cm}$ 时,让患者做深呼吸运动,患者吸气末呼气初食道打开迅速将胃管插入。赵丽霞等^[10]报道屏气插入胃管法:置管前向患者告知并训练屏气,插管时将胃管沿鼻孔轻轻向前推进插入。当胃管通过咽部时,嘱患者作屏气或呕吐动作,保持至少 10 s ,当插入胃管达 $30\sim 40\text{ cm}$ 时,嘱患者停止屏气并深呼吸,继续将胃管插至预测长度。张俊丽^[11]报道左侧卧位胃管插入法,即患者取左侧卧位,肩垂于床,头伏于枕,将胃管由一侧鼻孔插入,管达咽下部及食管上口约 15 cm 时手稍感有阻力,继续向前推进即可顺利插入胃内。司秀梅^[12]提出,先滴数滴润滑止痛胶于一侧鼻孔,再将 $0.4\sim 0.8\text{ mL}$ 润滑止痛胶经口腔滴入舌根部,嘱患者做吞咽动作,使药物布满咽喉并进入食管起局部麻醉作用,再行置管。此法降低咽部喉上神经对鼻胃管刺激的敏感性,减少患者痛苦。丁肖娟等^[13]、杜君等^[14]报道在患者插胃管前先口服舒泰 3 mL $2\sim 3\text{ min}$ 后咽下,按需要插入胃管,将剩余的 2 mL 舒泰均匀涂在胃管表面,其它步骤同传统置胃管