

达 87%, 血压先升后降, 两肺听诊有啰音, 急查血钠低于 130 mEq/L, 立即停止手术, 改头高足低卧位, 遵医嘱静注速尿 20~40 mg、地塞米松 10 mg, 面罩加压给氧。症状缓解后, 继续完成手术。术毕留察 30~60 min 后安返病房。本组围术期无死亡病例。

4 体会

4.1 术中心理支持 手术前一天虽然与病人进行了心理沟通, 其心理上也有一定的准备, 但进入手术室后仍会有一些的恐惧感, 表现为紧张、血压升高、脾气暴躁、焦虑等矛盾心理。巡回护士主动与其亲切的交谈, 使其放松, 转移注意力, 减少病人对手术室的恐惧感和紧张心理, 使其安全顺利的完成手术。

4.2 注意防止循环系统的波动 施行 TUVF 术的几乎均为老年患者, 且多数伴有全身性疾病, 一般情况差, 对麻醉和手术的耐受能力差, 护理上应配合麻醉师合理输入液体, 保证血液循环稳定。手术结束后, 应注意避免因体位改变而引起的血液动力学的改变, 因此在放平双下肢时, 应先将一侧肢体放平, 测量血压, 观察 3~5 min, 血压无明显改变再放另一侧肢体, 以防止大量血液同时涌向双下肢, 使回心血量剧减而造成不良的后果。

4.3 注意保暖 手术室温度保持在 24℃~26℃, 给患者盖上小棉被, 灌洗液加温至 28℃左右, 防止因环境温度低及一般室内温度下灌洗液大量冲洗导致中心体温降低而引起寒战, 组织耗氧增加及相应的血液动力学变化, 造成心脏应激而加重其负担, 并影响手术的安全性^[1]。

4.4 前列腺包膜穿孔尿外渗的防治 本组发生 1 例前列腺包膜穿孔尿外渗, 病人出现烦躁不安、下腹部疼痛及膨隆, 是由于大量灌洗液外渗至膀胱周围、后腹膜间隙或腹腔内。处

理方法为立即行耻骨后或腹腔引流, 膀胱造瘘, 经及时处理未造成严重后果。因此, 术中巡回护士应注意观察灌洗液的出入量及腹部情况。

4.5 电切综合征(TURS)的防治 TURS 是前列腺电切术(TURP)常见的严重并发症。文献报道其发生率占 2.0%~29.0%, 死亡率为 0.6%~1.6%^[2]。病因是高容量低钠水中毒引起机体各器官系统(脑、心、肺等)一系列病理生理改变。临床主要表现为恶心、呕吐、胸闷、气促、高血压、心律紊乱、视力模糊甚至神志迷乱、抽搐等。TUVF 电流强度大, 表面组织温度高达 300℃以上, 术中出血、冲洗液吸收较少, 可相对延长手术时间, 不易致包膜穿孔等^[3], 但仍不可避免发生 TURS。叶敏等^[2]报道发生率 2.7%, 本组发生率 1.03%。虽然发生率不高, 但后果严重, 仍须引起重视。TURS 的防治要点为: ①积极处理术前合并症, 做好充分准备; ②常规行中心静脉压监测; ③限制术时在 120 min 内, 灌注压 8~9 kPa 左右; ④早期识别 TURS 先兆征象: 气急、胸闷、头痛、颈静脉怒张、中心静脉压升高; ⑤及时处理 TURS: 吸氧、静脉内迅速注入 20~40 mg 速尿, 并根据血钠、血钾、动脉氧分压和血 pH 等, 应用高渗(10%)氯化钠、碳酸氢钠、地塞米松, 甚至强心剂。本组中 5 例 TURS 患者因发现及时, 处理得当, 未造成严重后果。

参 考 文 献

- 1 白志明, 刘振湘, 张冲, 等. 经尿道前列腺电切围手术期低温对患者生命体征的影响[J]. 中华泌尿外科杂志, 2005, 26(3): 197.
- 2 叶敏, 陈建华, 孔良, 等. 经尿道前列腺电切术的并发症及其防治[J]. 中华泌尿外科杂志, 1997, 18(6): 362~364.
- 3 白文俊, 王晓峰, 朱积川, 等. 经尿道前列腺电汽化术的合并症[J]. 中华泌尿外科杂志, 1998, 19(1): 38~39.

(收稿日期: 2007-01-05 修回日期: 2007-03-02)

电视宫腔镜检查 and 手术的护理配合

兰惠英

(广西壮族自治区人民医院妇产科, 南宁市 530021)

宫腔镜技术以其安全、有效、微创、保留子宫等优点, 已被广大妇科医生和患者所接受, 宫腔镜检查是诊断宫腔内病变的金标准, 宫腔镜电切术是治疗宫内良性病变及功能失调性子宫出血的首选方法^[1]。而娴熟的护理配合提高了宫腔镜手术的质量, 缩短了手术时间, 又增加了病人的安全感, 降低手术并发症的发生, 大大提高了护理质量。我科近两年来对 415 例门诊和住院病人施行宫腔镜检查 and 手术, 取得了很好的效果, 现将护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科 2004 年 1 月至 2006 年 12 月行宫腔镜检查 and 手术 415 例, 年龄在 20~70 岁。疾病类型: 镜下取 IUD

30 例、输卵管通液术 112 例、纵膈子宫诊治 9 例、宫腔镜辅助人流(清宫) 14 例、子宫颈管息肉 40 例、内膜息肉 61 例、子宫黏膜下肌瘤 97 例、子宫腺肌病 19 例、功能性子宫出血 33 例; 所有病人检查、手术过程顺利, 未发生并发症。

1.2 方法 患者术前常规排空膀胱, 采取膀胱截石位, 行电视宫腔镜检查 and 手术。应用膨宫介质(5%葡萄糖溶液)扩张宫腔, 通过纤维导光束和光透镜将冷光源经宫腔镜导管导入宫腔内, 经摄像装置把宫腔内图像直接放大显示在电视屏幕上观看宫颈管、宫颈内口、子宫内膜及输卵管开口情况, 针对病变组织直观地准确取材、电切除并送病理检查^[2]。

2 术前准备

2.1 术前访视患者 尽管宫腔镜在操作过程中创伤小,痛苦少,但因病人对其了解不够,会产生紧张心理情绪,因此针对不同病人进行心理疏导,消除心理顾虑。术前了解病人病情,术前常规进行体温测量,体温 37.5°C 以上、阴道分泌物检查异常、急性阴道炎、宫颈炎者待治疗后再行手术。

2.2 常用基础物品 妇科会阴部常规手术器械及敷料打包高压灭菌,包括窥阴器、宫颈钳、卵圆钳、扩宫颈器、子宫探针、子宫刮匙、吸刮头、长镊子、治疗碗、方纱、棉球等。选择合适的宫腔灌流液,一般备5%葡萄糖溶液 $1\ 500\sim 5\ 000\ \text{mL}$ (糖尿病患者备5%甘露醇)作为膨张子宫液,5%葡萄糖溶液为非离子溶液,电切时不会电击患者。

2.3 宫腔镜设备及器械 电视摄录仪、监视器及摄像头、冷光源及导光束、高频电刀及导线与负极板、膨宫机器及出入水管、宫腔镜光学纤维管、操作手件、电切镜外鞘、电切镜内鞘、电极,术前用2%戊二醛浸泡宫腔镜光学纤维管30 min以上,检查并保持各设备器械性能良好。

3 术中配合护理要点

3.1 体位及消毒的护理配合 协助患者取最舒适的体位,手术体位取仰卧截石位,脚架用棉垫包裹以保护患者腿部皮肤,以防出现腓总神经麻痹,禁止病人体表与手术床及任何监护器械的金属部分直接接触,放置负极板于肌肉丰富处,可用厚垫隔开。臀下垫一次性治疗巾,先用0.2%肥皂液和温开水清洁一遍,再用0.1%碘伏消毒。消毒范围:整个会阴区,上至耻骨联合,下至大腿内侧上 $1/3$ 。

3.2 手术配合 协助医生穿无菌手术衣,铺灭菌布单,配合手术医生常规消毒阴道,扩张宫颈至8~9号,扩张宫颈条以 $1/2$ 为一个增长单位,扩至能容纳宫腔镜外鞘为宜;调整好手术无影灯,对准会阴区域。按使用说明正确连接机器各接头、设备导线及宫腔镜器械操作部件,接通电源,连接膨张子宫输液器,调节膨张子宫压力,连接输入管和输出管,通过电子膨张子宫泵连续冲洗宫腔,接通“开始”键试机,排空气泡后,使之处于工作状态。调节冷光源亮度,摄像仪对白平衡,保证监视器图像清晰真实。密切观察手术进展情况,根据手术需要递给器械,术中经常检查负极板是否有松脱。检查膨张子宫液灌注与排出通畅,术中及时更换液体。根据术者需要熟练调节电切功率,电切输出功率一般 $60\sim 80\ \text{W}$,电凝 $60\sim 80\ \text{W}$ 。

3.3 严格无菌操作 病人所用物品严格消毒,侵入器材彻底灭菌,做到每人使用一份无菌手术包。连续手术时,术者重新洗手、戴手套、更换手术衣,手术床要彻底清洁消毒,更换垫布。按时间要求浸泡宫腔镜:2%戊二醛浸泡消毒30 min以上,防止交叉感染的发生。

3.4 预防及处理并发症 文献报道:宫腔镜手术并发症的发生率为 $0.28\%\sim 2.7\%$ ^[3],最为常见的有水中毒、空气栓塞、子宫穿孔等,因此术前应准备各种抢救药物和氧气,为患者建立静脉通道,观察患者意识、心率、血压、呼吸,经常询问患者的自我感觉,发现有异常及时报告术者,以防并发症发生的可能。按要求来设定膨张子宫压力、流量和残余量,防止水中毒,一般宫腔压力 $110\ \text{mmHg}$,液体最大流量 $250\ \text{ml}/\text{min}$,连接管串联2瓶以上 $500\ \text{mL}$ 的5%葡萄糖溶液作为膨张子宫液,及时更换液体,以防吸空而发生空气栓塞。空气栓塞是宫腔镜手术中罕见但致命的并发症,致死率高达 70% 以上^[3];最为

常见的原因是膨宫器的进管中有气泡或因药液用完未及时更换液体,使空气进入宫腔,空气经破裂的血管入血液循环,一旦发生立刻停止手术,让患者左侧卧位并抬高右肩,加压给氧,静推地塞米松 $5\sim 10\ \text{mg}$,给予扩张血管药、强心利尿剂。子宫穿孔是宫腔镜手术最常见和最严重的并发症,一旦怀疑穿孔,应立即停止操作,穿孔情况不明者应行腹腔镜检查,腹腔镜下可行穿孔部位的双极电凝止血及缝合,对子宫破口大、有活动性出血或怀疑有临近脏器如肠管、膀胱、大血管等损伤者,要立即行腹腔镜检查。

4 术后处理

4.1 做好仪器保养 宫腔镜属于价格昂贵的精密仪器,使用时要求轻拿轻放,切忌碰撞,因其结构特殊,存在许多狭窄的管道和阀门,给清洗工作带来一定的困难。清洗镜体及附件等器械应轻柔,切忌碰撞及叠压,需将所有器械全面拆卸,用流动水及专用毛刷彻底清洗所有管腔中的血液和黏液积垢,保持镜片的清晰。内镜经清洗、冲洗后,将75%酒精注于每个细小孔道内,最后用橡皮球向孔道内吹气,以保持孔道内干燥。光学纤维管置于专用盒内,防止折断以免损坏光束。金属关节部位用石蜡擦拭防锈。电灼器、冷光源、光电视频转换器、监视器各旋钮回复零位,加罩保护。

4.2 标本处置 术中切除下的组织标本,及时贴上病人的姓名,加入防腐剂,及时送病理检查,防止变质,影响结果判断,延误治疗。

4.3 交待病人注意事项 术后门诊病人或坐或平躺休息30 min后可回家休息,住院病人送回病床休息。为防止宫内感染,术后禁同房、盆浴或游泳1个月,尽量不从事重体力劳动,遵照医嘱口服抗生素、止血药,术后几天有轻微的腹痛,是由于子宫受损伤刺激出现收缩,属正常现象。术后若有发热、腹痛或阴道异常流血等及时来院就诊,待下次月经干净后常规门诊复查。

5 讨论

宫腔镜检查是目前宫腔内病变、宫颈管内病变诊断的金标准,对于异常子宫出血、不孕症、反复流产、环取出困难,要进行常规检查,联合B超、病理检查可提高诊断的准确率,具有广泛应用的前景。术前患者的心理护理、手术器械的准备和消毒、术中病情的观察、仪器的调控、精密器械养护、术后病人健康指导等护理配合是宫腔镜检查和治疗成功的前提条件和技术保障。作为妇产科护士,应加强专业理论学习,不断提高业务技术,提高护理质量,满足来自医院、医生、患者、家属等社会各方面的要求。

参 考 文 献

- 1 夏恩兰主编. 妇科内镜学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001. 151
- 2 刘小萍. 宫腔镜手术并发症及防治[J]. 医学综述,2005,11(7):648~650
- 3 王沂峰. 宫腔镜手术的并发症及其防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(11):669~670

(收稿日期:2007-01-12 修回日期:2007-03-02)