

4 术后护理

4.1 术后第1天取下眼罩,拭净眼部分泌物,裂隙灯检查角膜有无红肿、是否透明、有无感染征象及检查角膜瓣复位情况及有无上皮植入现象。指导患者正确用眼,勿用力挤眼,勿使外力碰撞眼球,术后2个月内勿用手揉眼,避免生水入眼。本组病例未发生角膜感染。

4.2 LASIK术后一般不出现明显的疼痛。本组有3例术后4~6h内出现明显的疼痛、眼部分泌物增加,经医生检查均为角膜瓣移位引起,立即进行复位,给予对症处理,并向病员讲解疼痛的原因,安慰患者,消除紧张情绪。

5 健康宣教

术后向病人交代复查及用药情况。术后1d、2d、10d及1个月、3个月、半年、1年需定期复查。术后滴用抗生素和皮质类固醇激素眼液约1个月,并向患者说明视力恢复是一个逐渐演变的过程,通常2周至1个月达到最佳矫正视力,近期内看书、看报等不够清晰,半月内少看电视,不熬夜。嘱病人多食富含维生素A、C、E的食物,如猪肝、胡萝卜、鸡蛋、牛奶等,以利角膜修复。少食或勿食刺激性食物,如辣椒、槟榔等,以减轻眼部反应程度。因患者需用1个月左右的眼药水,所以应向病员示范正确的滴用眼液的方法,并嘱其定期复查。同时

应建立病人病历档案及术后复诊手册,电话随时联系,以了解术眼的有关情况,对病人的复诊结果进行详细记录,以掌握病人视力、眼底、眼压及角膜瓣修复情况,给予及时医疗指导。如有眼胀、眼痛及视力明显下降应随时就诊。

从总体上来说,LASIK是目前矫正近视的有效手段之一,这项手术除了在设备和技术方面有较高的要求外,还需要患者有较好的配合。我院开展此项手术以来已为近千例近视患者施行手术,效果良好,病人满意度高。但是也应该认识到只要是做手术,都会存在一定的风险。因此,医护人员我们应当树立为病人负责的思想,术前应严格筛查病人,详细了解病人眼部情况,对不适合做此类手术的病人,应向病人耐心解释,取消手术。其次,术前应认真做好卫生宣教工作,让病人充分了解自己的眼部情况、手术存在的风险性及术后视力恢复的情况等,使病人对手术有一个充分的认识,安全地度过手术治疗及术后自我护理阶段,提高手术成功率。

参 考 文 献

- 1 王 英.激光原位角膜磨镶术治疗近视的配合与护理[J].华南国防医学杂志,2002,16(4):53.
- 2 谢广艳,陈 愉.手术室空气净化与紫外线空气消毒后[J].实用护理杂志,2002,18(2):47.

后腹腔镜输尿管切开取石术康复期的健康教育

广西南宁市第一人民医院(南宁 530022) 玉兰芬 付杰新

后腹腔镜输尿管切开取石术与传统的输尿管切开取石术相比具有创伤小、出血少、并发症少、恢复快等优点,在泌尿外科手术治疗中应用日趋广泛。但由于患者缺乏对手术的认识,产生被拿来实验的错觉,术中及术后未能很好地配合治疗及护理,给术后的康复造成一定的影响。因此,对术后病人进行健康教育十分必要。我院于2002年5月至2005年12月对69例后腹腔镜输尿管切开取石术患者进行健康教育,收到了满意的效果,有效地提高了病人自我保健意识和康复期生活质量,现报告如下。

1 临床资料

本组69例,男41例,女28例,年龄最小26岁,最大70岁,平均年龄43.6岁。均为输尿管结石行后腹腔镜输尿管切开取石术患者,中小学文化程度15例,高中文

化程度20例,大中专以上文化程度34例。

2 健康教育方式

2.1 主管护士负责制 主管护士各自分管5位住院病人,针对患者不同的文化层次、社会背景、社会能力,采用不同的交流方式,根据存在问题进行健康指导。护士长在每日护理查房中,评估护士对健康教育的执行情况的同时,也评估患者对健康教育的接受程度、注意事项的实施情况,并再次给予强化。

2.2 发放健康教育处方 根据腹腔镜手术的特点,制订系统、内容全面、图文并茂的健康教育宣传单,发给病人或家属仔细阅读,进一步掌握自我护理方法,并能起随时指导作用。

2.3 随机性教育 护士利用进入病房进行评估、体检、执行操作或巡视病房的机会对病人进行健康教育。在

护理过程中发现患者有不正确的健康行为或疑问时,随时纠正或提供教育咨询。这种方式大大增加了护士与患者沟通的机会,而且患者易于接受,记忆牢固,效果好。

2.4 电话回访制 出院两周内的病人,由主管护士主动打电话至病人家中,询问病人恢复情况,及时提醒病人各方面的注意事项,减少意外情况发生。留下科室咨询电话,告知病人出现不良情况可随时拨打咨询电话,使病人在家中也能及时得到健康教导。

3 健康教育内容

3.1 心理指导 后腹腔镜输尿管切开取石术是泌尿外科新开展的微创手术,病人对新手术缺乏可比性,对手术效果也不甚了解,会产生被拿来作实验的错觉。因此,必须向病人及家属详细说明腹腔镜手术的先进性和科学性,开展此手术已日趋成熟并积累了大量经验,将我们掌握的相关资料对病人详细讲解,向病人说明只有具备良好的心理状态配合治疗才能达到最佳手术效果,术后给予精心护理,随时提供必要的健康指导,以取得病人的理解和配合^[1]。

3.2 饮食指导 术后肛门排气、肠蠕动恢复后鼓励多饮水,每日饮水量 2 000 ~ 3 000 mL,尿量增加达到内冲洗的作用。饮食应由流质 - 半流质 - 普食逐渐过度,多食青菜、水果保持大便通畅。根据结石成分分析,对草酸钙结石者避免过多进食含草酸的食物,如菠菜、草莓、巧克力等,避免大剂量维生素 C 的应用,因其代谢最终产物是草酸,可促进结石形成;对磷酸盐结石者,忌大量饮用牛奶等^[2]。合并糖尿病病人根据饮食指导原则少量多餐,合并高血压病人低盐饮食,同时注意监测血糖和血压的变化。

3.3 运动指导 术后指导深呼吸,促进肺功能恢复,防止坠积性肺炎和肺不张。术后第 1 天如无不适,可取半卧位或下床活动^[3],促进肠蠕动,避免剧烈活动,3 个月内避免突然俯身拾物动作、提重物及用力排便等易致腹部压力骤增的因素,防止术中留置体内的双 J 管下移或脱出,可作短途步行、轻体力劳动,注意劳逸结合。

3.4 腹后腔引流管的护理指导 术后病人一般留置腹后腔引流管 3 ~ 5 d,指导病人如何观察引流情况,防止管道打折、受压、扭曲及脱落,保持引流通畅^[4],若引流液过多或血性引流液在 100 mL 以上者,应及时与医生联系;观察引流管周围皮肤情况,有无红肿,渗血渗液多时及时通知医生。

3.5 留置双 J 管并发症的观察及健康指导 ①尿路刺激症状:康复期出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状是双 J 管膀胱内段刺激膀胱三角区导致平滑肌痉挛所

致^[2],应向病人做好解释,嘱多饮水,以达内冲洗作用,减少尿沉积物结晶,减少双 J 管表面沉积物产生;②血尿:血尿的发生与双 J 管对输尿管及膀胱黏膜的机械刺激和留管期间活动量过大有关,注意观察尿液的颜色、性状,出血期间应适当减少活动,卧床休息,多饮水,必要时使用止血药物;③尿液返流:置入双 J 管后,由于输尿管膀胱壁段生理抗反流作用减弱或消失,取而代之的是肾盂膀胱之间压力差,当膀胱压力大于肾盂压力时易诱发尿液返流^[5]。表现为患侧腰痛,腹膜后引流量增加。告知患者术后血压平稳后采取半卧位,尿管持续开放,保持引流通畅,避免扭曲、折叠等措施是预防尿液返流的关键;拔管后嘱病人不要憋尿,要勤排尿,勿使膀胱过度充盈,积极治疗咳嗽、便秘,保持大便通畅。

3.6 拔管及复查 双 J 管留置 6 周后应拔除,告知患者留置时间过长易引起移位、粘连、结石形成和拔管困难等,嘱病人出院 6 周内按时回院拔管。出院后 3 ~ 6 个月内定期门诊复查 B 超和腹部平片。

4 结果

通过对行后腹腔镜输尿管切开取石术患者进行健康教育,使病人能主动配合治疗和护理,减少了并发症的发生,病人能在电话回访中较完整地复述康复期的自我护理知识,并按时回院复诊,提高了自我保健能力。另一方面,病房护士发挥了自身价值,激发了护士的学习热情和工作责任心,病人及家属对护士满意度大大提高,融洽了护患关系。

5 小结

对行后腹腔镜输尿管切开取石术患者实施健康教育过程中,采用主管护士负责制、发放健康教育处方、随机性教育、电话回访的健康教育方式对病人进行心理指导、饮食指导、运动指导、腹后腔引流管的护理指导、留置双 J 管并发症观察及健康指导,有效地促进了患者的康复,在进行健康教育过程中我们体会到对文化水平高、年龄偏轻的患者接受较快,配合的积极性强,而文化水平低,年龄偏大者,接受能力差。对于后者,应加大指导力度,反复多次指导,言语通俗易懂,直到病人熟练掌握为止。因此,开展健康教育不仅要有多种多样的教育方式,而且要因人而异,充分评估不同个体的需求,因材施教,才能提高术后康复期病人的自我保健能力和生活质量。

参 考 文 献

- 1 黄白桦,傅建勤. 后腹腔镜泌尿手术围手术期护理[J]. 福建医药杂志, 2002, 24(5): 155 ~ 156.

- 2 刘亚丽,寇允更,隋玉洁,等. 后腹腔镜输尿管切开取石术的护理[J]. 现代护理,2004,10(40):913~914.
- 3 翟小琴. 腹腔镜输尿管上段取石的护理[J]. 实用中西医结合临床,2004,4(6):74.
- 4 叶益卿,王守学,耿娇霞,等. 腹腔镜下输尿管切开取石的围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志,2005,14(2):248~249.
- 5 张金菊. 内置双J管并发症原因分析及护理[J]. 护士进修杂志,2002,17(10):793.

导管室护士的职业危害和防护

上海同仁医院(上海 200050) 范红

作为一名导管室的专科护士,必须明确职业危害的严重后果,提高防范意识,进行合理正规的操作,把从事介入事业所带来的危害降到最低点。现就导管室护士的职业危害因素及防护对策讨论如下。

1 职业危害因素

1.1 X线的危害 介入治疗与传统的X光检查不同,在操作过程中,工作人员几乎暴露在X射线剂量较高的辐射场中,而且操作时间较长,使介入放射工作者受照剂量比传统X射线工作者高数倍到数十倍^[1]。由于护士在术中需要密切观察病人的变化,随时配合术者的手术进展,经常在机房停留,特别是当病人出现不良反应时,护士在病人的头侧观察或护理,离射线源最近,会给护士造成多次少量的辐射危害,X线是看不见、摸不着的对人体组织器官、腺体与血细胞损伤较大的放射物质,且具有积蓄性,长期过量的辐射,使人产生乏力、头晕、失眠、食欲减退症状,使机体免疫力下降,严重可引起内分泌紊乱和造血系统损害。据统计,从事介入的工作人员均有白细胞及视力不同程度的下降,女性会出现月经延长、周期缩短或月经减少甚至停经。

1.2 化学物质的危害 在导管室工作环境中用于器械物品、空气和地面消毒的化学消毒剂如甲醛、戊二醛等,长期接触对人体皮肤、呼吸道、神经和消化道均有一定的不良影响,可引起皮肤过敏、胸闷、气喘或荨麻疹等。甲醛还可能引起职业性哮喘,甚至使细胞突变产生致癌致畸作用。

1.3 肿瘤化疗药物的危害 目前的抗癌药物均缺乏高度的特异性,对长期接触抗癌药物的工作人员具有极大的危害性。①许多抗癌药有强烈刺激性,稀释过程中会因抽液、排气不当,导致药液从注射器针头溢出,或在药物配制过程中因针头、针筒脱开,使药物溅到皮肤表面或眼内,产生局部损伤。②长期吸入抗肿瘤药物粉尘,有些药物是有挥发性,如鸦胆子开封后会嗅到一股浓烈的刺激性蒜臭味,用丝裂霉素粉剂配合栓塞时,可嗅到

一种铁锈味,这些挥发性的气溶胶和药物粉尘在空气中悬浮,被人体吸收可引起头晕、恶心、头痛、皮炎、脱发、抵抗力下降等副作用。虽然目前尚未发现长期接触抗癌药物的工作人员癌症发病率显著高于其他人数,但已有结果显示,有些工作人员的尿液中确实含有异常的染色体及诱变产物^[2]。

1.4 感染因素 导管室护士在工作中不可避免的接触患者的血液、体液、分泌物等,随时有被刀片划破、针头刺伤等损伤,尤其针刺伤,是医院最常见的职业危险因素,医院感染80%与针刺伤有关^[3]。所以感染的机会相对增多,特别是经血液传播的一些感染性疾病,如甲、乙、丙型肝炎和艾滋病等。

1.5 精神压力 介入工作有应急性、快速性、连续性、无规律等特点,无论白天、夜晚,也无论节假日,都需要无条件全身心的投入,常常面临危重的心血管病人、极度衰竭的晚期肿瘤病人,还要适应不同手术和介入医生的各种习惯和爱好。另外,随着各种新业务的不断开展,也给护理工作提出了新的挑战,持续紧张的刺激导致一定的心理压力,使人长期处于紧张状态,产生身心耗竭,导致身心疾病^[4],使之成为一种职业性危害^[5]。

1.6 其他 由于导管室护士工作时需穿着各种沉重的防护装置,如铅衣、铅帽、铅脖等,无规律的工作、无规律的饮食,极易导致下肢静脉曲张、腰颈椎病和胃十二指肠溃疡。

2 安全防护对策

2.1 X线防护 ①导管室管理:导管室工作环境应保持整洁、安静、室内安装通风及设备,良好的通风,可排除有害气体,保持空气新鲜,严格消毒隔离制度,定期空气消毒,布局合理,减少不必要的物品堆放,不但能有效消毒、灭菌,避免交叉感染,而且术中可以使非手术人员免受X散射线的照射,还可有效防止易挥发的化疗药物被工作人员吸入造成不良反应^[6];②严格执行操作规程:做介入手术的时间往往比较长,所以一定要加强个