

阴式筋膜外子宫颈切除术的护理体会

潘佳佳 陈智林 杨慧

(江西省妇幼保健院肿瘤科 南昌 330006)

关键词: 宫颈癌; 阴式筋膜外子宫颈切除术; 护理

中图分类号: R473.71

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.064

近年来,早期宫颈癌占宫颈病变的比例越来越大,其发病也呈现年轻化趋势,因此要求保留子宫的患者逐渐增多^[1]。目前,对要求保留生育功能的宫颈微浸润癌及 CINIII 患者,国内外多采用宫颈锥切手术^[2],但是对于 CINIII 合并阴道上段阴道上皮内瘤变及宫颈锥切术后复发患者,均难以实施宫颈锥切术。我院对此类患者进行阴式筋膜外宫颈切除术治疗,分析此类手术患者围手术期的护理措施,认为全面的围手术期护理有利于患者早日康复。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 7 月~2012 年 12 月江西省妇幼保健院肿瘤科收治的 104 例宫颈病变患者,均要求保留生育功能,符合以下标准之一:(1)LEEP 术后病理证实为宫颈鳞癌 I a1 期(未合并间质脉管受侵);(2)大面积 CIN III,估计宫颈锥切手术困难;(3)CIN III 合并阴道穹窿部上皮内瘤变;(4)CIN II~III 锥切术后或 LEEP 术后病变残存或复发。104 例患者中, I a1 期宫颈鳞癌 5 例,大面积 CIN III 期 95 例, CIN III 期 LEEP 术后或宫颈锥切术后病变残存 3 例,复发 1 例;患者年龄 27~40 岁,中位年龄 34 岁。

1.2 手术方法 在连续硬膜外阻滞麻醉下或静脉全麻下,患者取膀胱截石位,常规消毒、铺巾。用金属导尿管导尿,明确膀胱宫颈部附着处。于阴道穹窿部黏膜下注射生理盐水,便于分离。在宫颈外口水平上方 3~4 cm 环形切开阴道壁,分离膀胱宫颈间隙、阴道直肠间隙,推开膀胱及直肠,暴露宫骶韧带及部分主韧带,在距离宫颈侧缘 0.5~1.0 cm 处一并切断宫骶韧带及部分主韧带,并用 10 号丝线缝扎;于子宫峡部下 5~10 mm 处将宫颈离断,采用 sturmdorf 缝合法吻合断端,术后留置导尿管 24 h。

1.3 结果 104 例患者均接受手术治疗,平均手术时间 38 min (20~60 min),平均出血量 30 mL (5~100 mL),平均住院天数为 8 d (7~10 d)。术后随访患者诉月经及性生活正常;手术后无 1 例患者因阴道出血返院治疗。

2 护理

2.1 术前心理护理 患者年龄均在 40 岁以下,有强烈的生育要求。在得知宫颈病变的诊断后,情绪较为低落。保留生育功能的手术使她们看到了希望,但由于手术的不确定性,患者心中充满了焦虑,特别想多了解有关手术及手术预后的情况。此时护士可以根据病人的病情、年龄、学历等情况进行护理评估,利用术前准备时间给患者作详细地术前宣教,告诉患者此类手术创伤较小,手术效果好;且主刀医生是肿瘤科的专家,经验丰富,让患者精神放松,消除疑虑,使其以最佳的精神状态和健康心理去接受手术。

2.2 术前准备 术前准备与普通的阴式手术基本相同,不同的是阴道准备。由于此类患者有的存在接触性出血病史,因此手术前 3 d 予阴道冲洗,1 次/d。每次冲洗时用窥阴器轻轻打开阴道,不能放置过深,用 0.005% 的稀碘伏 300 mL 冲洗,操作过程中动作轻柔,冲洗后用干棉球擦干阴道壁,排除阴道内的冲洗液。切忌在不用窥阴器的情况下盲目冲洗,造成阴道出血。

2.3 术中护理 患者在接受手术时为膀胱截石位,而患者在麻醉后不能及时叙述不当体位引起的不适,若护士及时发现迅速调整,术后发现时通常并发症已形成,给患者造成极大伤害。因此手术前摆放好体位是手术配合的关键环节。截石位摆放过程中,动作要轻柔、缓慢,抬起、放下双下肢时尤其要注意;双下肢不能过度外展,防止腓骨挤压,损伤腓总神经,并在腘窝处垫上柔软的棉垫。同时必须避免下肢血管神经受到挤压,下肢固定不要捆绑得过紧;术中定时检查体位,每 15~20 分钟为病人双下肢按摩,预防下肢静脉血栓形成。

2.4 术后护理 手术后严密监测生命体征,尤其是手术后 4~6 h 血压及心率变化,常规给予抗感染、维持水电解质平衡、吸氧、心电监护等,密切观察有无阴道出血,准确记录阴道出血的量及颜色,有无腹痛情况,保持尿管通畅。交待患者家属手术后 6 h 内每小时按摩双下肢 10~15 min 预防下肢静脉血栓形

成,直至病人可自由活动为止^[3];术后 6~8 h 后可进流质饮食,次日进半流,少量多餐;进适量蔬菜水果,保持大便通畅。保持外阴清洁干燥,每日清洗外阴 1~2 次。

2.5 出院后阴道出血的护理干预 术后阴道出血是妇科手术最常见的并发症^[4],并发大出血时病情危急,严重时可引起休克,甚至危及患者生命。因此需要做好出院指导,告知患者及家属手术患者的伤口愈合较慢,嘱患者回家后应保持会阴部的清洁;大部分患者出院后 1 个月内阴道都会有少量出血,告知患者属正常现象,不用处理。患者一般应卧床休息 1 个月,禁止性生活及盆浴,避免下蹲、上举的

动作及重体力劳动,视病情可逐渐增加活动量;多进新鲜蔬菜水果,保持大便通畅。出院 3 个月后至门诊复查,了解伤口愈合情况及是否可以恢复性生活,如有病情变化及时就诊。

参考文献

[1]姜艳,孔为民.宫颈癌发病年轻化趋势的研究现状[J].医学综述,2012,18(24):4 166-4 169

[2]林伍梅,李艳芳,冯艳玲,等.宫颈锥切诊治 CIN III和宫颈癌 I a1 期临床观察[J].肿瘤学杂志,2006,12(2):109-111

[3]杨继辉,蔡月华.早期护理干预对预防妇科术后下肢深静脉血栓形成的效果观察[J].医学信息,2011,24(4):2 407-2 408

[4]王悦,李小平.LEEP 与冷刀锥切的比较[J].实用妇产科杂志,2009,25(7):389-391

(收稿日期:2014-02-24)

耳鼻喉手术中的护理安全隐患及防范措施

胡萍

(湖北省荆州市第二人民医院眼科 荆州 434000)

关键词:耳鼻喉手术;护理安全隐患;防范措施

中图分类号:R473.76

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.065

手术患者在手术进行的不同程度、不同阶段,护理人员的角色都十分重要,术前要详细了解患者的身心状况,术中要确保手术顺利和患者安全,术后要帮助患者恢复。尤其是手术过程中,更要加强护理的安全意识。耳鼻喉手术操作面小,视野范围有限,手术过程较为简单,时间较短,接台的医生少,配备的护士不足,再加上患者的年龄范围较大等客观原因,非常容易导致耳鼻喉手术过程中出现安全隐患。因此需要分析手术过程中可能存在的问题,并采取相应的防范措施,避免医患事故的发生,保证手术的质量,加强手术的安全性,提高医患双方的满意度。

1 耳鼻喉手术护理安全隐患

1.1 患者信息核查不到位 患者的年龄结构不固定,有老年人,有儿童,也有青中年,患者的身体状况可能会差别很大。从耳鼻喉本身的手术特点来说,操作的范围有限,所以更容易导致差错。所以术前患者信息核查不到位,会导致患者的身体状况等信息不明确,甚至可能导致错误的手术结果。

1.2 患者心理障碍 患者的内心往往都是脆弱的,大多数患者对手术都会有惧怕的心理,无论是对于手术本身的恐惧,还是对手术室陌生环境的恐惧,都会造成患者在手术过程中的紧张,可能会有身体

部分组织肌肉痉挛的现象,影响手术的成功。

1.3 患者术中病情变化 由于耳鼻喉的出血量较少,时间较短,往往可能会忽略手术中患者病情的变化,但是患者本身的身体状况千差万别,例如老年患者有很多基础疾病,某些个别器官功能的损失,再加上手术的刺激和麻醉剂的使用,可能导致患者在手术过程中出现心律不齐、呼吸循环功能衰竭等状况。

1.4 患者面部损伤 由于耳鼻喉手术操作范围临近面部,手术操作过程中,无论是手术仪器设备的使用,或是胶布的黏贴,都极易造成面部形象的损伤,容易导致患者在术后对面容的不自信和医患纠纷。

1.5 与主刀医生的交流不规范 与主刀医生的对话不规范,不仅会使得患者造成误解,引起身体和心理上的变化,也可能直接导致主刀医生的操作失误。

1.6 手术物品器具清点困难 由于耳鼻喉手术本身的特点,很多主刀医生操作的时候不是必须配备洗手护士的,由于操作范围小,感觉洗手护士也没有多大的作用,再加上患者的增多,医院医护人员的配备不是那么充裕,本院耳鼻喉手术过程中经常无洗手护士上台,所以在清点物品上有些困难,甚