宫外孕腹腔镜手术前后的护理体会

Nursing experience of laparoscopic surgery for ectopic pregnancy during perioperative period

周信平 （重庆市第九人民医院妇科，重庆 400700）

［**关键词**］异位妊娠；腹腔镜；护理
［**中图分类号**］R713.8 ［**文献标识码**］B ［**文章编号**］1672-5042(2014)03-0311-02

宫外孕即受精卵在子宫腔以外着床发育的异位妊娠，是妇科常见急症，发病急，病情重。输卵管妊娠是最常见的异位妊娠，当输卵管妊娠破裂引起大出血时可能危及生命。手术是治疗宫外孕的主要手段，与传统的开腹手术相比，腹腔镜手术切口小、损伤少、出血少、住院时间短、术后恢复快[1]。现将宫外孕腹腔镜手术的护理体会总结报告如下。

1 临床资料

我科于 2011 年 1 月至 2012 年 12 月共完成腹腔镜宫外孕手术 304 例。患者年龄 18 ~ 42 岁，平均 26 岁。采用全身麻醉 295 例，腰硬联合麻醉 9 例。根据患者病灶部位是否破裂、有无生育要求而采取不同的手术方式：①对病灶已经破裂，或尚未破裂但直径大于或等于 5 cm，同时无生育要求者，施行输卵管切除术。②对病灶未出现破裂，直径小于 5 cm 且有生育要求者，施行输卵管妊娠囊穿刺术或输卵管切开取胚术，再注入药物。术后放置引流管 56 例，于术后 24 ~ 72 h 拔除。本组患者均治愈出院，平均住院时间为 5 d。

2 术前护理

2.1 心理护理

做好患者的心理疏导，帮助患者克服恐惧、焦虑等不良情绪。向患者介绍腹腔镜手术的优越性，讲解术中、术后可能出现的异常情况及预防措施，指导患者进行床上功能锻炼。同时，还可以介绍同病区内的成功病例，以解除患者对腹腔镜手术的顾虑和疑惑。

2.2 一般护理

严密观察患者的病情变化，监测生命体征。嘱咐患者绝对卧床休息，取平卧位。叮嘱陪护人员不能随意搬动患者或按压下腹部，避免造成包块破裂，引起大出血。严禁在患者腹痛时应用止痛剂，以免掩盖症状[2]。

2.3 术前准备

术前应做好以下准备工作：①完善辅助检查，了解患者的一般情况、腹部及盆腔超声检查结果、阴道后穹窿穿刺结果、凝血功能有无异常等。②选择上肢大静脉建立静脉通道，快速补液以维持有效循环血量，进行交叉配血试验，并做好输血准备。③做好皮肤准备，备皮范围上至剑突下，两侧至腋中线，下达阴阜和大腿上 1/3 处，同时清洁脐孔。④术前 12 h 禁食，8 h 禁水，嘱咐患者取下活动性义齿，防止麻醉意外。戒指、项链、手饰、钱包等贵重物品交家属保管，避免医患纠纷。⑤术前 30 min 留置尿管，禁止灌肠，以免引起病灶破裂出血。

3 术后护理

3.1 一般护理

术后严密观察患者生命体征，监测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度情况，每 6 h 记录 1 次。给予持续低流量吸氧 6 h，氧气流量 2 L/min，防止因 CO_2 气腹造成的高碳酸血症。同时注意观察切口有无渗血、皮下气肿等情况。保持导尿管通畅，观察尿量、颜色及性状，术后 24 h 可拔除尿管，在拔管前 3 h 夹闭尿管，进行膀胱功能锻炼。每日用 0.02% ~ 0.05% 的碘伏棉球或 1/5 000高锰酸钾溶液擦洗会阴 2 ~ 3 次，保持会阴清洁，预防泌尿道感染。注意保持腹腔引流管通畅，避免折叠或受压，在引流袋上注明标识，观察并记录引流情况，发现异常及时通知医生。术后禁食、禁饮 6 h，6 h 后可进食流质食物，注意加强营养补充。

3.2 术后活动

术后第 1 天可取半卧位，有利于呼吸和腹腔引流管引流，减轻疼痛，促进伤口愈合。待尿管拔除后可适当下床活动，活动量应量力而行。下床活动时应注意保护引流管，将引流袋挂在裤腿上，并尽量放低。下床时动作不可太急，以免体位改变过快而造成体位性低血压，发生晕倒现象。下床前应先抬高床头，然后坐于床沿 5 ~ 10 min，待下床无头昏不适后方可行走。

3.3 术后并发症的护理

观察伤口有无渗血，警惕腹腔内出血，每日更换切口处创可贴，保持切口清洁、干燥，预防切口感染。由于手术中向腹腔内充入了 CO_2 气体，且手术采用头低臀高的特殊体位，术后腹腔内的残留气体可引起患者不同程度的腹胀不适，应耐心为患者解释原因，鼓励患者翻身，采取适当体位或早期下床活动[3]。若患者因排便排气困难而发生腹胀，可给予开塞露 20 mL 塞肛，并嘱患者取左侧卧位，15 ~ 20 min 后排便。必要时还可采用肛管排气，或使用一次性引流袋连接肛管，帮助患者排气。若患者术后出现上肢的感觉及运动障碍，可能与手术时间过长、肩托使用不当、上肢过度外展等因素有关。症状轻微者不需要处理可自行恢复，症状明显者可以结合针灸及物理治疗。术后数天若患者出现急腹症，应警惕肠梗阻或肠漏等并发症发生。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403039
［**收稿日期**］2014-01-02 ［**修回日期**］2014-01-28

3.4 出院健康指导

嘱患者保持心情舒畅,1 周内以卧床休息为主,1 周后可进行家务活动或户外活动。适当进食高蛋白、高能量、高维生素、低脂肪食物,帮助伤口愈合和身体恢复[4]。减少可能增加腹压的活动,2 周内不提超过 3 kg 的物体,避免久站、久坐、久蹲等动作,多饮水,多吃新鲜蔬菜和水果,保持大便通畅,防止便秘。沐浴时保持伤口干燥,预防感染。术后有少量阴道分泌物是正常现象,若出现明显腹痛或大量阴道流血应及时来院就诊。术后 1 个月内应禁忌性生活。宫外孕患者中约有 10% ~15% 可再次发生宫外孕。患者病愈后若再次妊娠,应在怀孕 50 d 后进行 B 超检查,以确定是否为宫外妊娠。

[参考文献]

[1] 杨 静,曾 俊,陈小丽. 妇科腹腔镜器械的术中管理与维护[J]. 局解手术学杂志,2013,22(4):447 - 448.

[2] 丰有吉,沈 铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.

[3] 朱秀英. 腹腔镜治疗宫外孕 26 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(20):106 - 107.

[4] 高金萍. 68 例宫外孕护理体会[J]. 局解手术学杂志,2012,21(3):341 - 342.

(编辑:雷 艳)

玻璃体切割术联合视网膜切开治疗高度近视眼球内异物临床观察

Vitrectomy combined with retinal incision in treatment of high myopia with intralcular foreign body

蒋 炜,韩 非,吴 燕,张衡頔 (成都军区总医院眼科,四川 成都 610083)

[**关键词**] 玻璃体切割术;视网膜切开;高度近视;球内异物
[**中图分类号**] R779.14;R778.11 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)03-0312-02

高度近视眼由于眼球解剖结构的特殊性,较正常眼容易发生视网膜脱离;眼外伤球内异物又常常导致眼内严重的炎症反应。当二者相遇时,眼内的复杂情况可想而知。对于这类患者,我们采取了玻璃体切割联合大范围视网膜切开进行治疗,获得了较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2006 年 1 月至 2011 年 12 月收治 3 例(3 眼)高度近视眼合并球内异物的患者,均为男性;右眼 2 例,左眼 1 例;年龄 32 ~48 岁,平均 39 岁。3 人均为高度近视, -12.00 ~ -20.00 D。视力为 1 眼光感,2 眼手动/眼前。均为眼球穿通伤、球内异物。伤口:1 眼为角膜,1 眼为角巩膜缘,1 眼为巩膜。均发生白内障、视网膜脱离,已完成一期清创缝合。2 眼前部 PVR A3[1],异物为铁块,1 眼后部 PVR P2,异物为石块。

1.2 手术方法

球后阻滞麻醉和表面麻醉,常规巩膜三通道闭合式玻璃体切除,术中先切除白内障,再切除中轴部、基底部及周边部玻璃体。寻找到异物后切除其表面渗出膜,充分游离异物,电凝周围视网膜血管,防止出血,根据异物大小将扁平部切口适当扩大,伸入异物钳摘出异物。缝合切口 1 ~2 针以避免漏水影响手术操作,术中切除玻璃体条索,剥离视网膜前膜,解除玻璃体对视网膜的牵引。由于视网膜瘢痕、嵌顿使视网膜不能平覆,1 眼行 180°、2眼行360°视网膜切开,彻底解除视网膜牵引,恢复视网膜的活动度。重水平覆视网膜,行眼内光凝,气液交换后,玻璃体腔硅油填充。术后给予全身和局部抗感染、消炎治疗。6 ~9 个月后取出硅油,随访 6 ~12 个月。

2 结果

术后矫正视力:1 眼指数/眼前,1 眼 0.02,1 眼 0.05,均较术前提高。术后并发症:①炎症反应。3 眼出现不同程度的房水混浊,其中 2 眼出现前房纤维素样渗出,经激素抗炎、散瞳治疗 3 d 左右均得到控制。②术后眼压偏低。硅油取出后,眼压偏低,1 眼 9 mmHg,2 眼 10 mmHg。未见视网膜脱离。

3 讨论

由于玻璃体切割术的广泛应用,目前对于眼外伤、球内异物已不再是束手无策,大部分患者经过手术,不仅能挽救眼球,还能保留有用视力[1-2]。但是,由于高度近视眼的特殊性,眼轴长、球壁薄、视网膜质量差、伴有多种病理性改变,对于外伤的承受力明显低于正常眼,手术的难度也更大。

高度近视眼伴球内异物出现视网膜瘢痕、视网膜嵌顿、大量增殖膜,视网膜往往被牵拉,导致复位困难,如不能充分松解,是很难复位的。虽然巩膜环扎术可以有效帮助松解视网膜,过去,常常充当玻璃体切割术的辅助手术[3]。但是,本组病例为高度近视眼,巩膜环扎将使眼轴进一步增长,加重近视度数,而且,眼球壁较薄,缝合时有穿透的风险,因此,我们没有采用此术式。此 3 眼,外伤后,眼内炎症反应重、增殖明显,视网膜嵌顿,部分视网膜形成瘢痕,局部切开松解并不能使视网膜完全复位[4]。为此,我们采取了大范围的视网膜切开[5-6],1 眼行 180°、2 眼行 360°视网膜切开,彻底解除牵引,恢复视网膜的活动度。切开

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403040
[**收稿日期**] 2013-11-20 [**修回日期**] 2014-01-18