和满足对知识的需求;③支持性护理 对生活失去信心的伤员,护理人员应有足够的耐心和毅力,运用大量的事实反复说教为主,关心、鼓励为辅,用温存、体贴的语言安慰、鼓励患者,战胜痛苦,获得康复;④ 强制性护理 对拒绝治疗者,可使用应用镇静剂,待伤员情绪稍有稳定后,再动员家属、朋友共同做思想工作,引导伤员将负性心理变为正性心理;⑤注意护理服务艺术面对这样一些心理及生理创伤严重的患者,提倡"不、情、乐、全、换"五字服务艺术。"不"即不对患者及家属说一个不字,想方设法解决所提出的困难和疑问。"情"即真情相对,以情动人。"乐"即千方百计让患者得到快乐。"全"即提倡全天候、全方位、全过程的服务。"换"是指以心换心、换位思考,以适应伤员的特殊需求。

3.3 指导功能锻炼

早期恰当的功能锻炼,可防止关节僵硬,肌肉萎缩,促进血液循环,加速骨折愈合,从而缩短疗程,早日恢复正常功能[2]。我们将功能锻炼的原则、方法、注意事项等向伤员介绍清楚,使伤员解除顾虑,调动主观能动性。注意功能锻炼要循序渐进,以不感到疲劳,不加重骨折端的疼痛为宜。

在医护人员和患者的共同努力,通过上述的综合护理治疗,我院所收治的69例地震伤员全部治愈出院,取得了很好的社会效益。

[参考文献]

[1] 仇珂珂. 对新入院患者实施心理护理体会[J]. 局解手术学杂志, 2006,15(6):385.

[2] 蔡雄鑫. 护理心理学[M]. 南京:南京大学出版社,1988.91-164.

[3] 向国春. 严重创伤急救与护理研究进展[J]. 局解手术学杂志, 2006,15(5):338-340.

(编辑:兰阳军)

39例妇科腹腔镜子宫切除患者围手术期的护理

原桂荣,祝美洲 (鞍山市双山医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 腹腔镜子宫切除手术;围术期;护理

[中图分类号] R713;R248.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0284-02

腹腔镜子宫切除手术具有不开腹、创伤小、恢复快,术后疼痛轻等优点,而且缩短了住院时间,术后腹部几乎不留瘢痕。良好的围术期护理是手术成功的关键,是患者安全顺利康复的保障[1]。我院在2008年1至12月共施行腹腔镜子宫切除手术39例,效果满意,现将围术期的护理报告如下。

1 临床资料

本组患者39例,年龄38~56岁。其中子宫肌瘤30例,子宫肌腺病9例。患者需行全身麻醉,取膀胱截石位,腹壁皮肤、会阴、阴道消毒,常规铺消毒巾,置入举宫器。自脐孔处气腹针穿刺,CO_2气腹形成,气腹维持压力14 mmHg,横形切口开脐孔下缘皮肤长10 mm,10 mm套管针穿刺进入腹腔,放入腹腔镜检查。明确诊断后全部病例均行次全子宫切除术。

2 护理

2.1 术前护理

由于多数患者认为子宫切除会影响性生活,情绪比较紧张,顾虑较大,对手术了解不够。根据患者心理特点,主动做好术前宣教工作,到病房看望患者,仔细倾听其对病痛的陈述,应用专业知识,用简明扼要、通俗易懂的语言耐心地向患者阐明手术的重要性和必要性,说明子宫切除不会影响性生活,使患者逐渐对所要进行的手术有充分的思想准备,做到坦然、镇静、愉快地接受手术。术前全身皮肤清洁,尤其要注意脐部的清洁,最好用棉棒蘸肥皂水或植物油将脐孔内的污垢去除。术前12 h禁食,6 h禁水,以防止因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。因子宫切除手术需放置举宫器,于术前一日阴道冲洗2次,以防感染[2]。

2.2 术中护理

巡回护士在手术中密切观察患者的反应。患者采取膀胱截石位,约束带固定膝关节,肩部上肩托,并用衬垫以防坠落;待腹腔镜进腹后将床头摇至头低脚高位,呈30°。因CO_2气腹过大,会使体温下降,因此巡回护士在术中注意加强保暖,室温控制在22~26 ℃,以防发生术中低温。

2.3 术后护理

全麻尚未完全清醒患者,去枕平卧,将头偏向一侧,保持呼吸道畅通,并及时给予O_2吸入。平卧6 h后改为半卧位,并可逐渐离床活动。注意观察血压、脉搏、呼吸和氧饱和度,特别是氧饱和度不得低于90%。术后禁食、禁水6 h,以后可进半流质饮食,但不要给患者甜牛奶、豆奶粉等含糖饮料,以防加重肠胀气。保持引流管通畅,妥善固定,一般需留置导尿6 h。合并肺部疾病患者,给予拍背、排痰、雾化吸入,促使痰液排出,以防肺不张。上腹疼痛主要由于手术中人工气腹使7~12肋的神经受到刺激及膈肌向上移位,伸展引起。应向患者解释疼痛的原因,一般疼痛于术后第2天开始逐渐减轻至缓解。如疼痛剧烈可按医嘱使用镇痛剂缓解疼痛。本组有2例患者因疼痛予镇痛剂治疗,其余37例未用镇痛剂。术后护士应密切观察患者的生命特征,观察穿刺孔伤口有无渗血、渗液。若血压下降,引流量增多且鲜红色,应考虑内出血可能,应立即通知医生采取

[收稿日期] 2009-05-24 [修回日期] 2009-06-25

积极的措施。若仅有少量渗血、渗液且色淡，应更换脐贴并加压包扎。由于术中充气，CO_2 对膈肌刺激或高碳酸血症引起恶心、呕吐。护士应主动关心患者，消除紧张情绪，并指导患者用手按压伤口，减轻呕吐时腹压增加对伤口的影响，本组7例患者呕吐剧烈，适当给予止吐剂缓解。由于手术中往腹腔内注入 CO_2 气体，术中渗入皮下组织，造成皮下气肿。这种情况无需特殊处理，应鼓励患者多翻身，早期下床活动。本组3例发生皮下气肿，3 d后自行消退。

腹腔镜术属微创手术，创伤小、损伤轻，减轻了术后疼痛，避免开腹手术引起的粘连等，从而减轻影响舒适的因素，为患者早活动创造了客观条件。妇科腹腔镜手术是微创手术，手术后的护理应同大型手术，不能有一点马虎，同时又要针对腹腔镜手术的特点，采取一些特殊的护理方法，才能达到手术目的。

参考文献

[1] 刘 彦. 子宫切除术回顾与展望，中国实用妇科与产科杂志，2009，25(1)：8-9.

[2] 徐 述，陈 磊. 益宝疗栓在子宫全切除术前宫颈准备的应用[J]. 局解手术学杂志，2008，17(3)：215.

（编辑：左艳芳）

经皮肾镜碎石术的手术护理

钱艺元 （百色市人民医院手术室，广西 百色 533000）

[关键词] 上尿路结石；经皮肾镜碎石术；护理

[中图分类号] R691.4；R472.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0285-02

经皮肾镜碎石术具有创伤小、操作简单、术后恢复快及并发症少等优点，已成为目前治疗上尿路结石的主要方法之一。我院于2006年5月至2008年3月共开展了经皮肾镜气压弹道碎石术治疗尿路结石110例，效果满意，现将手术护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共110例，男80例，女30例，年龄23～76岁，其中输尿管合并肾结石20例，双肾结石6例，单肾结石84例，结石纵径2.0～6.8 cm，横径1.5～5.6 cm。

1.2 手术方法

采取腰硬联合麻醉，患者取截石位，在膀胱镜下行患侧输尿管逆行插入5 F输尿管导管并留置导尿管。于输尿管导管注入生理盐水人工造肾积水，后改为俯卧位，于超声定位下选择第12肋下行肾盏穿刺，扩张至20 F或24 F，建立通道，通过肾镜经通道进入肾集合系统，找到结石后，以气压弹道击碎大的结石。术后输尿管内留置7 F双丁管4周，于肾通道留置18 F肾造瘘。

1.3 术中配合

1.3.1 巡回护士的配合 患者入手术室后在上肢建立静脉通道，协助麻醉。麻醉成功后，先取截石位行膀胱镜下患侧输尿管插管并留置双腔气囊尿管，然后俯卧位，根据病人的体形选择合适宽度和高度的海棉垫，使肾区凸起便于手术操作。选择宽敞的手术间合理布局，电视监视系统、B超机放置健侧。气压弹道碎石机、液压灌注泵入置患侧，便于术者操作。生理盐水灌注液。将液压泵流量调节为300～400 L/min压力连结好各种仪器管道，并调节好参数。调整成像系统的清晰度，接上限调节为200～300 mmHg，碎石机的压力低于0.4 kPa。

1.3.2 器械护士的手术配合 器械护士提前洗手整理器械并检查器械是否齐全，协助铺无菌巾并在手术区粘贴脑科护皮膜，和巡回护士连接各种管道，并检查碎石手柄与气压弹道碎石机连接是否紧密以免漏气，影响手术治疗效果。术中要密切观注手术步骤及时传递器械，手术配合做到主动、迅速，避免因器械原因影响手术进程。经皮肾镜气压弹道碎石器械价格昂贵，仪器精密，使用时应避免碰撞，轻拿轻放，器械的清洁与否直接影响到灭菌质量[1]。由于该器械多管腔且腔道细长，给彻底清洁，干燥和灭菌带来困难，因此术后器械清洗前一定打开各关节，加酶超声清洗，高压水枪冲洗各管腔器械，以防堵塞。用电吹风吹干器械然后在关节涂上润滑油。

2 结果

碎石时间最长4 h，有3例中途因术中出血而改开放手术取石，其余107例全部碎石成功。

3 讨论

术中需要通过输尿管镜灌注大量的生理盐水持续术野进行冲洗，冲洗液大量吸收会加重心脏负荷，还可能造成患者体温下降，导致寒战，心律失常及麻醉苏醒延迟等并发症的发生[2]。因此术中采取有效的保暖措施，室温控制在22～24 ℃，加强手术期间体温监测有利于早期发现低体温[3]。减少身体暴露部分，控制手术时间，加温冲洗液，用恒温箱加温到37 ℃。手术区域铺无菌巾后在手术区粘上脑科护皮膜，同时将袋下端口置于污物桶内，这样可以防止灌注液的浸湿无菌巾，又便于收集碎石块。随时调节脉冲灌流量和水压，当流量超过400 mL/min，压力超过27 kPa时会造成结石被灌洗液冲击，使其位置不易固定，不利于取石，且过高压力肝对肾脏产生较大的损伤。无菌技术和保持造瘘管通畅是预防感染的关键，所以在搬

[收稿日期] 2009-03-21 [修回日期] 2009-04-28