·个案与短篇·

腹腔镜治疗输卵管异位妊娠的围手术期护理

康丽鸽 （鞍山市双山医院护理部，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 异位妊娠；腹腔镜；护理
[中图分类号] R473.71 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)01-0145-01

异位妊娠是妇科常见急腹症，其发病率近年来有上升趋势，随着微创手术的迅速发展，90%以上的异位妊娠可在腹腔镜下进行治疗。对于输卵管妊娠者，腹腔镜具有诊断和治疗的双重价值[1]。我院妇科2006年1月至2008年12月共收治116例输卵管异位妊娠患者采用腹腔镜治疗，现将围术期护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者年龄17～48岁，平均29岁。壶腹部妊娠103例（包括流产型92例，破裂型11例），输卵管峡部妊娠未破裂10例，输卵管间质部妊娠3例。

1.2 手术方法

输卵管妊娠的腹腔镜手术方式主要有两种，保守性手术和根治性手术。本组行根治性手术，即患侧输卵管切除术104例；保守型手术12例，腹腔镜下切开输卵管吸出胚胎，然后注入甲氨喋呤或腹腔镜下进行电凝，使胚胎组织死亡。手术方式的选择应根据异位妊娠的不同类型、患者的年龄及对生育的要求而定。保守手术的适应证为未破裂型、有生育要求的患者。根治性手术适应症有：①无生育要求；②明显慢性输卵管炎可能再次输卵管妊娠；③陈旧性宫外孕无法修复；④要求绝育及绝育后输卵管妊娠；⑤腹腔有活动性出血，同时有明显的血流动力学改变，血清HCG高于2 000 IU/mL和孕囊直径大于3 cm的患者。以上患者不宜进行保守治疗，应行输卵管切除术。

2 结果

116例腹腔镜手术患者术后心电监测24 h，抗生素使用时间为3 d，平均住院日期为3.6 d。3例放置腹腔引流管，术后24～36 h拔除。无伤口感染等并发症发生，全部治愈出院。

3 护理体会

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 心理护理应贯穿病人治疗的始终，护士和医生应耐心做好患者的解释工作，讲解腹腔镜手术的相关知识，使其了解腹腔镜手术的优越性及局限性，选择输卵管切除术或腹腔镜保守手术的原因，取得必要时由腹腔镜手术转为剖腹手术的允诺和理解[2]。同时，鼓励患者与同病房腹腔镜手术成功病例沟通、交流，增强患者的信心。

3.1.2 制定护理计划 对症护理，严密观察。根据患者的不同病情及特点，有针对性地制定护理计划，对有破裂出血可能的患者，监测生命体征，做好备血等抢救准备工作。

3.1.3 术前准备 责任护士认真进行术前指导，使病人调整到最佳心理状态，消除顾虑。腹部皮肤准备时必须使用松节油棉签擦净脐内污垢，备血，进行彩超、血HCG检查，术前禁食、水，留置尿管。手术前切忌灌肠，以免引起破裂出血。

3.2 术后护理

与传统的剖腹手术相比，腹腔镜手术具有创伤小、住院时间短、对胃肠功能损伤小、术后恢复快等优点[3]。但术后也应密切注意观察病情，特别是术后24 h内，密切观察生命体征变化。生命体征观察。术后行血氧、心电监测，常规吸氧3 h。如出现血压下降、脉搏加快，应考虑是否存在腹腔内出血，及时通知医生，并加快输液速度，迅速纠正血容量不足。

腹腔镜手术通常腹部有3～5个手术孔，其穿刺部位的观察不同于开腹手术，特别是脐部渗血及渗液，以及是否存在皮下气肿等情况应尤为注意。全麻插管后对呼吸道有一定的刺激，可每天雾化吸入2次，以减轻呼吸道粘膜水肿。注意观察并记录尿量，尿量过少时应检查尿管有无打折或堵塞，特别注意尿液颜色的变化。常规术后6 h拔除尿管。放置引流管的患者麻醉清醒后应半卧位，每隔1～2 h观察引流液的色、量，并做好记录。视引流量情况在24～36 h后拔除引流管。手术后患者可能出现上腹部不适及肩痛，多为CO_2对膈肌的刺激引起，数日内可自然消失，若腹痛严重可给予对症治疗。行保守性手术者，残余滋养细胞可能继续生长，发生再次出血而引起腹痛。因此，手术后必须严密观察腹痛情况，监测血HCG，尽早发现持续性异位妊娠。出院指导患者保持良好的卫生习惯，勤洗浴、勤换衣，发生盆腔炎后须立即彻底，以免延误病情。

[参考文献]

[1] 曹丽秋，王 红，李文红. 腹腔镜治疗输卵管妊娠的临床观察[J]. 局解手术学杂志，2005，14(3)：206.
[2] 胡晓梅. 腹腔镜下手术治疗异位妊娠的护理体会[J]. 护士进修杂志，2008，23(22)：2086.
[3] 申 勇. 腹腔镜与剖腹手术治疗异位妊娠的临床分析[J]. 内蒙古中医药，2008，(9)：13－14.

（编辑：雷 艳）

[收稿日期] 2009-10-13 [修回日期] 2009-12-02