维普资讯 http://www.cqvip.com

"调节多巴胺滴数"等不准确的描述，没有具体的血压数值、出血量、每分钟的滴数及药物剂量和单位等的准确写法。出现涂改，有的医务人员为了保存页面的整洁，就使用刀片刮去原有字迹或重新整页抄写，尤其是对一些关键词句或重要数字的涂改，给人的印象是企图改变或隐藏信息，这都是护理纠纷的隐患。

2 防范措施

2.1 增强法制观念

利用各种会议、查房、培训班组织全体护士学习《条例》和有关法律知识，加强安全意识的教育，规范自己的行为，将法律意识贯穿在整个护理过程中，养成遵纪守法的好习惯，要把好护理质量关，最大限度地保护好病人及护士的权益，防止发生护理纠纷。

2.2 增强护士的责任心

护士工作的责任心与执行制度认真与否是发生差错的主要原因，它是对个人行为及服务对象负责的一种自觉意识和个体重要的心理素质，也是执行规章制度的保证。护士长要注意引导护士在实际工作中逐渐将自己的工作行为建立在对职业道德正确的认识上，自觉地将他律性责任向自律性责任转化，杜绝护理缺陷的发生。

2.3 重视护理文书的规范性和法律性

规范的护理文书，是病人获得救治的忠实记录，是病情变化的反应，是评价治疗效果的科学说明，是一旦发生医疗事故，医疗纠纷中的法律依据，是支持医院、医生最关键的证据。护理文书必须遵照科学性、真实性、及时性、完整性的原则，以高度负责的精神，认真仔细地观察病情变化，用药反应等，并详细记录。护士必须有良好的医德，真实地、完整地执行医嘱，完成护理任务和护理文书的记录，必须不断地充实和更新知识，准确地完成治疗任务。

（编辑：黄春霞）

异位妊娠腹腔镜手术的护理

陈苏梅，卢爱华，郭应美，罗宇芳 （兴宁市人民医院妇产科，广东 兴宁 514500）

[关键词] 腹腔镜；异位妊娠；护理
[中图分类号] R714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)02-0134-02

腹腔镜的问世，为异位妊娠的早期诊断和治疗带来了很大的帮助，同时也对围手术期护理提出专门要求。作者对2002年至2004年我科腹腔镜手术治疗异位妊娠62例的护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病人共62例，年龄18～29岁，均为未产妇，有腹部手术史8例，盆腔病史16例。所有病例主要临床表现有停经、腹痛及阴道不规则流血，尿HCG阳性。B超提示盆腔积液或阴道后穹窿穿刺抽出不凝固血，其中30例出现面色苍白、烦躁或意识淡漠及血压下降等征象。

1.2 治疗结果

所有病例均实施全麻，手术时间40～60 min，术后6 h恢复饮食，8～10 h下床活动，平均住院日2～3 d。62例均成功，无并发症，疗效显著。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前常规检查 检查血、尿、便、尿HCG，做腹部B超，心电图，胸腹透视，了解肺功能有无异常，抽血查肝、肾功能，抽血查B-HCG水平，以便术后对照。术前切忌灌肠以免破裂出血。术晨禁食、水，留置尿管。

2.1.2 术前准备 ①会阴部剃除毛发，冲洗阴道；②术前1 d彻底清洁脐孔，用松节油棉签擦净脐内污垢，但切勿用力过大，以免损伤皮肤；③传统剖腹手术范围备皮，术前30 min常规阿托品0.5 mg、鲁米那0.1 g肌肉注射；④备地塞米松10 mg，α-糜旦白酶4 000 U，庆大霉素8万，美蓝2 ml，生理盐水500 ml，术中通输卵管通液用及防粘连用。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 患者回病房后应平卧，头偏向一侧，防止呕吐物堵塞气道；密切注意生命体征的变化并做好记录，维持静脉通道及尿管通畅，记录尿量、尿色。术后病人出现较重腹痛，伴有生命体征不稳定应考虑是否有腹腔内出血的发生，及时报告医生作相应处理。放置引流管的患者麻醉苏醒后应给予半卧位，术后每2 h观察引流液的色、量，及时倾倒引流液并记录，引流管一般放置24～48 h即拔除。术后6 h拔除尿管。

2.2.2 术后并发症的观察护理 腹腔镜是一种微创、安全的手术方式，可明显降低手术引起的出血、感染等并发症，但腹腔镜手术有其特殊的并发症[1-2]，临床应注意识别，及时作出相应处理。①与气腹有关的并发症：病人手术完成后CO_2未完全排净，术后可能出现恶心、呕吐、腹胀等不适，一般1～2 d自然消退，无需特殊处理。气腹针穿刺时气体逸入皮下出现皮下气肿，病人常诉双侧肩背部酸痛，腹壁可触及边"握雪感"，一般也可于术后3～5 d消退。CO_2气体蓄积可能导致酸中毒，影响患者呼吸，故术后应密切注意患者的呼吸情况。②胃肠道并发征：腹腔镜术中使用高频电凝或电切可能烫伤周围的肠管，病人术后12 h才出现进行性加重的恶心、呕吐、腹胀、腹痛等首先

[收稿日期]2004-10-18 [修回日期] 2004-11-23

维普资讯 http://www.cqvip.com

应考虑肠管撕裂、烫伤或网膜、肠管嵌顿于穿刺孔部位，应及时报告医生作相应处理。③泌尿系并发症：腹腔镜手术泌尿系损伤常见于重度子宫内膜异位症或曾有盆腔手术史、盆腔广泛粘连的患者，患者术后出现尿量少、血尿、耻骨联合上疼痛、胀满感时应高度怀疑膀胱及输尿管损伤。④术后患者切口周围皮下淤血、瘀斑：由于术中损伤腹壁血管所致，一般可于2周内自然消散，若瘀斑面积通层增大，患者诉剧烈疼痛时，多为小血管持续出血，报告医生及时处理。腹腔镜术后2～3 d内阴道可能少量出血，属正常现象，应耐心向患者说明，以免引起病人不必要的恐慌。

3 出院指导

病人一般术后2～3 d即可出院，由于患者都有不同程度盆腔炎，其中输卵管炎占多数，所以出院后必需继续抗炎治疗1周；月经干净后3～7 d再行输卵管通液治疗2～3次；注意营养，选择高蛋白、高维生素饮食，注意粗细搭配；注意个人卫生，月经期适当休息，用消毒月经垫，经期避免性生活，勤洗澡，勤换内衣，可选用淋浴，以防污水进入阴道，引起感染；保持良好的心境，避免情绪激动，适当参加锻炼，增强自信心，有利于疾病康复。

[参考文献]

[1] 罗宇芳，廖伟春，李舒刚，等．腹腔镜治疗异位妊娠62例临床分析[J].局解手术学杂志，2004，13(4)：246－247.
[2] 严翠群，罗润华．多囊卵巢综合征行腹腔镜手术的护理[J].护士进修杂志，1999，14(3)：32.

(编辑：张天飞)

一次性硬膜外导管置入治疗泪道阻塞病人的护理

孟宪玲，张新兰 (新疆兵团奎屯医院，新疆 奎屯 833200)

[关键词] 鼻泪管；泪道阻塞；硬膜外导管；护理
[中图分类号] R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)02－0135－02

泪道阻塞为眼科常见的泪器病，表现为溢泪、溢脓，脓性分泌物影响外观，常常使病人烦躁、焦虑不安，严重影响工作、学习、生活。1999年12月至2003年2月，我科采用一次性硬膜外导管置入治疗泪道阻塞疾病65例(65只眼)，效果良好，现将治疗方法及其护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共65例(65只眼)，男25例，女40例，年龄24～65岁，平均39.5岁。其中右眼42例，左眼23例，双眼无，病程3个月至10年。其中慢性泪囊炎致鼻泪管阻塞61例，泪总管阻塞1例，泪囊鼻腔吻合术复发1例，眼外伤畸形愈合2例，经碘油造影证实泪道阻塞。

1.2 方法

病人取坐位，用碘伏棉球消毒眼睑内眦部及周围皮肤，用1%地卡因1 ml湿润棉签按压泪小点5～10 min进行麻醉。用泪点扩张器充分扩张下泪小点，庆大霉素冲洗液(生理盐水加庆大霉素8万U，地塞米松5 mg)冲洗泪囊，用探针自下泪小点探通泪道，将一次性硬膜外导管沿探通的泪道轻轻插入，用枪状镊将导管下端从同侧鼻腔取出，此时硬膜外导管已位于泪道，用庆大霉素冲洗液冲洗泪道通畅，冲洗液自导管溢出，然后将导管上端在泪小点处打结固定，下端在鼻腔打结。剪断上端及鼻腔内多余硬膜外导管，眼部辅料包扎，送病人回病房。术后第一天，消炎眼液点眼。根据情况，半年后拔管，拔管后，每周冲洗泪道一次，用消炎眼液点眼1月。

[收稿日期]2004－10－15 [修回日期] 2004－12－20

2 结果

65例(65只眼)病人拔管当日泪道冲洗全部畅通。随访半年至1年，54例泪道冲洗全部通畅，溢泪症状消失；10例拔管后经冲洗1月后泪道通畅，溢泪症状改善或消失；1例拔管1年后，再次不通，溢泪症状复现，泪道阻塞症状复发。治愈率83.7%(54/65)，好转率15.3%(10/65)，复发率1.5%(1/65)。

3 护理

采用边与病人交谈边手术的方法，分散病人的注意力，减少术中不适感，使病人保持松弛状态，并随时告知病人手术进行到何程度及询问病人的感受，对病人的积极配合给予鼓励。一次性硬膜外导管置入后，术眼敷料包扎，嘱病人注意休息，住院观察4～5 d。术后第一天开始点眼，局部用碘伏棉签消毒，注意观察病人的反应。由于硬膜外导管置入泪道，早期眼部和鼻腔内会有轻微异物感，告诉不必紧张。嘱病人眼部瘙痒及其他不适时，勿用力揉擦眼球，以免擦伤角膜、结膜造成眼部感染。病人出院时要详细说明术后继续点眼药的目的、方法、注意事项，嘱病人注意眼部卫生，保持眼部清洁，按时点眼，每周复查一次。如果眼部有不适，应及时复诊，不要用手拽拉导管，以免损伤泪道，造成手术失败。拔管后，每周冲洗泪道一次，消炎眼液持续点眼1月。

4 讨论

正常情况下，泪小管壁很薄，内径0.5 mm，但富有弹性(可扩张至3倍)，而正常泪管仅一裂隙，膨大时近似圆柱形，平均直径4 mm，最狭处也有1.5 mm[1]。泪道阻塞常规治疗为行泪囊鼻腔吻合术，由于泪囊鼻腔吻合术具有手术创伤大，出血多，