维普资讯 http://www.cqvip.com

选择性子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤的护理

赖珍霞,袁 军
(百色市人民医院妇产科,广西 百色 533000)

[关键词] 护理;子宫动脉栓塞;治疗
[中图分类号] R248.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-0215-01

选择性子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤,是在血管造影后,将导管超选择插入子宫动脉,注入栓塞剂,使子宫肌瘤缺血、变性、坏死、萎缩,从而达到治疗的目的。该手术创伤小,安全有效,患者容易接受,其临床护理主要有以下几个方面。

1 临床资料

我院自2002年开展这项手术以来,共治疗108例患者,年龄30~45岁,平均年龄为37岁,未生育者5例。患者主要临床症状与体征:月经量多,经期延长80人次,占74%,下腹部坠痛18人次,占16.6%,重度贫血76例,占70.3%,中度贫血32例,占29.7%。所有病例均经超声B超及数字减影血管造影确诊。

2 护理

2.1 术前护理

与病人进行充分沟通,讲明该治疗的优越性、目的、方法及注意事项,消除病人的恐惧感,稳定病人情绪,争取患者最大限度的合作。协助病人做好各项常规检查,确认患者有无出血性疾病,如有感染性疾病或肝、肾功能不全则属禁忌证。经静脉注射30%复方泛影葡胺1 ml,观察30 min,若无过敏,则在术前1 d作碘过敏试验。

2.2 术后护理

病人术后回病房时应将病人平行地抬上病床,并要密切观察生命体征,警惕造影剂迟发反应的发生。检查身体受压部位,特别是骶尾部,防止褥疮的发生。常规给予抗生素治疗,静脉点滴3~7 d,以预防感染。定时观察穿刺部位有无血肿、血栓形成,术后6 h内每30 min观察1次足背动脉搏动情况。嘱患者平卧24 h,穿刺侧肢体制动8 h,避免屈膝或抬高穿刺侧肢体,72 h内避免剧烈活动、下蹲,以免引起穿刺部位出血。术后子宫肌瘤细胞开始出现缺血、缺氧水肿、坏死,所以术后阴道可出现少许血性分泌物或少量流血,应做好记录。

3 出院指导及随访

术后2个月内禁房事,6个月内避免重体力劳动,术后1个月、3个月、9个月来院复查一次,以后每年1次,连续5年,如有异常应及时来院检查。

本组108例患者均在术后3个月内全部回院复查,B超提示子宫及肌瘤有不同程度的缩小,月经量减少,但由于随访时间短,尚未发现子宫肌瘤消失的病例,待随访继续观察。

[收稿日期] 2004-03-03 [修回日期] 2004-04-20

(编辑:张天飞)

手术病人交叉配血中应注意的几个问题

胡永芳[1],林一民[2],谭克辉[3]
(1.重庆市传染病医院,重庆 400031;2.重庆市肿瘤医院,重庆 400030;3.重庆市药剂学校,重庆 400030)

[关键词] 交叉配血;手术;注意事项
[中图分类号] R457.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-0215-02

手术病人输血前交叉配血试验是保障血安全的重要手段,以检测患者血清中有无能破坏献血员红细胞的完全抗体或不完全抗体,防止输血后产生溶血反应,确保患者输血安全、有效。现将手术病人交叉配血中应注意的几个问题报告如下。

1 严格交叉配血

交叉配血是输血前检验必要的操作,是患者输血的"安全岗"。交叉配血包括主侧与次测交叉,"主侧"是指受血者血清加献血员2%~5%红细胞生理盐水悬液,也称直接配血,是用来检测受血者血清中有无针对供血者红细胞的抗体,是交叉配血的关键性试验。"次侧"是指献血员血清加受血者2%~5%红细胞生理盐水悬液,也称间接配血,对检出亚型和变异型是十分重要的.在盐水配血中要注意少有报道的温型自身抗体形成的凝集,其性质为IgG,具有Rh血型相对特异性。有输血史、妊娠史、短期内需要接受多次输血的患者必须开展筛选,确保输血安全。

[收稿日期]2004-02-15 [修回日期]2004-03-20

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 防止造成假阴性凝集

造成假阴性的常见原因：①红细胞悬液过浓或过淡，抗原抗体比例不当，出现前带或后带现象；②误将溶血看成不凝集；③溶解抗原或血型物质的中和作用，未洗涤的红细胞悬液带有血浆中的血型物质，特别是轻度溶血时，部分红细胞释放出大量溶解抗原，可将血清中的对应抗体中和；④试验时间过短，较弱的凝集不能出现；⑤作用温度不当，ABO血型鉴定和盐水配血应在室温，而检查不完全抗体应在37 ℃进行；⑥轻度凝集被认为不凝集；⑦不完全抗体遮断引起的假阴性。

3 防止造成假阳性凝集

造成假阳性的常见原因：①红细胞串线形成被误认为凝集。②寒冷凝集，在肺炎、肝硬化等患者血清中的寒冷凝集素，效价很高，交叉配血时应在水箱中隔水加温到37 ℃，反复观察几次，在报告中注明有寒冷凝集现象；③某些受肠道G-b感染的病人红细胞可获得类B抗原；④获得性病理性自身冷抗体形成的凝集；⑤有些病人在注射青霉素后可产生青霉素抗体，能吸附在红细胞表面，与相应的血清发生凝集；⑥自发性或继发性凝固，这是由于采血时动作迟缓，血清自行凝固，或较多的钙离子污染[3]。因此各种仪器、用具要清洁、干燥，防止溶血，吸管、滴管要专用，标准血清必须符合标准，操作要认真，观察结果要仔细，注意病人有无输血史、妊娠史，填发报告单要正确无误。

4 交叉配血后的报告及配血后血标本的保存

交叉配血操作完毕后，应对试验进行核查，其内容包括受血者和献血员标本的正确与否、操作程序、反应条件、试验结果是否正确，完全确定后填写交叉配血报告，报告中应将受血者和献血员的姓名、性别、年龄、血型以及献血员的采集日期、血袋编号、血量等写上，以便在出现意外时查找原因。在发出报告和血液之前，再次核对受血者和献血员的血液标本并封闭或将容器盖拧紧后，一起放在1 ℃～6 ℃冰箱至少保存7 d，以便输血不良反应发生时复查。

（编辑：左艳芳）

人工股骨头置换术围手术期的护理

傅海燕
（安徽省建医院骨科，安徽 合肥 230022）

[关键词] 护理；人工股骨头；围手术期
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)03－0216－02

人工股骨头置换术是一种治疗老年髋部相应疾病有效的方法，它具有关节活动较好，早期下床活动，减少老年人长期卧床引起并发症的优点。本科于1996年7月至2003年11月对45例病人施行了人工股骨头置换术，均取得了很好疗效，现就围手术期的临床护理介绍如下。

1 临床资料

本组病人45例，男29例、女16例，年龄60～95岁，平均76岁。均为股骨颈骨折，根据病情需要分别采用了单极、双极人工髋关节假体施行人工股骨头置换术，手术效果满意，无一例感染，术后两周开始扶拐下床活动。

2 术前准备

2.1 患者的术前准备

老人体质虚弱，机体抵抗力低下，伴发慢性病较多。本组有16例患者分别合并有高血压、糖尿病、慢支、脑梗死伴有偏瘫等。根据患者的健康状况，拟定护理计划进行系统的护理，提高患者对手术的耐受力。护理方面尽量尊重其生活和饮食习惯，适时进行健康教育，介绍人工股骨头置换有关知识、同类手术的成功率以及手术效果，消除其顾虑，使其配合手术治疗。

2.2 人工股骨头的选择与消毒

人工股骨头头部直径为38～52 cm，每隔2 mm为一规格，人工股骨头应根据术前测量X光片的结果，按1.1～1.2放大率进行选择。消毒时臼和头柄分开，金属股骨头柄可高温高压消毒，塑料臼用福尔马林浸泡48～72 h。

3 术中配合

术中要注意无菌技术操作，防止感染，协助病人移动肢体，摆好体位。

4 术后护理

4.1 患肢位置

保持患肢外展位，防止外旋内收，双腿不能交叉，侧卧位时两腿之间放枕头，抬高患肢，促进深静脉回流，减轻患肢肿胀和疼痛，防止血栓的形成。随时注意患肢的位置，发现问题及时纠正，保持髋关节整个托起，不能只牵拉抬动患肢，以免脱位。

4.2 观察术后感染情况

观察术后体温和切口愈合情况，术后2～3 d内体温升高为吸收热，一般不超过38 ℃，如体温过高或3 d后仍发热，应考虑是否感染。切口要及时换药，注意观察局部有无红、肿、热、痛

[收稿日期] 2004－02－22 [修回日期] 2004－03－16