维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2001,Vol. 10,No.4

筋膜内子宫全切除术的护理

巴丽敏* 李艳萍* 李佩瑜*

子宫及子宫颈良性疾病是筋膜内子宫全切除术的手术指征。它兼有子宫次全切除术及子宫全切除术的两种优点：即不切断主韧带和骶韧带，防止术后阴道壁脱垂；另外，手术范围小，术后并发症少；同时切除宫颈，有效防止宫颈癌的发生；且阴道不缩短，对性生活无影响，副损伤小。我院从1998年3月至10月共收治子宫肌瘤及卵巢良性肿瘤病人行筋膜内子宫全切除术32例，未发生一例护理并发症，现将护理体会介绍如下。

一、术前护理

1．心理护理：人类性生活是一种生物本能，不仅受到性激素的影响，也受到社会、心理、疾病的影响。当一个有女性生殖器官疾病的患者将要接受妇科手术时，对性问题很敏感，产生紧张、焦虑心理。我们应了解患者的心理状态，耐心做好病人的思想工作。告诉她们筋膜内子宫全切除术的优点，即使切除了子宫对健康、保持青春及性生活无影响，使患者对施行的子宫切除术易于接受或精神上能调整、接受。

2．手术野准备：术前一日备皮。备皮范围自剑突至耻骨联合，双下肢上1/3及会阴部，两侧至腋中线。注意脐部清洁。

3．药敏试验：术前一日做青霉素过敏试验。

4．阴道准备：术前一日及术晨用0.5%洗必太液冲洗阴道，并用碘酒、酒精消毒阴道及穹隆部，术晨子宫颈涂龙胆紫。

5．胃肠道准备：术前晚用1%肥皂水灌肠两次。为避免术中病人呕吐，造成吸入性肺炎或防止术中因肛门括约肌松弛而排便于手术台上；以及减轻术后腹胀。应于术前12h禁食，4h禁水。

6．术前日晚测体温、脉搏、血压。注意病情变化，如T>37.5℃，或病人有月经来潮要及时通知医生。

7．留置导管：膀胱是子宫的毗邻器官，为避免损伤膀胱，应于术前30min留置于导尿。操作前向病人讲清目的，取得合作。

二、术后护理

1．生命体征观察：病人返回病房后应严密观察血压、脉搏及呼吸变化。根据麻醉方式决定卧位，一般采取平卧位。血压平稳8h给予半卧位。

2．切口观察：注意观察切口敷料有无渗出，敷料有无脱落，切口有无炎症等情况。如切口有渗血，通知医生更换无菌敷料。加压包扎。

3．术后出血：24h内严密观察有无阴道流血及内出血。如病人出现阴道流血或感觉胸闷、口渴、即而出现脉搏增快，呼吸急促、面色苍白、四肢湿冷，甚至血压下降，应立即通知医生，及时采取止血措施，做好输血及急症手术准备。

4．饮食：术后必须重视病人的营养与水分的摄入，以促进代谢机能的恢复。遵医嘱及时给予补液，输入蛋白等，防止水、电解质失调和低蛋白血症，以恢复机体抵抗力，术后24h给予全流食，48～72h排气后给予软食，第四天给予普食。

5．早期下床活动：术后应鼓励病人早期（术后1～2d）开始下床活动，以促进身体各部机能的恢复。早期下床活动可增加呼吸深度，有利于气管分泌物的排出，减少肺部并发症；可增进血液循环，防止静脉血栓；可促进伤口早期愈合；可促使肠蠕动早日恢复，减少腹胀，增加食欲；且容易排尿，减少尿潴留。但一般病人对术后早期下床活动顾虑重重，担心引起伤口疼痛，怕缝合切口裂开等等。我们应针对病人思想情况做耐心细致的解释工作，但不可操之过急或活动过多。活动时还应注意防止病人跌伤。

三、体会

希望自己身躯健美，各器官功能健全，有良好的社会适应能力，这是每个女性共同的心理特征。通过开展筋膜内全子宫切除术，给广大子宫良性肿瘤的病人带来了福音，解除了思想顾虑，同时也减少了术后并发症的发生。

（收稿：2001-08-01）

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院妇科

开胸术后肺部并发症的预防

闫庚梅* 张春荣** 朱 薇***

胸外科手术后，肺部并发症比较常见。据统计：其术后并发症的发生率为5%～15%(1)因此，开胸术后肺部并发症的预防是一项重要的护理工作。本文通过2000年6月至2001年6月，298例开胸术后肺部并发症预防方法的观察与

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨市房地局医院
** 黑龙江省哈尔滨医科大学附属第一医院胸外科
*** 哈尔滨医科大学附属第一医院心外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

实践，认为采取积极有效的胸部体疗方法可以预防和控制肺部并发症。

一、资料与方法

1. 临床资料：298 例开胸术后病员中男 168 例，女 130 例，年龄最大的 81 岁，最小的 1.5 岁。其中普胸病员为 218 例，体外循环心脏手术病员为 80 例。

2. 方法

（1）术前训练：①呼吸训练：病人取半坐位，先行深腹式吸气后缓慢呼出。呼毕再徐徐深吸气，使腹部隆起，反复练习。这种训练可增强膈肌力量，减少气道阻力和肺部无效死腔。增强肺泡通气量，增加潮气量，可有效预防肺部并发症的发生。本组病例中除 2 名 3 岁以下的幼儿不能配合外，其他患者均能通过训练正确掌握呼吸方法。②咳嗽，咳痰训练：开胸术后有效咳嗽，咳痰是预防肺部并发症的有效方法，所以术前护士必须指导并协助病员进行有效的咳嗽训练以便达到排除痰液的目的。方法是先嘱病人深吸气。然后憋住气，声门紧闭，使膈肌抬高增加胸内压；最后声门打开，使气体快速冲出。

（2）术后体疗：① 叩击震动法：一般术后卧床病人肺部分泌物粘稠，用肺部叩击震动法可使粘稠的分泌物松动脱落并排出。方法是：病人先雾化吸入 15 分钟，然后护理人员手掌屈曲呈杯状叩击胸背部，由下向上，由外向内，力量均匀地叩击每次叩击 3～5min，次数视病人病情而定，叩击震动可促进细小气管的分泌物松动而流入中、大气道而易咳出。②变换体位：体位与排痰有直接的关系，是预防肺部并发症不可忽视的环节。常规做法是：对术后清醒，病情稳定者给予半卧位；对于术后不能半卧位的患者要经常改变体位，应每 2h 翻身叩背一次，以减少分泌物潴留，使痰液在重力作用下，流入大气道以利排出；鼓励拔除气管插管后的患者尽早坐起，尽早下地活动。

（3）鼻导管吸痰法：术后拔出气管插管的患者，在痰多而粘稠密，又无力咳嗽的情况下，可用辅助手法按压天突穴，刺激气管引起咳嗽反射。如无效，可采用鼻导管吸痰法，此法多应用于不能合作的幼儿及排痰无力的成人，本组病例中，有 18 人行鼻导管吸痰法，其中小儿 8 人，成人 10 人 。

二、结果和讨论

298 例不同年龄，不同病种的病人，通过术前、术后早期采取胸部体疗方法，除 3 例伴有肺不张外，其他 295 例，无明显肺部并发生。本文通过对 298 例开胸术后病人的临床观察与护理，总结了术后预防肺部并发症的经验。证明了术后采取积极有效的体疗方法，可以使术后病人肺功恢复正常。有效防止肺部并发症的发生。

（收稿：2001-08-03）

84 例膀胱癌的治疗护理

黄淑琴* 李英杰* 卢 影*

膀胱癌是一种多发常见的泌尿系肿瘤，致病因素与吸烟和从事某些暴露的化学致癌物质的接触如橡胶工、油漆工等有关，膀胱结石、血吸虫病、细菌感染和尿中 pH 值增高等泌尿系统疾病也可使膀胱癌的发生率增高，据最新研究表明，膀胱癌与 P_{53} 基因突变和染色体 9 的变异有关，约 90% 的病人首发症状是内肉眼或镜下血尿。通过肾盂造影，膀胱镜、分子生物技术、聚合酶反应（PCR）CT 等检查，均可早期确定诊断。我院自 1980～2000 年共收治膀胱部病人 84 例，手术治疗是最佳方案，术后坚持一年按常规应用抗癌药丝裂霉素膀胱灌注是预防复发的基础，在其治疗方案，预防术后感染和并发症，满足病人的心理需求，提高膀胱癌术后病人的生活质量及存活年限是我们护理工作的重点。

一、一般临床资料

本组病人 84 例，男性 65 例，女性 19 例，年龄 29～79 岁，平均 51.3 岁，84 例病例中均接受了不同术式的膀胱癌切除术，术后存活一年，死于脊柱转移的一例，术后 1～2 年复发的 26 例，4～5 年复发的 24 例，8～18 年未复发的 33 例 。

二、治疗

1. 手术是治疗的最佳方案，本组 84 例病人均接受了不同术式的手术，见附表。

附表 膀胱癌手术术式

术 式	例数
膀胱肿瘤切除术	63
膀胱切开肿瘤电灼术	2
肿瘤切除输尿管移植术	4
肾及输尿管切除膀胱部分切除术	2
肿瘤切除、颈部契形切除术	3
肿瘤切除、前列腺切除术	5
肿瘤切除、膀胱及部分腹膜切除术	2
回肠膀胱术	2
膀胱再生术	1

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院泌尿外科