

腹腔镜下全子宫切除术中护理配合体会

文维维

北流市人民医院 广西北流 537400

〔摘要〕目的 腹腔镜下全子宫切除术中护理配合的效果研究。方法 纳入我院于 2016.2 月-2018.2 月间收治的 108 例因病需行腹腔镜全子宫切除术治疗的患者, 纳入研究对象, 回顾性分析其一般资料, 总结术中护理配合要点。结果 108 例因病需行腹腔镜全子宫切除术治疗的患者, 手术均顺利完成, 无 1 例出现中途转开腹手术; 平均手术用时 (120±5.4) min、术中出血量平均为 (90.2±7.5) ml。所有患者术后未见明显并发症。结论 腹腔镜下全子宫切除术中加强护理配合可确保手术顺利完成。

〔关键词〕腹腔镜; 内膜癌; 手术; 护理

〔中图分类号〕R473.71 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 07-206-02

子宫内膜癌、宫颈癌、子宫肌瘤等均是妇产科常见肿瘤疾病, 病因多且复杂, 可见于任何年龄段的女性, 但老年女性发病率相对较高, 好发于绝经期后女性, 该类疾病早期诊断率不高, 多为偶然发现^[1-2]。患病后患者常见症状包括月经失调、腹痛、阴道出血等, 对女性身心健康均造成影响, 手术是主要治疗措施, 随着腹腔镜在临床应用范围逐渐扩大, 妇科腹腔镜手术使用率逐渐提高, 文章研究对象均接受腹腔镜全子宫切除术治疗, 手术优势包括微创、术后恢复用时短等^[3]。但腹腔镜手术中使用器械种类较多, 手术操作步骤繁琐、操作复杂、难度较高, 术中医生所有操作均需由器械护士提供协助, 因此术中对医护人员之间的护理配合提出较高要求^[4]。文章纳入我院于 2016.2 月-2018.2 月间收治的 108 例因病需行腹腔镜全子宫切除术治疗的患者, 总结术中护理配合要点, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入我院于 2016.2 月-2018.2 月间收治的 108 例因病需行腹腔镜全子宫切除术治疗的患者, 纳入研究对象, 回顾性分析其一般资料, 均为女性, 年龄范围在 38-59 岁, 平均为 (47.5±4.0) 岁, 其中 38-40 岁 8 例, 41-50 岁 53 例, 51-59 岁 47 例, 疾病类型: 功能性子宫出血 14 例, 子宫肌瘤 39 例, 子宫腺肌瘤 21 例, 内膜癌 18 例、宫颈癌 16 例。

纳入标准: 患者自愿接受手术治疗, 签署手术知情同意书; 术前均接受妇科查体、彩色多普勒超声检查、诊断性刮宫活检等检查结果符合子宫肌瘤、内膜癌、宫颈癌诊断标准^[5]。

排除标准: 需排除合并其他严重并发症的患者。

1.2 方法

(1) 术前护理: 术前提供饮食指导, 嘱咐患者饮食应坚持高蛋白、高维生素、矿物质食物原则, 改善患者术前身体状态, 以最佳状态面对手术; 为患者提供术前指导, 进行常规检查, 如心电图、血常规、尿常规、配血等, 术前进行皮肤与脐部清洁护理、肠道准备工作。嘱咐患者术前维持良好作息, 手术室护士术前进行访视, 加强术前护患沟通, 解答患者对手术存在的各种疑问, 安抚患者情绪, 术日安全护送患者进入手术室。(2) 术中护理: 巡回护士的配合: 完成腹腔镜仪器安放工作, 将腹腔镜系统放在手术床尾部, 便于主刀和助手观察显示屏, 将超声刀、双极电凝或能量平台置于患者右侧。术前设置好气腹压力、调适各仪器参数, 打开气腹机, 设置气腹压力为 1.3 mmHg, 维持气腹流量在 20 L/min, 保持光源适中, 设置电钩电切 (60 瓦)、双极电凝 (50 瓦)、中心吸引管压力 (20 kPa)。患者取改良截石位, 双上肢伸直置于身体两侧内收, 并用身后麻醉单反折约束, 双肩转置肩档加肩垫固定, 预防术中调整体位致身体移位。成功建立气腹后帮助患者调整体位, 降低床

头, 抬高床尾; 术中密切观察手术进展情况, 当医师结束一侧淋巴结清扫工作时及时缓慢调整对侧体位, 方便操作。手术结束前快速准备冲洗用物, 再次调整体位, 抬高床头, 彻底冲洗上腹部的血液, 完成冲洗工作后将体位调整至平卧位, 准备关腹。术中巡回护士需严密观察患者体征变化, 及时传递物品, 做好各项手术记录工作, 及时发现并发症情况, 早期发现早期处理。术后及时与洗手护士进行物品交接, 双方共同核对、清点物品, 确认数量与术前准备时一致。关闭各个仪器电源, 整理连接管道, 消毒镜头与光源, 将其放入专用容器中进行保护。为患者从截石位改变为仰卧位时, 护士需两侧下肢轮流进行, 且两侧下肢放平时需间隔 3 分钟左右, 避免短时间内回心血量减少, 引起低血压; 将患者安置在麻醉苏醒室, 及时拉起床栏, 交接工作后返回整理手术室^[7]。(3) 洗手护士配合: 术前半小时准备器械, 与巡回护士共同清点器械数量, 将腹腔镜、阴道器械分开摆放, 做好清点记录工作, 术中严格坚持无菌操作原则, 及时将所需物品传递给医师、一助; 协助医师共同建立气腹, 将镜头放入腹腔进行探查, 协助完成第 2-5 个穿刺点穿刺, 完成穿刺后检查套管口与切口之间的密封效果, 判断是否存在漏气表现, 早期查找漏气原因, 及时处理。术中协助医师上举子宫, 观察腹水量并抽吸。在不同手术步骤时传递对应器械, 及时回收使用过的器械, 清理超声刀上的焦痂; 协助放气^[8]。手术结束后仔细与医师、巡回护士反复确认无误后方可关闭腹腔。(4) 术后护理: 手术室护士与复苏护士做好交接工作, 密切观察患者体征变化, 做好体征监测记录, 观察患者清醒后是否出现不良反应, 给予早期处理。告知家属术日当天禁食、禁饮, 待肛门排气后可给予半流质饮食, 鼓励患者多食用蔬菜与水果, 积极预防便秘。观察腹腔引流管使用情况, 准确记录 24 h 引流量, 及时遵医嘱拔除引流管。每日定时为患者提供导尿管、会阴护理, 确保尿管通畅, 每日更换尿袋, 协助患者改变体位时需做好导管固定工作, 及时观察引流液颜色及性质的改变, 一旦发现异常及时报告医师处理。

(5) 并发症预防护理: 观察患者生命体征变化, 术后常见并发症包括皮下气肿、感染、腹痛、内出血等, 其中术后及时给氧, 皮下气肿可自行消失; 观察腹痛性质与表现, 结合生命体征变化情况判断, 慎重考虑是否存在肠管损伤, 及时发现, 早期处理。内出血早期征象包括患者面色苍白、血压下降等, 及时上报医师处理。为患者提供出院康复指导干预, 嘱咐家庭休养期间饮食需坚持高蛋白、高热量、丰富维生素、易消化的原则; 嘱咐患者术后保持良好的作息规律与卫生习惯, 定期返院复查。

2 结果

2.1 评估手术结果

108 例患者手术均顺利完成, 无 1 例出现中途转开腹手术;

平均手术用时 (90.7±5.5)min、术中出血量平均为 (90.2±7.5) ml。所有患者术后未见明显并发症。

3 讨论

临床治疗妇科肿瘤疾病首选外科手术治疗措施,对于符合手术适应证的患者而言,采用手术切除病灶是一种较为理想的治疗方案,随着腹腔镜技术在临床的广泛运用,腹腔镜技术治疗妇科肿瘤疾病的优势也随之体现^[9],成为首选术式。腹腔镜下子宫切除术最初开始于 1989 年,随着临床多种手术器械的发展应用,该术式逐渐得到广泛使用,相较于传统开腹全子宫切除术而言,腹腔镜全子宫切除术具有微创手术的特点与优势,术后恢复速度相对较快,且腹腔镜手术中术者视野更加清晰,腹腔镜术中通过建立气腹,改变患者体位为术者提供可操作空间,自阴道置入举宫器,确保盆底完全暴露,方便手术操作,在腹腔镜下行子宫切除可有效避免阴式手术的困难,避免开腹手术的损伤,相对而言优势较大。

文章研究结果表明 108 例患者手术均顺利完成,无明显并发症情况,手术效果较好。分析原因发现,加强腹腔镜下全子宫切除术中护理配合干预,手术室医护人员均良好的贯彻分工合作原则,巡回护士主要负责各个设备、仪器、体位摆放、术中病情观察、配合处理等工作;洗手护士主要负责配合医师,为其提供每个手术环节所需使用的器械,要求护士熟悉整个手术流程,了解每个步骤所需使用的器械,以做到术中准确、及时、快速的传递,护士具有较强的预见性,可配合医师处理各种术中突发事件,通过良好的术中医护人员配合可保证手术顺利完成,缩短手术用时^[10],降低手术风险。

综上所述,腹腔镜下全子宫切除术术中加强护理配合可确保

手术顺利完成。

【参考文献】

- [1] 程黎. 临床护理路径在子宫内腔癌根治术患者临床护理中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(15):2072-2074.
- [2] 叶安花, 吕莉莉. 整体护理与人文关怀在子宫内腔癌围术期的护理探讨[J]. 中外医学研究, 2018, 16(24):65-66.
- [3] 刘秀萍, 李宗宪, 李志华等. 规范化护理在子宫切除盆腔淋巴结清扫治疗子宫内腔癌中的应用分析[J]. 国际医药卫生导报, 2017, 23(5):741-743.
- [4] 沈志城, 周婷, 王楠等. 机器人手术治疗子宫内腔癌手术围术期感染及并发症的观察与护理[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(21):4944-4946.
- [5] 孔德萍. 腹腔镜下全子宫切除术护理配合[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2016, 32(12):18-19.
- [6] 王秀枝. 腹腔镜下全子宫切除术的护理配合[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2017, 34(1):49-50.
- [7] 黄叶香. 腹腔镜全子宫切除术患者的临床护理配合[J]. 中国实用医药, 2016, 11(10):203-204.
- [8] 刘彤云. 腹腔镜下全子宫切除术的手术配合护理[J]. 中国卫生产业, 2016, 13(2):144-146.
- [9] 余军. 优质护理对腹腔镜下全子宫切除术患者术后恢复情况及并发症的影响[J]. 国际医药卫生导报, 2017, 23(24):3966-3968.
- [10] 蒋平平, 周芸, 王迎芝等. 全程优质护理在腹腔镜下全子宫切除术围术期的应用[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(21):236-237.

(上接第 203 页)

全性,减少患者的不适感,及时满足患者的多样化需求,减少护理工作压力,降低护理风险。要做好必要的健康教育,促使其治疗依从性的优化。健康教育也需要针对患者与家属情况而定,可以将新科技与传统方式结合,多样化的满足不同所需。可以进行手机端的专业电子健康文章,也可提供纸质手册,还可以穿插在护理工作中进行针对性的一对一指导,还可以进行集体性的健康讲座。具体情况要看实际情况而定,保证工作落实匹配实际所需。

综上所述,老年骨折患者采用护理干预后的生活质量显著更

高,负面的焦虑、抑郁等心理情绪更少,整体状况更为理想。

【参考文献】

- [1] 曾成. 心理护理干预对老年骨折患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(52):68, 77.
- [2] 戴兴芹, 祝舒. 老年骨折术后实施延伸护理干预对其关节功能恢复、生活质量及自我管理水平的的影响分析[J]. 饮食保健, 2017, 4(1):139-140.
- [3] 廖锦燕. 老年骨折卧床患者行早期护理干预的效果观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27(7):188-189.

(上接第 204 页)

康宣教可以帮助患者更为科学的认识妊娠期糖尿病,有利于促进患者主动配合治疗;通过饮食干预与运动干预有利于帮助患者养成科学、合理的饮食习惯与运动习惯;对患者的孕期各项指标进行动态监测有利于针对性进行护理干预,以此提高治疗效果^[5]。

结合数据:就研究组而言,其妊娠期高血压率(5.00%)、早产率(7.50%)、胎儿窘迫率(7.50%)、感染率(5.00%)、新生儿低血糖率(2.50%)均低于对照组, $P < 0.05$, 差异性显著;由此可见,妊娠期糖尿病患者中采用早期护理干预,可以提高其妊娠结局,确保母婴安全。

【参考文献】

- [1] 赵冬梅. 早期护理干预对妊娠期糖尿病妊娠结局的影响[J]. 中国医药指南, 2018, 16(29):249-250.
- [2] 李雅. 早期护理干预对妊娠期糖尿病妊娠结局的影响[J]. 实用临床护理学杂志(电子版), 2018, 3(7):91-91.
- [3] 温瑶. 早期护理干预对妊娠期糖尿病患者妊娠结局的影响[J]. 中国医学创新, 2018, 15(33):84-87.
- [4] 程霞, 韩燕华, 王滢. 探讨早期护理干预对妊娠期糖尿病妊娠结局的影响[J]. 临床医药文献杂志(电子版), 2018, 5(19):125-125.
- [5] 钟小英. 早期护理干预对妊娠期糖尿病妊娠结局的影响[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(21):2965-2966.

(上接第 205 页)

^[4] 十分相似,由此说明,综合护理干预的实施效果更加显著,可在前列腺增生术后尿失禁中广泛应用。

综上所述,前列腺增生术后尿失禁患者实施综合护理干预后,可显著改善尿失禁状况,减少总排尿次数与总漏尿次数,是一种值得在临床中推广应用的护理方式。

【参考文献】

- [1] 万红艳. 老年前列腺增生症患者经尿道前列腺等离子电切

术的护理体会[J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(3):172-173.

[2] 王静华. 经尿道等离子前列腺电切术的手术配合及护理[J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(1):183-184.

[3] 王静, 张雨, 蒋丽娜. 高龄合并高危因素良性前列腺增生患者行经尿道前列腺电切术围手术期护理[J]. 现代医药卫生, 2018, 34(1):101-103.

[4] 邱利平, 邱利娟. 经尿道前列腺电切术患者实施综合护理对术后尿失禁影响效果[J]. 中国医药科学, 2018, 8(6):100-102.