

**3.5 营养护理** ①患者入院后因无法进食,常规行中心静脉置管给予补充高价静脉营养,术前纠正患者负氮平衡、电解质紊乱,术后根据出入量及时补充胶体及高价静脉营养,热量达到1 250千卡/日,同时严格控制液体总量在2 400 ml/日以内;术后6天开始肠内营养,以能全力、百普素等从造瘘管内缓慢饲入,如无腹泻可逐步加快滴数,必要时饲入复方苯乙哌啶控制腹泻,术后2周逐渐停静脉营养,给予匀浆饮食250~300 ml/次,6次/日,过渡到正常饮食。②在此期间加强深静脉置管的护理,以安尔碘于置管处消毒2次/日,外覆盖无菌敷料,如发现局部红肿、有压痛应考虑感染可能,经严密观察,如无发热,可继续使用深静脉置管,如出现无明确原因的发热应立即拔除置管并行培养,必要时使用抗生素。③造瘘管周围每日应用酒精棉球消毒,无菌敷料覆盖,如周围有红肿,可给予频谱治疗仪照射,周围皮肤局部予以过氧化锌软膏外用,有利炎性反应的恢复,管周有渗出时应行管周加固缝合,减少胃肠道内容物外渗。

**3.6 引流管的护理** 食管癌放疗后穿孔再手术,术中往往可见肿瘤与周围组织失去正常的解剖层次,部分患者肿瘤穿透气管膜部、肺组织,食管及呼吸道具分泌物外溢污染胸腔,尽管术中常规应用碘伏稀释液、洗必泰及大量蒸馏水反复冲洗胸腔,但由于手

术为污染手术,术后极易发生胸腔和肺部感染、脓胸,我们在加强呼吸道管理的同时应加强胸管的管理:①定时观察胸管的位置,以防止胸管滑脱、扭曲,造成引流不畅。②定时、有效的挤压胸管,必要时行低压吸引使胸液及时排出,以防止胸内积液包裹,减少肺部感染和脓胸的机会。③严密观察胸液引流情况,包括引流液的颜色和24小时总量,如血性引流液超过200 ml/小时,根据医嘱及时应用止血药,并补充血浆、红细胞悬液,3小时无效,立即报告医生,48小时后密切观察引流液的变化,如血清样变为浑浊的应警惕感染可能,及时送化验并报告医生,进一步处理。

## 参考文献

- [1] Couraud L, Ballester MJ, Delaisement C. Acquired tracheoesophageal fistula and its management [J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 1996, 8(4): 392-399.
- [2] 田建昌, 陈 钢, 蔡瑞君, 等. 2例获得性食管呼吸道的治疗[J]. 第一军医大学学报, 2003, 23(4): 393-394.
- [3] 张 珩. 食管癌放疗后手术方式的效果比较[J]. 中国癌症杂志, 2002, 12(2): 152-154.
- [4] 信德和, 吴胜勇. 食管癌放疗后手术早期低氧血症的防治[J]. 中国癌症杂志, 2001, 11(2): 145-147.

(收稿日期: 2009-01-15; 修回日期: 2009-02-18)

(本文编辑: 黄攸生)

# 专科护士在腹腔镜手术配合及器械保养的体会

罗金玉, 李 颖, 张晓敏

(解放军第92医院供应室, 福建南平 353000)

[关键词] 专科护士; 腹腔镜; 手术配合; 器械保养

中图分类号: R472.3 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)02-0168-03

随着外科不断发展, 外科手术领域和范围日趋扩大, 新手术方法、新器械、新仪器设备不断推陈出新, 对手术室护士的整体素质和专业水平要求越来越高, 促进手术室护理人员向高度专业化和一专多能方向发展<sup>[1]</sup>。专科护士是指在某一特殊或专门的护理领域具有较高水平和专长的专家型临床护士。而手术室专科护士是在手术室某一专科手术领域具有较高护理水平的人才, 精通某一专科手术的全期

护理的专业知识和技能, 具有丰富手术室工作经验的护理人员<sup>[2]</sup>。我院于2004年成立手术室专科护士组, 实施专科定人参与手术配合方式。其中设有腹腔镜专科组, 提高了患者和手术医生对手术室的满意度, 提高了工作质量, 收到良好效果。现将腹腔镜专科护士手术配合及器械保养的体会报告如下。

## 1 资料与方法

作者简介: 罗金玉(1975-), 女, 福建南平人, 大专, 护师, 从事供应室工作。

**1.1 一般资料** 本组患者2 580例,男523例,女性2 057例。年龄18~72岁,平均48岁。胆囊切除术478例,阑尾切除术240例,卵巢囊肿切除术664例,子宫切除术858例,宫外孕术128例,不育症盆腔粘连松解术212例。患者术后1天下床活动,3~5天出院。

## 1.2 方法

**1.2.1 腹腔镜专科护士组的设置** 设腹腔镜专科护士组长1名,组长由业务强、经验丰富、有责任感的主管护师或高年护师担任。组员5人,按高、中、低年资护士搭配,比例为1:2:2。为更好的搭配手术,专科护理组长固定不轮换,专科护士相对固定不轮换,低年资护士每年更换一次。

### 1.2.2 手术配合

**1.2.2.1 术前访视** 专科护士组执行术前访视制度,术者术前1天到病房看望患者,阅读病历了解病情及各项检查结果,术前准备情况。了解患者的心理状况,介绍腹腔镜治疗的优点,解除患者的思想顾虑,使患者以最佳状态配合手术。

**1.2.2.2 器械准备** 包括腹腔镜器械及配套设备,超声刀、CO<sub>2</sub>气腹机、冷光源、电视录像机、CO<sub>2</sub>钢瓶等。

**1.2.2.3 巡回护士配合** 接患者进手术室,询问禁食及术前用药情况。建立静脉通路,配合麻醉师麻醉,监测血氧饱和度、心电图、血压、脉搏、呼吸等。摆好体位。仪器的安置、连接及使用,以确保手术的顺利完成。严密观察患者生命体征变化及手术过程,做好护理记录。

**1.2.2.4 洗手护士配合** 熟练连接仪器的各个衔接部位,接通电源,使一切操作显示在电视屏幕上,检查超声刀、高频电刀、气腹机、冷光源等所需功率的大小,检查气腹针是否通畅,各器械是否安装准确、牢固,各管道、连接线是否固定通畅、牢固等。用85℃热水加温腹腔镜头,防止因腹腔内和镜头表面温差而产生冷凝影响术野<sup>[3]</sup>。熟练掌握手术步骤,根据手术进程配合医师进行分离、止血及结扎操作,提供所需器械,主动传递,操作时轻拿轻放,用后立即收回,依次放于器械车上,防止碰伤器械。术毕认真清点物品,严格执行清点制度,防止物品遗失。

### 1.2.3 器械保养

**1.2.3.1 清洗** 手术结束后,用95%酒精擦拭显示器,镜头线、冷光源线、电凝线等,线用湿布擦净表面的血污,盘放,防止折叠引起的光纤断裂。打开器械的各个关节、阀门、管腔,取出阀门密封圈及内按弹簧等,先用中性高效多酶清洗剂浸泡10分钟(特殊感染者按说明浸泡时间),再用清水冲洗干净,用软

毛刷刷洗带齿器械及管腔,洗净器械内外组织碎屑及血凝块,必要时用注射器加压冲洗,然后用氧气吹干或负压吸引器吸干各管腔。

**1.2.3.2 润滑** 各器械清洗干净擦干后,涂专用润滑剂,尤其是关节、阀门、活瓣及弹簧必须喷上润滑剂,防止器械生锈,保持关节的灵活性,并检查器械有无松动的螺丝及缺失损坏,发现问题及时予以维修和补充。

**1.2.3.3 消毒灭菌** 将腹腔镜器械及配件分别封袋,注意轻拿轻放,防止碰撞损坏,顺序放于托盘内,环氧乙烷灭菌备用。

**1.2.3.4 保管** 设立器械使用档案,专人管理,各器械应标有名称、数量存放于规定的器械柜内。光纤不可折叠扭结,避免造成损坏或折断,仪器避免外力碰撞,每次使用完毕应检查(器械)的性能并登记签名<sup>[4]</sup>。

## 2 结果

实施专科护士相对固定进行腹腔镜手术配合后,专科护士能熟知腹腔镜专科手术的步骤、方法及医生习惯,做到配合默契、熟练及器械准备齐全等,使外科医生对手术室工作满意度提高。专科护士能从术前准备到术中配合及术后处理对下级护士进行指导帮助,对手术中可能出现的护理问题进行预测,并提出措施。专科护士能熟练操作腹腔镜器械,并熟悉其性能和保养方法。

## 3 体会

**3.1 设置腹腔镜专科护士有利于器械的保养和维修** 专科护士能全面掌握腹腔镜的构造原理、使用方法及手术特点,做好术前准备、术中配合、术后器械的保养和维修工作。

**3.2 设置腹腔镜专科护士有利于提高护理质量** 设置专科护士,有利于对手术室护理质量进行全面掌握和管理,统筹调配资源,保证腹腔镜手术顺利进行<sup>[5]</sup>。腹腔镜专科护士定期随访,加大了检查文件书写及信息反馈的力度,对科室及患者提出的建议,管理者与专科组长及时做出改进,并与相关科室及时交流从而提高护理质量。

**3.3 设置腹腔镜专科护士有利于医护患关系和谐** 护理人员相对固定,使护士在巩固基础知识和技术操作的基础上,强化掌握专科理论和护理知识,医护的相对固定,使护士快速掌握医生手术习惯和操作特点,术中配合默契,手术时间缩短,保证手术顺利进行,提高手术配合质量<sup>[6]</sup>。

参考文献

[1] 毛晓萍,戴红霞. 手术室专科护理组的设置与管理[J]. 解放军护理杂志,2005,22(8):83-84.  
[2] 钟爱玲,戴红霞,练雪萍. 手术室骨科护理专家和专科护士的设置及培训[J]. 护士进修杂志,2005,20(6):519-520.  
[3] 于淑芹,刘国荣. 腹腔镜下卵巢瘤切除术的手术配合及器械保养[J]. 吉林医学,2006,27(10):1248.

[4] 赵娟,郭若菊. 腹腔镜手术器械的保养消毒与手术配合[J]. 现代医药卫生,2002,18(4):304-305.  
[5] 王彩云,赵学红. 手术室设立专科护士的做法与成效[J]. 中华护理杂志,2004,39(11):862-864.  
[6] 王玉英. 专科护士相对固定在手术室管理中的应用[J]. 西部医学,2004,16(4):340.

(收稿日期:2008-05-27;修回日期:2008-08-27)

(本文编辑:黄攸生)

· 个 案 ·

残角子宫合并子宫内膜异位症 1 例

于 琴,骆文香,陈金婵  
(解放军第 454 医院,江苏南京 210002)

[关键词] 残角子宫;子宫内膜异位症

中图分类号: R711.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)02-0170-01

1 病案摘要

患者,女,43 岁,已婚,月经正常,无痛经史,末次月经 2007 年 6 月 8 日。生育史: 2—0—0—2 顺产。曾行绝育术及阑尾切除术。因右下腹反复发作疼痛 2 月余,于 2007 年 6 月 15 日入院,无发热,无呕吐,大小便正常。曾先后在他院住院 2 次,怀疑肠粘连、不完全肠梗阻,肠镜检查未发现异常,给予抗炎、解痉等对症治疗,症状缓解后出院,停治疗后 5 天,症状复发。入院查体:一般情况可,轻度贫血。妇科检查:子宫后位,正常大小,子宫右侧角处可触及包块,直径约 4 cm 大小,有触痛,外表光滑,质地中等,与子宫无法分离。左侧附件区未触及异常。B 超检查提示子宫及左附件区未见异常,右侧附件区可探及囊性包块 3.8 cm×3.6 cm 大小,包膜厚 4 mm。与右侧卵巢关系近。入院后给予静脉抗感染治疗 5 天后腹痛缓解,复查妇科检查及 B 超检查发现包块无明显变化。于 2007 年 6 月 22 日行剖腹探查术,术中见子宫后位正常大小,子宫右上角明显膨大,残角子宫,内有 15 ml 巧克力色液体,与左侧子宫腔不相通,两者相连处为一段肌肉组织,右侧输卵管仅有 2 cm 残端,内有巧克力色液体,右侧卵巢未见异常,左侧附件未见异常。行右侧输卵管及残角子宫切除术,子宫整型术,手术顺利,失血少。病理报告提示:残角子宫,子宫内膜异位症。术后患者恢复好。

2 讨 论

残角子宫系子宫发育异常,一侧副中肾管正常,另一侧发育不全形成残角子宫,分完全性及不完全性。残角子宫合并子宫内膜异位症的极少见。通过这个病例的学习,我们在鉴别诊断的时候多考虑到该病发生可能。特别在碰到粘连于宫角的包块的时候不光要考虑到输卵管脓肿、卵巢囊肿粘连或子宫肌瘤可能,应想到残角子宫可能。

残角子宫切除时应力争保留患侧卵巢,以维持女性内分泌功能。对残角子宫发生的内膜异位症手术时应仔细分离,以免损伤输尿管。为防止子宫内膜异位症复发,术后可用药物治疗子宫内膜异位症。

非妊娠残角子宫最易误诊为子宫内膜异位症,对诊断刮宫和人工流产无组织物吸出或引产失败的患者应高度怀疑残角子宫妊娠,严重痛经或妇科检查子宫形态不规则的患者也应想到残角子宫,一经发现及早手术行残角子宫切除,包括切除同侧输卵管。

参考文献

[1] 王慧珍,台秀丽,孙翠芳. 残角子宫合并子宫内膜异位症六例临床分析[J]. 中华妇产科杂志,2002,37(4):238.  
[2] 蒋意中,江 涛. 残角子宫误诊的原因和对策[J]. 广东医学院学报,2005,23(2):186-187.

(收稿日期:2008-11-10)

(本文编辑:黄攸生)