

小。本组术后6个月随访25例锥切术,55例电灼术患者共80例,宫颈糜烂均愈合,无一例行2次手术。

4 体会

利普刀作为一种非侵入性宫颈糜烂治疗方法,是通过电极尖端产生的高频电波在接触身体后,由于组织本身阻抗,吸收此高频电波而瞬间产生高热以完成宫颈糜烂的处理。手术效果精细,可以达到其他传统治疗宫颈疾病达不到的手术效果^[2]。手术时间短,不需住院治疗,因此,术后的观察及护理均由患者自行完成,如护理不当可引发感染、出血等

并发症。做好术后健康指导,使患者掌握利普刀术后的护理要点,配合医护治疗,提高自我护理能力是护理工作的重要内容。

参考文献

- 1 李萍,曾芳玲,武秋林,等. 1981~2002年广州市企业女工妇科疾病分析[J]. 中国妇幼保健,2004,19(18):27-30.
- 2 沈铿,郎景和,黄惠芳,等. 子宫颈锥切术在子宫颈上皮内瘤变诊断和治疗中的价值[J]. 中华妇产科杂志,2001,36(5):264-266.

[收稿日期 2010-12-20][本文编辑 黄晓红 韦颖]

护理研讨

微创经皮肾镜钬激光碎石治疗肾结石的围手术期护理

覃素娇, 黎晓燕, 顾超琼

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院手术室

作者简介: 覃素娇(1972-),女,大学本科,护理学士,主管护师,研究方向:手术室护理。E-mail: qsj031370@163.com

[摘要] 目的 探讨微创经皮肾镜钬激光碎石治疗肾结石的围手术期护理对策。方法 总结分析73例微创经皮肾镜钬激光碎石治疗肾结石的围手术期的护理问题。结果 73例患者全部顺利完成手术,医、护、患三方配合协调,有效促进了手术的顺利进行。结论 护士熟练掌握经皮肾镜钬激光碎石术围手术期的护理要点,是保证手术顺利完成的关键。

[关键词] 经皮肾镜; 钬激光碎石; 护理

[中图分类号] R 472.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)05-0474-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.05.30

钬激光碎石属于目前最新的一种激光碎石方式。钬激光对结石的碎石作用主要通过一种“钻孔效应”,产生的能量可使光纤末端与结石之间的水汽化,形成微小的空泡,并将能量传至结石,使结石粉碎成粉末状^[1]。钬激光以脉冲式发射,发射时间为0.25 s,瞬间功率达10 kV,足以粉碎各种成分和密度的结石,水吸收了大量的能量,对组织穿透深度<0.5 mm,组织损伤轻微,不易形成瘢痕^[2];而经皮肾镜取石术是因其经皮肾微小的通道,对肾脏损伤小,操作易掌握为优势,两者结合在一起已成为上尿路结石首选的治疗方法。我院2009-08~2010-12采用微创经皮肾镜钬激光治疗肾结石的患者73例,效果

满意。现将围手术期的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组73例患者,其中男性41例,女性32例,年龄17~74岁,左肾结石34例,右肾结石28例,双肾结石11例,其中单发巨大结石4例,多发结石13例,肾结石伴中-重度积水5例,伴感染9例。

1.2 手术方法 (1)采用硬腰联合或全身麻醉。(2)患者先取膀胱截石位经输尿管逆行置入F5或F6输尿管导管至肾盂处,留置18号导尿管。(3)取俯卧位,腰肾区垫高20~30°。(4)在B超引导下定位,在腋后线11肋或12肋间隙进行扫描,了解肾脏

位置及结石大小,同时配合用等渗灌洗液往逆置的输尿管导管注入以人工扩张肾盂,选择穿刺的肾盏,穿刺成功后置入斑马导丝,根据需要沿导丝逐次扩张通道至 18 或 20 号,置入肾镜鞘,建立经皮肾镜通道。(5)插入肾镜,在直视下配合钬激光进行碎石、取石。(6)术毕,根据需要分别置入适宜型号的双 J 管、肾造瘘管。

2 结果

73 例患者手术顺利完成,无并发症,取石率达 99%。

3 护理体会

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理。钬激光是 20 世纪末出现的高新技术,是目前世界上先进的微创外科技术之一^[3],由于患者对钬激光技术不了解,担心治疗效果,手术时都会产生一系列的心理问题。我院开展优质服务,以病人为中心,作好术前访视工作。术前 1 d 巡回护士到病房访视病人,详细了解患者的身体、心理状况和病人的需求,针对患者的特点给予真诚的疏导和解释,向患者介绍手术方法、手术体位以及经皮肾镜微创手术和钬激光技术的成熟性、先进性和安全性,取得患者的理解,增强患者的信心,消除焦虑、紧张、恐惧的心理,以良好的心态接受手术。手术前一天晚上保证患者充足的睡眠,必要时给予安定或舒乐安定口服。

3.1.2 手术体位训练。微创经皮肾镜钬激光手术术中需采取膀胱截石位及俯卧位。术前应指导患者进行体位训练,以满足手术的需要,特别是俯卧位。术前应从俯卧 30 min 开始训练渐增至 2 h,指导病人平稳呼吸,防止因呼吸起伏太大引起肾脏位置变动导致出血。特别是肥胖患者取俯卧位时,因膈肌抬高,胸腔容量减少,易致氧饱和度下降,出现胸闷、呼吸困难症状。通过训练,使患者在手术时能较好地配合手术,防止和减少因为体位不良导致手术穿刺或扩张过度而出血,减少穿刺盲目性和不可直视性造成的经皮肾穿刺出血^[4]。

3.1.3 物品准备。腔镜影像系统一套、钬激光碎石机及光纤系统一套、输尿管镜或经皮肾镜及扩张器一套、液压泵一台、B 超机、斑马导丝、输尿管导管、双 J 管、造瘘管、导尿管、45 cm × 45 cm 有袋 Y 型贴膜、医用润滑油、等渗冲洗液等。并检查各种仪器运转是否正常。

3.1.4 手术间准备。钬激光碎石机设备的高频高压装置要求放置配备有 380 V 电压插座的专用手术

间,将钬激光碎石机、腔镜影像系统置于手术床旁,关闭照明设备。

3.2 术中配合及护理

3.2.1 严格执行核对制度。在患者进入手术室、麻醉操作前、手术切皮前认真做好患者的身份、手术方式及麻醉方式等各项查对工作,确保患者和手术部位的正确,避免差错的发生。

3.2.2 建立静脉通道,协助麻醉医师完成麻醉。患者取膀胱截石位时注意托脚托腿架的高度、外展的角度,约束带的松紧度要合适,避免肢体过度外展、神经损伤等意外发生。安置俯卧位,注意保持患者生命体征,胸部垫一软枕,保持呼吸道通畅,肾区腹部垫一软枕使腰背成一水平面,双肘、髌骨、膝关节处、小腿踝处垫上软枕保护,以避免长时间受压血运障碍引起压疮,同时使患者感到舒适。如全麻手术患者采用骨科俯卧位架,以保证患者呼吸系统正常,保证患者的生命安全。

3.2.3 协助医师通过膀胱镜或输尿管镜逆行置入 F5 输尿管导管和留置导尿管。患者取俯卧位后,协助消毒铺无菌巾,与医师共同连接好各种导管、摄像头、导光纤、钬激光光纤及冲洗水管,并妥善安置在手术台上,避免打折弯曲。打开各种仪器开关并调节好各项参数待使用。

3.2.4 注意调节灌洗液的温度。术中使用电子恒温箱将灌洗液加温至 37 ~ 38 ℃,接近正常体温,可以减少热量散失,同时不会增加机体代谢,有利于保持体温的恒定。术中维持手术间内温度在 22 ~ 24 ℃ 之间,有利于患者体温的保护。由于术中使用大量等渗冲洗液以保持术野清晰和冲出结石碎屑,因此手术期间要注意用棉被和被单盖好非手术野并做好防水处理,特别是四肢,可用棉肢体套套好,减少散热。

3.2.5 严密观察患者生命体征的变化。注意灌洗引流液和尿液的颜色,如有异常应及时告知手术医师和麻醉医师。

3.2.6 手术结束后协助手术医生妥善固定好各种引流管。与麻醉医师共同护送患者回病房,并与病房护士做好交接班工作。

3.3 加强术后巡访 巡回护士术后 1 d 到病房回访病人,观察引流管是否通畅,了解病人的恢复情况,指导患者多饮水以增加尿量,冲洗尿路,减少尿中晶体沉积,嘱咐患者勿做激烈运动,避免管道脱出。

4 小结

微创经皮肾镜钬激光碎石手术具有创伤小、出血量小、结石取尽率高、并发症少、术后恢复快等优点,已逐渐被患者接受,为了使手术能顺利进行,手术室护士应该熟悉钬激光碎石机的性能,掌握其各种工作参数,熟练配合手术医生进行手术并做好患者的护理工作,保证患者安全顺利地通过手术关。

参考文献

1 Tan AH, Al-Omar M, Denstedt JD, et al. Ureteroscopy for pediatric

urolithiasis: an evolving first-line therapy[J]. Urology, 2005, 65(1): 153-156.

2 邬凌峰. 钬激光在泌尿外科的应用[J]. 医学综述, 2010, 16(14): 2195-2197.

3 刘冠昭, 李 逊, 吴开俊, 等. 输尿管硬镜联合钬激光碎石治疗输尿管上段结石[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(9): 16-18.

4 苏依莱, 莫 默, 吴健凡, 等. 微创经皮肾镜取石术出血原因及护理对策[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(1): 79-80.

[收稿日期 2011-02-20][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪(见习)]

护理研讨

新生儿胃食管反流的临床观察及护理体会

梁 丽

作者单位: 530300 广西, 横县妇幼保健院护理部

作者简介: 梁 丽(1962-), 女, 中专, 主管护师, 研究方向: 儿科护理。E-mail: liangli620630@163.com

[摘要] 目的 研究新生儿胃食管反流的护理方法。方法 对新生儿病区收治的 55 例患有胃食管反流的新生儿, 采用洗胃、安置、抚触、体位和饮食调整以及药物相结合等综合治疗和护理。结果 55 例新生儿胃食管反流次数明显减少。结论 运用这种综合治疗和护理干预措施, 能够有效控制并治疗新生儿的胃食管反流, 从而降低胃食管反流引发并发症的发生率, 有利于患儿体重的增长。

[关键词] 新生儿; 胃食管反流; 护理

[中图分类号] R 473.72 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)05-0476-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.05.31

胃食管反流是指由于各种局部或全身原因引起食管下端括约肌功能不全, 胃内容物逆流进入食管及其以上部位而产生的上消化道功能紊乱性综合征。反流的胃内容物包括酸性胃液、不同 pH 值的食物、碱性胆汁及空气(由于哭闹及胃扩张所致)。反流物可到达食管的任何部位、咽喉部、口腔、鼻腔, 甚至通过咽部进入气道^[1]。胃食管反流多发生于新生儿期, 多数情况下并不需要特别处理。尤其是早产儿发病率较高, 又称“溢乳”, 其他与新生儿胃食管反流有关的因素还有胃排空延迟和腹内压增高。新生儿胃食管反流大多数出现溢奶、吐奶或呕吐等症状, 可导致新生儿吸入性肺炎、窒息、呼吸暂停及营养不良、体重不增等并发症。我们对 2008-01~2009-10 入住我院儿科新生儿病区的 55 例新生儿胃食管反流患儿, 采取相应的治疗和护理干预措施, 取得了良好的治疗效果, 现报告如下。

万方数据

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 55 例中, 男 38 例, 女 17 例; 胎龄 30~41 周, 体重 1.8~4.16 kg, 早产儿 21 例, 其中体重 ≤ 1.5 kg 的极低体重儿 2 例, 年龄为生后 25 min~28 d, 平均住院天数 26.5 d; 其中吸入性肺炎 38 例, 出现呼吸暂停 10 例, 窒息 6 例, 人工呼吸 4 例。

1.2 临床表现 新生儿主要以呕吐、食管炎和吸入综合征为主要临床表现; 呕吐为最常见的症状(约有 90% 的患儿), 主要为溢奶或轻度呕吐或喷射性、顽固性呕吐; 反复呕吐导致体重不增、营养不良、发育不良等; 同时由于反流物吸入气管甚至肺内, 可引起反复发作的支气管炎、肺炎、肺不张, 也可引起窒息, 甚至猝死综合征。

2 护理

2.1 一般护理 加强巡视, 注意观察患儿有无溢